

Institut de Formation en Soins Infirmiers de Villeneuve-Saint-Georges

Promotion 2009-2012

BARTHEL Fanny

**LA DISTANCE PROFESSIONNELLE  
DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ  
À DOMICILE**

Mémoire de fin d'études

UE 5.6. S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de remise :

Le 4 juin 2012

Directrice de mémoire :

Mme Marie-José Coste

### *Note aux lecteurs*

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

## *Remerciements*

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire de fin d'études :

- Mme Marie-José Coste, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils tout au long du cheminement de mon travail
  
- Les trois infirmier(e)s libéraux/ales, M. Vergnaud, Mme Burban et Mme Badeigts, qui ont accepté de répondre à mes questions, pour le temps consacré et l'aide apportée
  
- Les deux infirmiers libéraux, M. Billon et M. Court, avec lesquels j'ai effectué mon stage, pour tout ce qu'ils m'ont appris durant ces dix semaines, pour leur gentillesse, leur patience et leur passion de leur profession
  
- Mes collègues de promotion, ainsi que mon entourage pour leur présence et leur soutien tout au long de l'élaboration de ce travail

## **Table des matières**

<b>Introduction</b> .....	p.1
<b>1 PRÉSENTATION DE LA SITUATION D'APPEL</b> .....	p.1
<b>2 QUESTIONNEMENT DE DÉPART</b> .....	p.3
<b>3 INTÉRÊT PROFESSIONNEL</b> .....	p.4
<b>I Cadre de référence</b> .....	p.5
<b>1 LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ</b> .....	p.5
<b>1.1. Définition</b> .....	p.5
<b>1.2. Réglementation</b> .....	p.6
<b>1.3. Enjeux</b> .....	p.7
1.3.1. Empathie.....	p.7
1.3.2. Affects, sentiments, émotions.....	p.8
1.3.3. Gestion des émotions.....	p.9
<b>2 LA DISTANCE PROFESSIONNELLE</b> .....	p.10
<b>2.1. Définition et formes de distance</b> .....	p.10
<b>2.2 Définition et enjeux de la distance professionnelle</b> .....	p.11
2.2.1. Définition.....	p.11
2.2.2. A la recherche de la juste distance.....	p.12

2.2.3. <i>La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné</i> .....	p.13
<b>3 LES SPÉCIFICITÉS DE L'APPROCHE RELATIONNELLE À DOMICILE</b> ...	p.15
3.1. <i>Les qualités relationnelles de l'infirmière libérale</i> .....	p.15
3.2. <i>L'entrée dans l'intimité au cœur de la relation</i> .....	p.16
<b>II Enquête exploratoire</b> .....	p.19
<b>1 MÉTHODOLOGIE</b> .....	p.19
1.1 <i>Choix de la population interrogée et lieu d'entretien</i> .....	p.19
1.2 <i>Choix et critique de l'outil de travail</i> .....	p.19
1.3 <i>Conditions de déroulement des entretiens</i> .....	p.20
<b>2 ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	p.20
2.1 <i>Analyse question par question</i> .....	p.21
2.2 <i>Analyse IDE par IDE</i> .....	p.26
<b>III Problématique</b> .....	p.28
<b>Conclusion</b> .....	p.30
<b>Bibliographie</b> .....	p.31
<b>Annexe</b>	
<i>Annexe I : Tableau de réponses des infirmier(e)s libéraux/ales</i>	

## ***Résumé et mots clés – Abstract and key words***

### ***Introduction***

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers conduisant au Diplôme d'État d'infirmier(e), il m'est demandé de réaliser un Mémoire de Fin d'Études à partir d'une situation d'appel qui m'a particulièrement questionnée et qui présente un intérêt professionnel.

Tout au long de mes trois années d'études, j'ai toujours été très intéressée par la dimension humaine et relationnelle qui lie le soignant au patient, et surtout par l'impact de cette dimension sur la prise en charge de celui-ci. J'ai pu découvrir lors de mes stages de nombreuses situations relationnelles pouvant poser question et qui m'ont amenée à mûrir ma réflexion sur la relation soignant-soigné, notamment lors d'un stage de dix semaines en libéral.

### ***1. PRÉSENTATION DE LA SITUATION D'APPEL***

Actuellement étudiante en 3<sup>e</sup> année en soins infirmiers, j'effectue mon stage du semestre 5 avec un infirmier libéral, M. B, exerçant depuis deux ans en tant que tel. Durant ce stage, j'ai pu participer à la prise en charge d'un patient, M. X, à son domicile.

M. X a 82 ans, vit avec sa femme et a une fille qui vient les voir de temps en temps. Il est conducteur de travaux à la retraite. Il est pris en charge par M.B. pour des pansements d'escarres au niveau de la jambe gauche (2 plaies au talon et au mollet) qui se sont formées lors d'un séjour en réanimation suite à un accident vasculaire cérébral survenu juste après une intervention chirurgicale pour un pontage aorto-coronarien en juillet 2007. L'infirmier prend en charge le patient depuis deux ans maintenant, il s'agit de l'un des patients qu'il connaît depuis le plus longtemps et il entretient donc une relation particulière avec le couple.

Le matin du jeudi 24 novembre 2011, nous sommes arrivés devant le portail de la résidence de M. X vers 11h. Suivant le rituel habituel, l'infirmier leur a téléphoné, a laissé sonner deux fois et a raccroché. Le portail s'est alors ouvert et nous sommes allés nous garer sur la place de parking de M. et Mme X, qu'ils font en sorte de laisser libre chaque fois que l'infirmier doit venir. Nous sommes montés à l'étage avec l'ascenseur. Mme X nous tenait la porte ouverte. Nous lui avons dit bonjour en souriant. L'infirmier a alors couvert de sa main sa barbe de quelques jours en riant, car il savait que Mme X désapprouvait cela. Elle a ri en disant que cela

n'était « pas correct de se présenter ainsi devant des dames ». Nous sommes allés dans la chambre où M. X nous attendait sur le lit.

Il a également plaisanté avec l'infirmier à ce sujet en disant qu'il devait faire attention de ne pas blesser quelqu'un avec cette barbe. M. et Mme X tutoient M. B et l'appellent par son prénom car ils le connaissent depuis longtemps. L'infirmier a ensuite parlé de sa visite du week-end lors de laquelle il a trouvé M. X en train d'éplucher des légumes dans la cuisine pendant que sa femme était sortie avec leur fille. Il a plaisanté en disant qu'il avait pensé à appeler une association de défense des maris maltraités. Tout le monde a ri. M. B a ensuite préparé le matériel pour le pansement. Il a installé M. X sur le ventre, le pied gauche posé sur un coussin protégé par une protection. Il a défait le pansement sale, a observé son état et a demandé au patient s'il avait eu mal durant ces deux jours, durant les déplacements quotidiens et les exercices avec le kinésithérapeute. Il a répondu que son pied n'avait pas été trop douloureux car le pansement était bien positionné et n'avait pas « glissé ».

Pendant que l'infirmier effectuait les soins de M. X que j'avais déjà observés plusieurs fois, sa femme m'a montré toutes les photos de ses plaies depuis 2007 suite à ma demande, en m'expliquant tout le déroulement de la prise en charge, auquel s'ajoutaient quelques commentaires de M. X. Il a remercié encore chaleureusement l'infirmier en disant qu'il n'en serait pas là s'il n'avait pas été aussi bien soigné par lui. Puis, à un moment donné, comme il s'était tu durant quelques minutes, l'infirmier lui a demandé s'il s'était endormi.

Le patient a répondu par de gros ronflements et nous avons tous ri. Il a ensuite répliqué qu'il ne dormait pas mais qu'il se demandait si ce n'était pas l'infirmier qui s'était endormi en faisant les soins car il commençait à trouver le temps long. Celui-ci a alors répondu qu'il avait presque terminé.

M. B ayant refermé le pansement à l'aide d'une bande, il a effectué un massage de la jambe de M. X avec une crème hydratante. Le patient a ri en disant que c'était son moment préféré du soin car c'était aussi le plus agréable. Après avoir rangé le matériel, M.B s'est allongé à côté du patient juste avant que celui-ci ne se tourne, pour faire semblant de faire une sieste. Ils ont ri et l'infirmier a aidé M. X à se relever.

Avant de partir, Mme X nous a proposé un café que nous avons poliment refusé. Le couple a plaisanté en disant que M. B était comme un petit-fils pour eux et celui-ci a souri. Nous avons défini le jour de la prochaine visite, et nous nous sommes dit au revoir. Comme d'habitude, Mme X a attendu que la porte de l'ascenseur se referme avant de retourner dans l'appartement.

Puis nous avons quitté le parking en faisant au revoir de la main à M. X qui nous rendait le geste du haut de sa fenêtre du 4<sup>e</sup> étage, jusqu'à ce que nous soyons hors de vue.

Durant tout le soin, il est vrai que je me suis sentie « en dehors » de cette relation privilégiée. M. B et le couple ont acquis au fil du temps un certain nombre de rituels et d'habitudes que je ne connais pas encore. Ils ont développé une façon de communiquer et une relation particulière au sein de laquelle il n'est pas évident de se positionner en tant que tierce personne, du moins au début.

Au cours de mon stage, j'ai pu échanger avec M. B à propos des éléments qui l'ont poussé à exercer en libéral. Il m'a expliqué que l'approche relationnelle différente de celle qui peut exister à l'hôpital était une des raisons, en plus du fait que l'on est plus autonome, que l'on a plus de responsabilités et qu'il y a moins de routine. M. B a cette approche relationnelle avec la plupart de ses patients qu'il prend en charge au long cours. Il apprécie le fait de pouvoir prendre le temps de construire une relation de confiance avec les patients.

J'ai également pu observer la relation soignant-soigné mise en place entre M. X et M. C, le remplaçant de l'infirmier. Il m'a paru évident que la distance professionnelle était plus importante étant donné que M. C effectuait les soins du patient beaucoup moins souvent, mais j'ai tout de même pu remarquer à nouveau que l'approche relationnelle ne semblait pas la même qu'à l'hôpital.

## ***2. QUESTIONNEMENT DE DÉPART***

La différence manifeste entre la relation soignant soignée que l'on peut construire à domicile et en institution m'a interpellée. Cela m'a amenée à me poser différentes questions :

- Quelles sont les spécificités de la relation soignant-soigné à domicile par rapport en institution ? Comment s'expliquent-elles ?
- Cette relation soignant-soigné spécifique à domicile est-elle l'un des éléments qui poussent les infirmiers à exercer en libéral ?
- Comment peut-on définir la juste distance professionnelle ?
- Quels sont les risques d'une faible distance professionnelle ?
- Comment peut-on préserver une distance professionnelle malgré le fait d'entrer dans le domicile du patient et donc de pénétrer dans son environnement et son intimité ?

Cette première réflexion m'a amenée à conduire mon travail de recherche à partir de la question de départ suivante :

- *En quoi la distance professionnelle influence-t-elle la relation soignant-soigné à domicile ?*

### **3. INTÉRÊT PROFESSIONNEL**

D'une part, j'ai choisi cette situation d'appel car je pense qu'elle est transposable et généralisable à tout mode d'exercice et à tout soignant. En effet, en instaurant une relation soignant-soigné, tous les soignants mettent en place une distance professionnelle plus ou moins importante avec les patients, en fonction de leur propre vécu et de celui des patients, de leur parcours professionnel, de leurs valeurs personnelles et de leur identité professionnelle. Lors de mes recherches primaires, j'ai pu remarquer que la notion de distance professionnelle avait été étudiée, mais essentiellement en service de psychiatrie et en établissement de long séjour. Il m'a donc semblé intéressant de mettre en lien la distance professionnelle avec les spécificités de la relation soignant-soigné à domicile, lieu d'exercice dans lequel je commence à acquérir un peu d'expérience puisque j'effectue des vacations en tant qu'aide soignante à domicile depuis deux ans, en plus des dix semaines de stage en libéral.

D'autre part, la distance professionnelle est une notion qui me pose particulièrement question car, ayant pu évaluer ses répercussions sur la relation soignant-soigné et donc sur la prise en charge globale des patients (sur-implication dans la relation, attachement, difficulté à surmonter l'arrêt de la prise en charge), je désirais mieux appréhender ses rouages afin de mieux la comprendre. Je pense que, m'apprêtant à exercer une profession où le rapport humain est en première ligne, il est important de savoir comment celui-ci fonctionne afin d'essayer de mettre en place une relation de qualité, pour le patient et pour moi. Enfin, mon projet professionnel (service d'oncologie médicale pour adultes à court terme, exercice libéral à long terme) m'incite d'autant plus à être pleinement consciente de tous les enjeux de cette notion de distance professionnelle.

Tout d'abord, j'exposerai le cadre de référence qui m'a permis d'explorer les notions de relation soignant-soigné, de distance professionnelle, ainsi que les spécificités de l'approche relationnelle à domicile. Puis je décrirai la méthodologie de l'enquête exploratoire effectuée auprès de professionnels et j'analyserai les réponses données. Enfin, je proposerai une problématique à l'issue de mon travail grâce à la confrontation des données théoriques et

des données recueillies sur le terrain.

## ***I Cadre de référence***

### ***1. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ***

Le bon déroulement de la relation soignant-soigné représente un des enjeux majeurs de la qualité de la prise en charge du patient. Il conditionne le bien-être psychique de la personne soignée, mais également de l'infirmière.

#### ***1.1. Définition***

Une relation au sens large se définit comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »<sup>1</sup>. Être en relation interpersonnelle signifie donc « *paradoxalement exister comme personne, reconnaître sa propre importance, sa propre valeur et reconnaître l'importance de l'autre dans un lien d'interdépendance, d'interaction et d'influence mutuelle* »<sup>2</sup>.

Ainsi, la relation soignant-soigné est une relation humaine qui ne diffère que par le statut des deux protagonistes qui sont en interaction : un soignant et un soigné. Cela sous-entend que ces deux personnes aient reconnu leurs rôles au sein de la relation. Le soignant apprend son rôle lors d'une « *formation initiale [qui permet de] facilite[r] la relation et l'action avec les patients* »<sup>3</sup> et sait qu'il est reconnu grâce à un « *diplôme [...], garant de compétence et de savoir* »<sup>4</sup>.

Le rôle de soigné est plus particulier, car il ne fait pas partie des rôles sociaux auxquels aspirent les individus. Mais le malade a bien un rôle : il a une place « *au sein d'un groupe de soignants et d'autres malades [et un] un savoir et des comportements adaptés aux relations de*

---

<sup>1</sup>MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBOEUF, Anne. La relation soignant-soigné. France : Lamarre. 2008. p.9.

<sup>2</sup>PORTELANCE, Colette. La communication authentique. Québec : Les éditions du Cram. 1994. p.19.

<sup>3</sup>MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBOEUF, Anne. Op. Cit. p.18.

<sup>4</sup>Ibid. p.19.

*soins* »<sup>5</sup>. De plus, ce rôle peut être perdu et peut mettre en œuvre une motivation plus ou moins importante, en fonction du vécu du patient.

D'autre part, il est important de noter que « *le rapport de proximité avec le malade est souvent inversement proportionnel à la place dans la hiérarchie hospitalière* »<sup>6</sup>. De ce fait, la relation soignant-soigné est souvent plus aisée entre le patient et le soignant (aide-soignant, infirmière), qui passe plus de temps auprès de lui, qu'entre le patient et le médecin, qui paraît souvent moins abordable.

Par conséquent, les qualités relationnelles doivent être prévalentes chez tout individu qui souhaite devenir soignant et donc mettre en place de nombreuses relations soignant-soigné chaque jour tout au long de son expérience professionnelle. En effet, la relation avec le patient dépend de tant de facteurs (personnalités du soignant et du soigné, parcours de vie, pathologie du patient, contexte de la prise en charge...) que chacune est unique. L'infirmière doit donc être capable de s'adapter à chaque relation qu'elle met en place afin que celle-ci réponde aux attentes du patient mais également aux siennes.

## ***1.2. Réglementation***

Dans la réglementation française actuelle, il n'existe aucun texte qui définit clairement la nature et les limites de la relation qui lie le soignant au soigné. J'ai répertorié les articles qui peuvent faire référence à cette relation afin de les expliciter.

L'article R.4311-2<sup>7</sup> énonce que « *Les soins infirmiers [...] intègrent [...] qualité des relations avec le malade* ». La notion de qualité d'une relation est assez complexe, car il est difficile de trouver des critères afin de l'évaluer. La satisfaction du patient peut en être un, mais elle reste très subjective ; il faut alors essayer d'en trouver de plus concrets.

On peut se référer à l'article R.4312-2<sup>8</sup> qui avance que « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et*

---

<sup>5</sup>Ibid. p.18.

<sup>6</sup>Ibid. p.19.

<sup>7</sup>Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004. Partie IV. Livre III. Titre Ier. Chapitre Ier . Section 1. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

<sup>8</sup>Ibid. Chapitre II. Section 1. Sous-section 1.

*l'intimité du patient et de la famille »* ou encore à l'article R.4312-26<sup>9</sup> qui dit que « *L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient* ».

Ici, le respect de la dignité et de l'intimité du patient sont des éléments plus concrets, car même si chaque individu possède ses propres limites, il peut normalement les définir et c'est au soignant de les respecter. Par ailleurs, le fait d'agir dans l'intérêt du patient peut avoir un sens très large : cela peut être entendu au sens de la prise en charge, d'un soin, d'un traitement, mais également à la façon de mener la relation soignant-soigné. L'intérêt du patient peut être légitimement justifié, en prenant en compte toutes les dimensions de la situation. Il s'agit par conséquent de critères fiables afin d'établir une relation soignant-soigné qui réponde aux besoins et attentes de la personne et qui soit donc de qualité.

Enfin, l'article R.4312-25<sup>10</sup> établit quant à lui que « *L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard [...]* ». La mise en évidence de la notion de "sentiments" est très importante. En effet, toute relation entre deux personnes, qu'elle soit privée ou professionnelle, met en jeu le ressenti intime de chaque protagoniste (joie, tristesse, colère, euphorie, frustration...). Lorsqu'il s'agit d'une relation professionnelle, il convient d'essayer de mettre ces affects de côté, afin de neutraliser les rapports entre les protagonistes, mais nous allons voir par la suite que cela n'est pas toujours évident.

### **1.3. Enjeux**

#### *1.3.1. Empathie*

L'un des attributs essentiels de la relation soignant-soigné est l'empathie.

L'empathie peut être définie comme « *le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre* »<sup>11</sup>.

Selon C. Rogers, être empathique signifie « *percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui*

---

<sup>9</sup>Ibid. Sous-section 2.

<sup>10</sup>Loc. Cit.

<sup>11</sup>MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBOEUF, Anne. Op. Cit. p.59.

*appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du "comme si" »<sup>12</sup>.*

D'après J. Decety, les deux composantes de l'empathie sont « *une réponse affective envers autrui qui implique un partage de son état émotionnel et la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne* »<sup>13</sup>.

Ainsi, le concept d'empathie est intimement imbriqué avec la notion d'affects et d'émotions, ce qui peut expliquer la difficulté à être empathique sans se laisser envahir, que ce soit par ses propres émotions ou par celles du patient. De ce fait, si le soignant veut mettre en place une relation soignant-soigné de qualité, il doit essayer d'être dans l'empathie, d'être à l'écoute et de comprendre les émotions du patient, sans les assimiler à sa propre individualité.

### *1.3.2. Affects, sentiments et émotions*

Comme il a été dit plus haut, la relation soignant-soigné met en jeu des affects, des sentiments et des émotions, de la part du patient d'une part, qui dépendent essentiellement de son vécu de la maladie et de la prise en charge, mais également de la part de l'infirmière.

Selon A. Manoukian, l'affect représente « *l'élément émotionnel de tout état affectif qu'il soit pénible ou agréable, dû à une stimulation interne ou externe* »<sup>14</sup>. L'émotion renvoie quant à elle à « *une réaction affective plus ou moins vive à une situation présente ou passée* »<sup>15</sup>. Enfin, le sentiment est « *une disposition affective spécifique éprouvée par un sujet pour un objet particulier, cela pouvant être vécu sur le registre du plaisir ou du déplaisir [qui] se distingue de l'émotion qui s'exprime plus physiquement et dans un temps plus court* »<sup>16</sup>.

Ces trois termes sont donc étroitement liés les uns avec les autres. Qu'il le veuille ou non, le soignant met en jeu une réelle implication affective dans tout soin, qui divergera selon ses motivations professionnelles et sa personnalité. La profession infirmière exige un engagement

---

<sup>12</sup>FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières. Lyon : Mallet Conseil. 2009. p.154.

<sup>13</sup>MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBOEUF, Anne. Op. Cit. p.60.

<sup>14</sup>Ibid. p.191.

<sup>15</sup>Ibid. p.200.

<sup>16</sup>Ibid. p.45.

individuel qui se révèle indispensable dans la pratique quotidienne pour parvenir à faire face à certaines situations difficiles à vivre. Il sera primordial pour lui d'apprendre au cours de son expérience à contrôler ses émotions afin de se protéger.

### 1.3.3. Gestion des émotions

L'infirmière doit essayer d' « *apprendre à mieux maîtriser ses émotions, à les contenir et, avec l'expérience, à les ressentir sans les manifester* »<sup>17</sup>. En effet, dans le but de rester dans une position neutre et objective durant la prise en charge du patient, les émotions que pourrait ressentir le soignant ne doivent pas être visibles par le patient, et ne doivent pas devenir envahissantes pour lui. L'aptitude à gérer ses propres affects dépend de divers facteurs tels que le caractère, le parcours personnel et professionnel ou encore les valeurs individuelles.

Il semble se développer de plus en plus ce qu'on pourrait appeler une « *chasse à l'affect* »<sup>18</sup> dans le secteur de la santé. En effet, dans la plupart des formations actuelles du type "gestion des émotions", les instructeurs insistent « *sur la nécessité de mettre de la distance* »<sup>19</sup> entre le soignant et le soigné, afin de « *se préserver [soi]-même, [de ne pas] devenir une victime dans sa relation à l'autre* »<sup>20</sup>. De plus, réguler ses émotions et celles du patient permettrait d'obtenir « *une augmentation des performances personnelles et organisationnelles* »<sup>21</sup>. Les spécialistes de l'aide et de la communication recommandent donc de ne pas trop s'impliquer, de ne pas mettre d'affectivité dans la prise en charge. Si le soignant se laisse envahir par ses émotions, il manquera de recul, pourra ressentir de l'appréhension et de la peur, menant à un mal-être, voire à un épuisement professionnel qui aura des conséquences sur sa vie personnelle.

Mais la profession infirmière amène chaque jour à côtoyer la maladie, la souffrance et la mort, des situations très difficiles à surmonter, qui exacerbent les affects et les émotions ressentis. De plus, une « *personne en souffrance [physique ou] psychique est souvent [dans une]*

---

□ <sup>17</sup>CARILLO, Claudine. Stress et émotions, entre débordement et hyper-protection, Soins, Vol 56 - n° 754, avril 2011, pp.61-62.

□ <sup>18</sup>PRAYEZ, Pascal ; SLIWKA, Corinne (sous la coordination de). Distance professionnelle et qualité du soin. France : Lamarre. 2009. p.XVIII.

□ <sup>19</sup>PERRONET, Renaud. Comment gérer ses émotions dans la relation d'aide ? Evolute Conseil [En ligne]. 27 août 2006. Disponible sur : <<http://www.evolute.fr/relation-aide/gerer-emotions-relation-aide>>

□ <sup>20</sup>Loc. Cit.

□ <sup>21</sup>LHUILIER, Dominique. Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail, Psychologie du travail et des organisations, Vol 12 – n° 2, juin 2006, pp.91-103.

*recherche affective* »<sup>22</sup>, en quête d'un contact physique rassurant, réconfortant. Dès lors, la gestion de ses émotions peut devenir très difficile pour l'infirmière, d'autant plus si elle ne parvient pas à instaurer une distance suffisante dans sa relation avec le patient.

## **2. LA DISTANCE PROFESSIONNELLE**

La gestion des émotions dans la relation soignant-soigné passe par une notion essentielle appelée la distance professionnelle, qu'il convient d'explicitier.

### **2.1. Définition et formes de distances**

La distance se définit comme « *la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable* »<sup>23</sup>. Elle a ainsi donné les expressions suivantes : "garder, prendre ses distances" (éviter toute familiarité avec quelqu'un), "tenir quelqu'un à distance" (éviter les relations avec lui) ou encore "rester à distance" (rester à une certaine distance dans l'espace, en prenant un certain recul dans le temps). La notion de distance renvoie donc à la fois à la possibilité de proximité et à celle d'éloignement. Par ailleurs, elle est complexe car elle sous-entend qu'il existe un lien étroit entre distance physique, autrement dit concrète, perceptible, et distance symbolique, c'est-à-dire psychique, émotionnelle. De ce fait, deux personnes très proches physiquement auront naturellement tendance à établir un lien émotionnel très fort.

En premier lieu, je vais aborder les différentes formes de distances physiques existantes. Elles sont explicitées ici, de la plus grande à la plus faible<sup>24 25</sup>.

#### □ La distance publique (3m50 ou plus)

C'est le discours qui est plus mis en avant que l'individu lui-même. Cette distance met en œuvre une exagération des gestes et une insistance de l'articulation des mots, à voix très haute, ainsi qu'une ambiance assez conventionnelle et formelle.

---

<sup>22</sup>LIÉGEOIS, Maurice. Distance thérapeutique. Serpsy [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.serpsy.org/detour/distance.html>>

<sup>23</sup>PRAYEZ, Pascal. Op. Cit. p.5.

<sup>24</sup>Ibid. pp.6-7.

<sup>25</sup>LIÉGEOIS, Maurice. Op. Cit.

□ La distance sociale (1m20 à 3m50)

Les deux protagonistes se parlent à voix haute à une distance d'au moins un bras tendu, tout en gardant le contact du regard. Cette distance caractérise la limite du pouvoir sur autrui. Ce sont les mots qui leur permettent d'être en interaction, mais il n'y a pas de contact physique.

□ La distance personnelle (40cm à 1m20)

Il s'agit de la distance minimale tolérable par chaque personne, celle où elles peuvent toucher et être touchées. Les individus doivent être en confiance pour accepter cette proximité, cette possibilité de contact physique. L'échange est moins conventionnel ; les protagonistes peuvent parler à voix basse de sujets plus personnels. Ils perçoivent moins en globalité le corps de leur interlocuteur, et plus en détails, notamment au niveau du visage.

□ La distance intime (40 cm ou moins)

L'accent est plus mis sur le contact physique et ses répercussions (perception de l'odeur de l'autre, de la température de sa peau...) que sur la communication verbale. Les dialogues peuvent être moins construits et se faire à voix très basse. Cette distance, ou plutôt cette proximité, a lieu généralement lors de trois situations : la violence, la sexualité et le soutien ou la protection.

Ainsi, plus la distance physique est faible entre deux personnes, plus cela les incite à se rapprocher humainement et émotionnellement. Or, le geste de soin impose une distance intime entre le soignant et le patient. De ce fait, il devient ambivalent car il met en œuvre le plus souvent deux personnes étrangères l'une à l'autre qui doivent avoir un contact impliquant une certaine intimité avec l'autre. Celle-ci peut être dangereuse puisqu'elle engage les deux individus avant le professionnel de santé et le patient. Le soignant doit donc apprendre à gérer cette proximité physique tout en mettant en place une distance professionnelle.

## ***2.2. Définition et enjeux de la distance professionnelle***

### *2.2.1. Définition*

La distance professionnelle peut être définie comme « *la limite morale et psychologique à l'expression des valeurs personnelles dans le cadre de l'activité professionnelle* »<sup>26</sup>. Il s'agit de trouver le bon équilibre entre implication et "auto-protection" individuelle. Cette distance dépend essentiellement de l'identité du soignant, personnelle et professionnelle, comprenant son histoire, son fonctionnement et ses principes. Également appelée « *carapace professionnelle* »<sup>27</sup> par E. Mallem, elle peut être assimilée à un bouclier qui lui permet de se protéger des émotions de la personne qu'il soigne.

### 2.2.2. À la recherche de la juste distance

Selon P. Prayez, il existe une juste distance, qu'il définit comme « *la capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places* »<sup>28</sup>. Elle implique d'être pleinement conscient des enjeux émotionnels et affectifs, mais aussi des intérêts éthiques qu'entraîne cette relation interpersonnelle. Ainsi, pour mettre en place une distance juste avec le patient, il faut que le soignant soit dans « *l'intention juste* »<sup>29</sup>, c'est-à-dire en ayant la volonté de trouver un certain équilibre entre ce qu'il veut apporter à l'autre, et ce que celui-ci est en droit d'attendre en tant que patient. Le soignant doit établir un lien interactif avec la personne soignée qui lui permet à la fois d'être au contact de son ressenti, de ses émotions, tout en conservant suffisamment de distance afin de pouvoir les analyser et ne pas les assimiler. Il pourra ainsi préserver son intégrité psychique et son bien-être dans le cadre de l'exercice de sa profession.

Selon M. Liégeois, « *trouver et gérer la "bonne" distance thérapeutique est une sécurité psychologique* »<sup>30</sup> pour le soignant et le soigné. Elle diffère pour chaque individu selon ses propres limites. Il faut trouver le juste équilibre entre le « *risque de tomber dans une relation de type fusionnelle* »<sup>31</sup> et le risque d'être si distant que l'on ne peut « *rien entendre de la*

---

<sup>26</sup>MARTIN, Mike. La distance professionnelle, The international journal of applied philosophy, Vol 11 - n°2, 1997, pp. 39-50.

<sup>27</sup>MALLEM, Elke. La distance professionnelle, Objectif Soins, n°136, mai 2005, pp.22-23.

<sup>28</sup>PRAYEZ, Pascal . Op. Cit. p.75.

<sup>29</sup>Ibid. p.74.

<sup>30</sup>LIÉGEOIS, Maurice. Op. Cit.

<sup>31</sup>Loc. Cit.

*souffrance* »<sup>32</sup> du patient. Il affirme que « *prendre du recul [permet de] mieux écouter et mieux accompagner* »<sup>33</sup>.

Pour E. Mallem, la bonne distance professionnelle est celle qui permet une communication de qualité avec le patient, et donc une écoute attentive de ses besoins, mais également de sa souffrance. Par conséquent, la juste distance « *doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle* »<sup>34</sup>.

Travailler cette distance revient à « *travailler les limites [afin de] créer une bonne peau qui protège tout en permettant d'échanger avec le monde* »<sup>35</sup>. Grâce à cette protection, le soignant sera apte à percevoir toutes les émotions et notamment à entendre la souffrance des patients. Seulement, l'auteur reconnaît que « *la peau du soignant est fragile* »<sup>36</sup> car rester témoin de la souffrance de l'autre sans l'assimiler à un moment ou à un autre est un exercice périlleux qui demande une maîtrise de soi et une gestion des émotions que l'expérience n'apporte pas toujours.

La capacité à établir une distance professionnelle dépend de plusieurs facteurs, tout d'abord intrinsèques tels que la personnalité du soignant, ses valeurs, son histoire de vie, ses différentes expériences professionnelles ; mais aussi liés au contexte tels que l'âge du patient, la gravité de sa pathologie, le lieu et la durée de sa prise en charge, ainsi que les affinités entre les deux protagonistes. Chaque situation relationnelle, chaque relation soignant-soigné est véritablement unique et de ce fait il n'existe pas de "règle à suivre" pour mettre en place une juste distance.

### 2.2.3. *La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné*

Outre les enjeux vis-à-vis du soignant et de son "auto-protection" émotionnelle, la recherche d'une juste distance professionnelle a également un impact sur la relation soignant-soigné, et notamment sur l'établissement d'un lien de confiance. Plus le soignant et le patient sont dans

---

<sup>32</sup>Loc. Cit.

<sup>33</sup>Loc. Cit.

<sup>34</sup>MALLEM, Elke. Op. Cit. pp.22-23.

<sup>35</sup>Loc. Cit.

<sup>36</sup>Loc. Cit.

une relation saine, juste, qui respecte leurs individualités et leurs statuts, mieux ils parviendront à construire une relation de confiance.

Selon L. Benaroyo, « *la confiance est le ferment de la relation de soin* »<sup>37</sup>. Elle nécessite souvent du temps, ainsi que la manifestation d'une disponibilité, d'une authenticité, d'une intention sincère de répondre aux besoins et aux attentes du patient et donc de combler son espoir. Au fur et à mesure du renforcement de cette relation de confiance, le soignant et le patient en viennent à former une véritable alliance thérapeutique.

Cette notion renvoie à un partenariat à visée thérapeutique, à un accord par engagement mutuel du soignant et du soigné. En effet, ils cheminent ensemble vers un même objectif, la guérison ou le mieux-être du patient ; le soignant en effectuant tous les soins permis par son rôle prescrit et son rôle propre, en étant disponible et à l'écoute, et le patient en respectant scrupuleusement le traitement prescrit et les recommandations concernant son hygiène de vie. Cette alliance thérapeutique permet véritablement de tendre vers une prise en charge de qualité, au plus proche des besoins et des attentes de la personne soignée.

La réelle difficulté dans la recherche de cette juste distance, est de parvenir à installer des limites dans la relation, et à les maintenir tout au long de la prise en charge. Ces limites peuvent être concrètes, comme le vouvoiement, la conservation des formules de politesse (Monsieur, Madame...), et la non intrusion dans la vie privée de l'autre, c'est-à-dire pour lui la possibilité de dévoiler seulement ce qu'il désire. Mais même en conservant ces limites, reste la dimension affective qui peut amener un soignant et son patient à s'estimer, s'apprécier, puis finalement s'attacher l'un à l'autre.

L'attachement renvoie à « *un engagement, sentiment qui lie, unit fortement à quelqu'un* »<sup>38</sup>. Il s'agit d'un besoin primaire de l'homme, naturel, presque inné comme l'enfant avec ses parents dès la naissance. Chaque individu est construit de telle sorte qu'il a tendance à s'attacher aux personnes en lesquelles il a confiance, auxquelles il a dévoilé son espace intime et qui lui procurent un sentiment de sécurité et de bien-être.

---

<sup>37</sup>BENAROYO, Lazare. Soins, confiance et disponibilité, Éthique et Santé, Vol 1 - n° 2, mai 2004, pp.60-63.

<sup>38</sup>FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. Op. Cit. p.80.

Évaluer le degré d'attachement à une autre personne est extrêmement difficile. Pourtant, cela est indispensable pour mettre en place une juste distance avec un patient. Tout l'enjeu pour le soignant se trouve là : trouver le juste équilibre entre proximité relationnelle et attachement. Cet équilibre est d'autant plus difficile à trouver dans certains lieux d'exercice où l'approche relationnelle est particulière, comme au domicile notamment.

### ***3. LES SPÉCIFICITÉS DE L'APPROCHE RELATIONNELLE À DOMICILE***

Chaque individu possède sa propre identité, faite de plusieurs strates : sexuelle, personnelle, sociale, mais aussi professionnelle. Selon A. Manoukian, l'identité d'une personne peut être définie comme « *en quelque sorte [sa] carte d'identité complétée par [son] vécu, [ses] modèles de conduite, [ses] expériences et [ses] valeurs* »<sup>39</sup>. Ainsi, tout professionnel peut revendiquer un certain nombre de valeurs et de qualités requises, qui peuvent être innées, mais également acquises au cours de l'exercice de la profession. De ce fait, on peut parler d'une identité des infirmières libérales puisque celles-ci présentent des caractéristiques individuelles qui diffèrent légèrement de l'identité professionnelle infirmière au sens large.

#### ***3.1. Les qualités relationnelles de l'infirmière libérale***

Selon F. Douguet, le métier d'infirmière libérale est « *porteur d'un certain nombre de valeurs[...], [de] qualités relationnelles* »<sup>40</sup> qui permettent de reconnaître la personne soignée dans l'intégrité et la singularité de son identité, de l'écouter, de l'accompagner, de cheminer avec elle vers un mieux-être, vers une meilleure estime de soi. Elle parle de souci éthique de l'autre, d'engagement, d'implication, de don de soi de la part de l'infirmière.

---

<sup>39</sup>MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBOEUF, Anne. Op. Cit. p.203.

<sup>40</sup>DOUGUET, Florence, VILBROD, Alain. Le métier d'infirmière libérale, Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation. France : Seli Arslan. 2006. p.51.

D'après ses recherches, les infirmières libérales mettent en avant la nécessité de savoir faire preuve de « *disponibilité, [de] sens du contact humain et [de] patience* »<sup>41</sup>. Elles doivent également « *être capable de modifier [leur] comportement en fonction des situations et [...] s'adapter rapidement pour satisfaire les malades et les soigner le mieux possible* »<sup>42</sup>. Les patients quant à eux attendent de la part de ce soignant qui entre chez eux « *[de] la gentillesse, [de] la compréhension, [de] la patience, [de] l'écoute* »<sup>43</sup>. Les infirmières libérales s'engagent à respecter le principe d'humanité, c'est-à-dire à respecter la dignité, l'altérité, l'intimité du patient, à lui apporter toute leur considération tout en restant le plus authentique et le plus congruent possible.

Et « *la qualité de l'acte qu'elles effectuent, sa portée, son efficacité même dépendent de cet engagement* »<sup>44</sup>. Exercer en libéral demande donc des qualités relationnelles exacerbées, car les infirmières, de par l'approche relationnelle spécifique au domicile, sont souvent moins distantes avec leurs patients ; et apprendre à gérer au mieux chaque situation relationnelle devient donc d'autant plus complexe.

### ***3.2. L'entrée dans l'intimité au cœur de la relation***

Le terme d'intimité peut prendre trois sens : « *ce qui est intime ou secret, relations étroites et vie privée* »<sup>45</sup>. Il définit donc la « *qualité de ce qui est intime, et par extension, caractère de confiance réciproque des relations sociales* »<sup>46</sup>. De plus, ce concept, pris dans le sens d'intimité corporelle, est souvent associé à celui de pudeur. On choisit les personnes avec lesquelles on désire partager notre espace privé, d'autant plus pour l'espace intime, dévoilé à quelques personnes très proches ou voire même jamais dévoilé (sorte de jardin secret). L'intimité est un élément essentiel et surtout communément reconnu dans le processus de régulation des contacts sociaux. Tout individu se doit de respecter la bonne distance et le territoire de chacun, sous peine de non respect des principes éthiques mais aussi réglementaires.

---

<sup>41</sup>Ibid. p.240.

<sup>42</sup>BARCELO, Christophe. Exercer en libéral, un vrai choix, La revue de l'infirmière, Vol 57 - n° 141, juin 2008, p.29.

<sup>43</sup>Loc. Cit.

<sup>44</sup>DOUGUET, Florence, VILBROD, Alain. Op. Cit. p.52.

<sup>45</sup>FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. Op. Cit. p.196.

<sup>46</sup>Loc. Cit.

Le geste de soin impose déjà une première intrusion dans l'intimité corporelle du patient, puisqu'il entraîne un contact physique et toutes ses répercussions sensorielles. Cependant, l'intimité ne se limite pas au corps : elle touche également les objets personnels, familiers, quotidiens de la personne, et à fortiori le lieu de vie dans lequel elle évolue, qu'elle a construit, qui lui ressemble, qui représente une sorte de part d'elle-même. L'infirmière libérale, de par son lieu d'exercice, effectue donc une double intrusion dans l'intimité du patient : elle entre dans son intimité physique lors de certains soins, et surtout l'intimité de son chez-soi, empli de caractéristiques représentant son individualité comme ses habitudes de vie. Afin d'ouvrir la porte de son lieu de vie et de son intimité par la suite, le patient a besoin de connaître l'individu derrière le professionnel, pour se sentir en confiance et instaurer un partage réciproque.

Dévoiler son intimité demande souvent du temps car les patients doivent se sentir confiants. Or, les infirmières libérales prennent fréquemment en charge des patients durant des années, en venant chez eux plusieurs fois par jour. Elles sont là lors d'événements de vie particulièrement importants pour eux (naissance, mariage, divorce, décès, problèmes familiaux ou professionnels...), mais aussi pour les accompagner quotidiennement dans l'évolution de leur état de santé (annonce d'une pathologie grave, premiers temps sous un traitement contraignant, modifications nécessaires de leurs habitudes de vie, diminution de leur autonomie...). Ainsi, « *elles [les] côtoient quotidiennement et revendiquent de ce fait une connaissance fine et personnalisée de leur état* »<sup>47</sup>, mais aussi de leur personnalité et de leur fonctionnement. Plus la prise en charge est longue, plus la relation soignant-soigné se renforce, au gré des affinités.

D'autre part, pénétrer dans l'espace intime et privé du patient entraîne également la présence de la famille lors des soins quotidiens. Les proches du patient peuvent alors s'avérer soit un réel soutien (aide à l'installation du patient, préparation du matériel...), soit une contrainte (refus d'accepter la maladie du patient, de se plier aux contraintes du passage quotidien d'une infirmière, intrusion dans les soins...). « *Supposée neutre, par son statut professionnel, et objective, par son extériorité à la famille, l'infirmière doit savoir arbitrer, négocier, con-*

---

<sup>47</sup>DOUGUET, Florence, VILBROD, Alain. Op. Cit. pp.169.

*vaincre* »<sup>48</sup> et il devient alors d'autant plus difficile de conserver une "bonne" distance avec l'ensemble des protagonistes sans s'impliquer émotionnellement auprès de l'un ou de l'autre selon ses propres convictions.

Enfin, en entrant au domicile-même du patient, l'infirmière libérale doit régulièrement faire face à des demandes de tâches extra-professionnelles<sup>49</sup>, bien souvent nécessaires pour le bien-être du patient. Ces actes sont effectués en dehors des soins à proprement dits, dans un cadre informel, sans être rémunérés ou même souvent considérés alors qu'ils nécessitent du temps. En premier lieu viennent les relations avec les familles des patients (coups de téléphone), puis les aides à la personne ou les services rendus (courses, réchauffage de repas, courrier posté, tâches ménagères, bricolage, aménagement du logement).

Les infirmières effectuent également des tâches qui contribuent à accompagner la personne tout au long de son parcours de soins (conduite chez le médecin, organisation de rendez-vous, dépôt de leurs échantillons au laboratoire, achat de leurs médicaments à la pharmacie), des tâches administratives (remplissage de papiers) et certains actes favorisant l'intégration sociale des patients (entretien d'habitudes et de pratiques concernant leur passion du jardinage, de la lecture...) et à assurer leur sécurité (ouverture et fermeture des volets et de la porte, vérification du port de la télé-alarme...). On ne trouve ces prestations que dans le milieu du domicile. Leur réalisation s'effectue selon différents facteurs : la solitude sociale, l'autonomie et les modalités de demande du patient, mais aussi la personnalité et les valeurs personnelles et professionnelles du soignant. En acceptant d'effectuer ces actes "hors-soins", l'infirmière met en jeu sa propre individualité, et cela a un impact sur la relation soignant-soigné. En effet, souvent reconnaissant envers l'infirmière pour sa disponibilité et son dévouement, le patient se sentira plus proche de celle-ci et sera plus enclin à la laisser pénétrer son intimité.

Au fur et à mesure de la prise en charge peuvent ainsi se tisser des liens étroits et une véritable relation exclusive entre l'infirmière libérale et son patient, basée sur « *la <confidence>, la <confiance>, la <proximité>, l' <interconnaissance>, les <échanges>, un <contact privilégié>* »<sup>50</sup>. L'infirmière prend un statut spécifique aux yeux du patient qui ne la voit plus forcément que

---

<sup>48</sup>Ibid. pp.187-188.

<sup>49</sup>Ibid. pp.174-177.

<sup>50</sup>Ibid. p.185.

comme une simple soignante. Il tient compte de son avis et de ses conseils. Au fil du temps, il la laisse pénétrer différents niveaux de son intimité, tout d'abord son domicile, puis son corps et enfin ses émotions. Cette approche relationnelle qui n'existe que dans le milieu du domicile, peut mener l'infirmière libérale et son patient à être dans une relation d'attachement. Cependant, cet attachement présente certains risques tels qu'une familiarité inappropriée (tutoiement, achat de cadeaux...), un empiétement sur la vie privée, un refus d'être pris en charge par un autre professionnel ou encore des difficultés à surmonter la fin de la prise en charge (guérison, placement ou décès du patient).

En définitive, encore plus que dans les autres lieux d'exercice, la relation soignant-soigné à domicile doit trouver son équilibre entre l'implication affective et la distance professionnelle, dans le but surtout pour le soignant de se protéger émotionnellement.

## ***II Enquête exploratoire***

### ***1. MÉTHODOLOGIE***

#### ***1.1. Choix de la population interrogée et lieu d'entretien***

J'ai choisi de réaliser des entretiens avec des professionnels car cela permet un échange interactif tout en laissant la possibilité de reformuler ou de préciser des points incompris. Mon choix s'est porté sur des infirmier(e)s libéraux/ales d'un même cabinet qui accueille régulièrement des étudiants infirmiers de mon institut de formation en soins infirmiers (Ifsi). Je ne voulais pas imposer de conditions d'âge, de sexe, de nombres d'années de diplôme ou d'expérience à domicile. En effet, mon but était d'enrichir ma réflexion grâce aux expériences diverses et variées de ces professionnels, possédant chacun leur parcours de vie et professionnel, leur vision de l'exercice libéral et de la relation soignant-soigné et leur propres valeurs.

Ce cabinet comprend un infirmier et deux infirmières Diplômé(e)s d'État (IDE), installés ensemble depuis presque trois ans. Ma seule crainte était que, exerçant ensemble, ils aient une façon de travailler très similaire et les mêmes représentations, mais il s'est révélé qu'il s'agit de

trois individus avec des personnalités assez différentes, qui n'abordent pas la relation avec le patient de la même manière, même s'ils ont des valeurs et des motivations assez proches. Nous nous sommes donné rendez-vous à leur cabinet, deux jours différents, afin de bénéficier d'un cadre calme et propice à un échange enrichissant.

### ***1.2. Choix et critique de l'outil de travail***

L'outil de travail que j'ai décidé d'utiliser est un guide d'entretien exploratoire semi-directif, comprenant 5 questions ouvertes (environ 30 minutes). Cela me permettait ainsi de laisser une certaine liberté de propos aux professionnels, tout en pouvant les recentrer s'ils s'éloignaient trop du sujet.

A posteriori, je suis plutôt satisfaite de ce guide, car les cinq questions que j'avais formulées m'ont permis d'aborder tous les thèmes qui m'intéressaient.

Le fait d'avoir choisi de commencer par des questions plus larges pour aller vers des questions plus personnelles, m'a permis de mettre mes interlocuteurs en confiance, de les amener à pousser leur réflexion de plus en plus loin. Ainsi, ils n'ont pas hésité à me livrer leur ressenti vis-à-vis de leurs propres expériences, même si cela n'est pas évident d'un premier abord. La seule critique que je pourrais faire concernant la structure du guide, est que parfois celle-ci les a amenés à aborder certains éléments dans plusieurs questions qui se suivaient. Mais je ne pense pas que cela ait été néfaste, au contraire. En effet, lorsqu'ils sont revenus sur un élément qu'ils avaient déjà abordé, ils ont pu le préciser et ainsi enrichir leur réponse.

### ***1.3. Conditions de déroulement des entretiens***

Au début de chaque entretien, j'ai tout d'abord précisé le thème de mon mémoire. Puis j'ai abordé les questions une à une en demandant quelques précisions lorsque cela me semblait nécessaire.

Les trois entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions. La seule difficulté que je pense avoir rencontrée à été la limite de temps que les infirmier(e)s ont pu m'accorder. Même s'ils se sont montrés accueillants, très disponibles et ont essayé de répondre au mieux à

mes questions, leur profession de libéral leur impose un emploi du temps très serré et cela a restreint la durée de l'entretien. Le premier a duré environ 20 minutes, le second 10 minutes et le dernier à peu près 30 minutes.

## ***2. ANALYSE DES DONNÉES***

Les réponses des trois IDE que j'ai rencontrés sont détaillées dans un tableau en annexe I. Je vais tout d'abord analyser ces réponses question par question, en mettant en évidence les points communs, les points de divergence et les idées nouvelles par rapport au cadre théorique. Puis j'analyserai l'ensemble des réponses données pour chacun(e) des IDE afin d'évaluer la cohésion de celles-ci et de dégager ainsi un certain profil d'approche dans la relation soignant-soigné pour chacun(e).

### ***2.1. Analyse question par question***

#### ***□ Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ?***

Pour les trois IDE, la relation soignant-soigné met en jeu l'établissement d'une confiance entre le soignant et le patient. Elle permet une communication, un dialogue, un échange mutuel concernant les soins apportés et la prise en charge infirmière, mais également à propos du quotidien, du ressenti, du vécu intime du patient. Elle comprend également une écoute, une réassurance, une aide morale, et un réconfort lorsque cela est nécessaire. L'IDE n°2 pointe le fait qu'elle nécessite une certaine empathie envers la personne soignée. Il s'agit avant tout d'une relation professionnelle, comprenant selon l'IDE n°3 la notion de contrat de soins, avec des objectifs thérapeutiques dans le temps.

Les IDE n°1 et n°3 abordent la relation soignant-soigné à domicile en expliquant qu'elle devient parfois plus poussée et peut sortir du cadre du soin avec les patients qu'ils prennent en charge au long cours. Souvent il s'agit de personnes seules et isolées, qui ne voient que l'infirmier(e) dans la journée. Il arrive même que les IDE réalisent auprès de ces personnes des prestations autres que des soins infirmiers, comme par exemple poster leur courrier, réparer un

appareil défectueux ou amener une baguette de pain en cas d'intempérie par exemple. Il s'agit de personnes qu'ils rencontrent plusieurs fois par jour, et ils ne se voient pas entrer chez elles, réaliser le soin technique prescrit et sortir, en ignorant leurs problèmes et leurs soucis.

L'IDE n°3 explique qu'il apporte un service à la personne soignée, et que cela peut parfois impliquer des besoins et des attentes autres que les soins infirmiers purs. Cela fait partie de la prise en charge à ses yeux, tout comme pour l'IDE n°1, et ils n'attendent pas de compensation en retour. Un lien particulier et privilégié peut alors se créer entre le patient et le soignant, qui devient parfois presque "un membre de la famille". Selon l'IDE n°3, la relation soignant-soigné permet également une considération réciproque, avec un respect de l'autre dans son intégrité. Il affirme que la dimension affective y tient un rôle important, car la relation soignant-soigné à domicile permet souvent l'établissement de liens d'affinités entre l'infirmier(e) et son patient.

#### □ Qu'est-ce que la distance professionnelle ?

Les trois IDE définissent la distance professionnelle comme le fait de mettre des barrières entre le soignant et le patient, de rester à sa place d'infirmier(e), et de ne pas mélanger la sphère personnelle et la sphère professionnelle. Cela passe en théorie par le fait de ne pas montrer ses émotions, même si cela n'est pas toujours facile étant donné qu'ils rencontrent fréquemment des situations qui les touchent en tant qu'individu. L'IDE n°3 explique que le fait de mettre une distance professionnelle avec le patient permet de se protéger. L'IDE n°2 insiste sur l'importance de trouver le juste milieu dans la relation puisqu'il faut rester distant au niveau personnel tout en étant impliqué au niveau professionnel. Elle explique que l'infirmier(e) peut ressentir des émotions au cours de la prise en charge d'un patient, mais que ces émotions ne doivent jamais rejaillir dans la vie privée, personnelle du soignant. Il doit être capable de s'en détacher en rentrant chez lui, et pour cela il faut réussir à mettre en place une distance professionnelle dès le début de la prise en charge.

Les IDE n°1 et n°3 abordent immédiatement la difficulté de mettre en place puis de maintenir cette distance, surtout lors de situations telles que la mort d'un patient, où l'infirmier(e) a souvent pour rôle d'accompagner la famille dans la démarche de deuil. L'IDE n°1 pense qu'il

est plus facile de mettre une distance avec les patients à l'hôpital, puisque l'on fait partie d'une équipe pluridisciplinaire, que l'on représente l'institution. Le professionnel est beaucoup plus mis en avant que l'individu, par rapport au libéral. Elle dit aussi que les situations compliquées sont plus faciles à surmonter à l'hôpital, même si on s'est laissé dépasser par les émotions, puisque les autres membres de l'équipe sont présents pour soutenir le soignant, tandis qu'en libéral les autres collègues du cabinet ne sont pas forcément immédiatement disponibles. L'IDE n°3 pense quant à lui que la distance professionnelle est "faussée", "rompue" à domicile, du fait même de pénétrer chez les patients, dans leur intimité. Il explique, rejoignant ainsi l'IDE n°1, que c'est au soignant de savoir rester dans son positionnement de professionnel, même si le patient ou les proches le traitent comme un membre de la famille, afin de ne pas se mettre en danger.

□ *En quoi le fait d'intervenir à domicile influence-t-il la distance professionnelle ?*

Les trois IDE font ici référence au concept d'intimité. Les IDE n°2 et n°3 expliquent que la distance professionnelle est différente à domicile par rapport en institution car le soignant pénètre le chez-soi du patient, son univers, avec ses repères, et de ce fait son intimité. L'IDE n°2 insiste sur le fait qu'à domicile le lieu de soins est un territoire "non conquis", où le soignant doit respecter les règles et les valeurs du patient s'il veut continuer la prise en charge. Les IDE n°1 et n°3 abordent également le fait qu'il s'agit souvent de prises en charge au long cours, qui entraînent un "rapprochement", voire un attachement à la personne soignée. En effet, ils partagent jour après jour leur quotidien, les événements de vie marquants, toutes sortes d'émotions, les joies comme les peines. L'IDE n°3 avance que le partage se fait dans les deux sens, puisqu'il peut arriver que le soignant fasse part de ses propres émotions dans certaines circonstances. L'IDE n°1 rappelle l'importance de la venue de l'infirmier(e) pour certaines personnes isolées, qui en viennent parfois à l'appeler par son prénom, à le tutoyer. Le soignant devient alors impliqué presque malgré lui dans la vie privée du patient.

Selon l'IDE n°2, le rapport est également différent de celui qui se met en place en institution car les soignants y portent une blouse. En effet, cet uniforme à la fois met en avant le professionnel tout en effaçant l'individu, mais aussi impose une certaine barrière.

Pour l'IDE n°1, la position du corps joue également dans la relation soignant-soigné qui peut se créer, puisqu'à l'hôpital les patients sont souvent allongés dans leur lit, tandis qu'à domicile la plupart accueillent l'infirmier(e) debout, permettant un rapport d'égal à égal.

Les IDE n°1 et n°3 expliquent qu'ils ont conscience que la relation soignant-soigné qu'ils construisent parfois avec leurs patients à domicile ne permet pas de maintenir une distance "réglementaire", telle que "décrite dans les livres". Mais selon eux, cela fait partie intégrante de l'exercice en libéral. Ils disent ne pas être là pour entrer chez le patient, réaliser un soin technique et s'en aller, sans prêter attention aux autres besoins et attentes de la personne soignée, même s'ils n'entrent pas toujours dans le cadre du soin. Il y a un réel intérêt pour le patient en tant qu'individu, pour son vécu, son ressenti, ses ressources et ses difficultés, et au-delà de cela l'IDE n°3 parle même d'engagement de la part du soignant. Ils s'investissent dans chacune de leur prise en charge, en tant que professionnel d'abord, et cela déborde parfois sur l'individu.

De plus, l'approche relationnelle que les soignants vont avoir va souvent conditionner la qualité de toute la suite de la prise en charge donc ils y sont encore plus attentifs. Car en effet, en libéral, contrairement en institution comme le fait remarquer l'IDE n°2, le patient peut décider du soignant par lequel il veut être pris en charge. S'il n'est pas satisfait d'un(e) infirmier(e), que ce soit sur le plan technique ou relationnel, il peut aller faire appel à un(e) autre. Enfin, l'IDE libéral(e) peut organiser lui-même son temps de travail, et ainsi décider d'accorder le temps qu'il désire à l'aspect relationnel de la prise en charge, ce qui est de plus en plus difficile en institution, et ce qui est donc particulièrement apprécié par les patients à domicile.

□ *Dans quelles situations cette notion de distance vous pose-t-elle problème ? En quoi ?*

Les réponses à cette question peuvent opposer les IDE n°1 et n°3 avec l'IDE n°2. En effet, celle-ci dit ne jamais avoir rencontré de situation où la distance professionnelle lui a posé problème à domicile. Elle explique cela par le fait qu'elle a travaillé auparavant durant 11 ans en unité d'onco-pédiatrie et qu'elle y a éprouvé beaucoup plus de difficultés à maintenir une distance avec les enfants malades. Depuis, elle a réussi à développer un certain "recul", et accepte plus facilement la maladie, la souffrance ou la fin de vie chez les personnes adultes.

Elle pense que le parcours de vie personnel et professionnel influence considérablement la façon d'être en relation avec les autres et plus particulièrement avec les patients. C'est la proximité relationnelle qui l'attire tout particulièrement dans l'exercice libéral, et qui la motive à poursuivre. Elle s'investit émotionnellement mais jusqu'à ses propres limites.

Les deux autres IDE expliquent que les situations à domicile lors desquelles la distance professionnelle leur a posé problème ont été essentiellement lors de l'altération de l'état général du patient pris en charge depuis longtemps, de l'observation de sa déchéance physique jour après jour, puis de sa mort. Lors de celle-ci, le soignant prend souvent le relais auprès des proches en deuil. Ils se rendent généralement compte à ce moment là à quel point ils étaient attachés à la personne. L'IDE n°1 explique qu'il arrive de ne pas savoir comment reconforter les proches par les mots, et que c'est alors la communication non verbale et le toucher relationnel qui prennent naturellement le dessus.

L'IDE n°3 indique par ailleurs que cela lui pose un problème de conscience lorsqu'il a l'impression de ne pas s'impliquer autant qu'il le devrait avec un patient, du fait d'un manque d'affinités ou de refus de l'établissement d'une relation soignant-soigné par exemple. Cela engendre chez lui une certaine frustration puisqu'il a l'impression de ne pas avoir assuré la meilleure prise en charge possible pour le patient.

Les IDE n°1 et n°3 mettent ainsi en évidence un aspect très intéressant, sur lequel j'ai rebondi lors des entretiens, en leur demandant s'ils ne trouvaient pas cela dangereux d'être moins distant avec leurs patients, et de ce fait d'être plus facilement sujet à ressentir des émotions qu'ils auront du mal à contrôler. Ils m'ont tous les deux répondu qu'ils avaient conscience de parfois dépasser les limites conventionnelles dans leur relation avec le patient, et ainsi de se mettre en danger émotionnellement. Mais selon eux, cela fait partie de leur métier, et ils sont prêts à prendre ce risque car ils pensent que cela ne peut avoir des répercussions que positives. Bien sûr le soignant peut éprouver des difficultés à surmonter certaines situations, du fait de cette faible distance, mais il peut apprendre à gérer cela avec le temps, avec l'expérience et avec l'aide des collègues. Ils affirment que dans la relation soignant-soigné à domicile, les patients sont souvent autant intéressés par la rencontre du professionnel que de l'individu,

avec son vécu, ses valeurs et son ressenti. Ils ne recherchent pas la même relation avec le soignant qu'en institution, et l'infirmier(e) a souvent tendance à répondre à cette demande car cela lui permet d'être plus à l'écoute de son patient, et ainsi de se sentir plus utile.

□ *En quoi la distance professionnelle peut-elle être un facteur aidant dans votre relation avec les patients ?*

Les trois IDE s'accordent ici pour dire que la juste distance professionnelle à domicile permet l'établissement d'un lien de confiance mutuel. Les patients osent ainsi plus facilement poser des questions, demander des conseils, échanger par rapport à leur pathologie, au traitement ou aux soins réalisés, et cela permet de trouver de nouvelles pistes de réflexion et de nouvelles orientations de prise en charge. Il se crée un partenariat entre le soignant et le patient, voire avec son entourage, et de ce fait une véritable alliance thérapeutique.

D'autre part, plus la distance professionnelle est faible, plus l'infirmier(e) peut s'investir dans son rôle propre, comme l'explique l'IDE n°3. En effet, le patient, ayant confiance en lui, respecte d'autant plus les conseils préventifs et éducatifs qu'il lui apporte par exemple. L'IDE libéral(e) s'implique beaucoup dans la dimension sociale de la prise en charge également ; il est en première ligne pour analyser les ressources et les contraintes de son milieu de vie, de ses habitudes de vie et de son implication dans sa prise en charge. Ainsi, il peut rapidement représenter un intermédiaire précieux entre le médecin, le patient et la famille. Cette approche relationnelle à domicile permet donc selon eux une prise en charge plus adaptée, personnalisée, centrée sur les besoins et les attentes du patient.

De ce fait, elle est bénéfique pour la prise en charge et donc pour le patient, mais également pour le soignant. En effet, comme le dit l'IDE n°3, cette approche spécifique au domicile apporte une grande richesse professionnelle mais également personnelle puisqu'elle met en exergue la rencontre de deux individus, avec leurs cultures et leurs croyances. Chaque relation soignant-soigné est une expérience positive à ses yeux. Il parle également de reconnaissance de la part des patients, de leurs proches et des autres professionnels de santé, ce qui est primordial à ses yeux. Plus il se sent utile et apprécié par ses patients, plus il arrive à mettre en œuvre ses compétences relationnelles, et cela lui procure un bien-être psychique.

L'IDE n°3 est celui qui va le plus loin en affirmant qu'il fait ce métier pour ressentir des émotions, pour "se sentir exister", se sentir utile pour les patients, et qu'il n'a donc aucune envie de "mettre une carapace" pour se protéger. Il ne parviendrait pas à s'épanouir sans s'investir et s'impliquer dans les relations soignant-soigné qu'il construit, autant que le temps et les liens d'affinités le lui permettent.

## ***2.2. Analyse IDE par IDE***

### ***□ IDE n°1***

En reprenant l'ensemble des réponses de l'IDE n°1, on peut mettre en évidence son désir de s'impliquer dans ses relations avec les patients. Pour elle, l'aspect relationnel du métier d'infirmière est presque le plus important. Elle pense pour autant qu'il n'est pas bénéfique que le soignant montre ses émotions, car il est alors moins apte à apporter du réconfort ou une réassurance au patient.

Mais il est normal d'en ressentir au vu des situations très éprouvantes émotionnellement. Elle n'a donc pas peur d'établir une distance professionnelle "non réglementaire" avec les patients, quitte à se mettre en danger. Elle pense que le soignant doit apprendre à surmonter les difficultés que peut provoquer une proximité relationnelle avec les patients grâce aux ressources dont il dispose (recul grâce à l'expérience, aide des collègues...). En définitive, l'IDE n°1 met donc en exergue que l'approche relationnelle spécifique au domicile est bénéfique pour le patient, grâce à une prise en charge de meilleure qualité, et pour le soignant, surtout au niveau professionnel puisque cela lui permet d'évoluer et d'enrichir son expérience.

### ***□ IDE n°2***

L'IDE n°2 aborde la relation soignant-soigné de manière un peu différente de ses deux autres collègues. Elle admet que celle-ci est différente à domicile et que c'est l'un des avantages de l'exercice en libéral qu'elle recherchait. Certes, elle arrive plus facilement à prendre du recul par rapport aux patients, mais elle reconnaît les aspects positifs incontournables de la proximité relationnelle à domicile. Elle essaie de mettre en place une distance professionnelle qui lui permet d'obtenir un juste milieu entre une relation de confiance avec le patient et une certaine protection émotionnelle. Elle veut pouvoir instaurer un véritable partenariat avec la

personne soignée tout en restant capable de mettre de côté les émotions qu'elle aurait pu ressentir au travail quand elle rentre chez elle.

### □ IDE n°3

L'IDE n°3 est clairement le plus investi dans ses relations soignant-soigné. Pour lui, le métier d'infirmier doit lui permettre un épanouissement professionnel mais également personnel. Il affirme que sa personnalité le pousse à établir une faible distance professionnelle avec les patients, car il a besoin d'un lien fort avec eux pour s'impliquer totalement dans leur prise en charge. Il sait pertinemment que cela peut le mettre en danger s'il se laisse trop envahir par les émotions et qu'il n'arrive plus à prendre de recul sur une situation, mais cela est le risque à prendre en contrepartie d'une approche relationnelle qui le comble en tant que soignant et en tant qu'individu. Il trouve exceptionnelle la richesse qui émane des relations soignant-soigné qu'il met en place à domicile et veut cultiver celle-ci afin d'évoluer dans son parcours professionnel mais aussi personnel.

## ***III Problématique***

Les recherches théoriques que j'ai effectuées au début de mon travail ont apporté des éléments de réponse à mon questionnement de départ. Elles ont montré que la relation soignant-soigné est une relation qui, même si elle reste fondamentalement professionnelle, met en jeu deux individus, deux êtres humains, qui ressentent donc par essence-même des émotions, des affects et des sentiments. De ce fait, il est difficile pour les soignants de trouver la "juste" distance professionnelle, d'autant plus à domicile, car ils pénètrent dans l'intimité de leurs patients, dans leur univers, avec leurs repères, leurs règles et leurs valeurs. La faible distance professionnelle souvent mise en place en libéral entraîne donc une relation soignant-soigné plus étroite, fondée sur une confiance réciproque et des liens d'affinités. Néanmoins, la plupart des professionnels de la communication et de la relation d'aide insistent sur la nécessité de mettre en place cette distance coûte que coûte, afin surtout que le soignant soit protégé, préservé et qu'il ne soit pas envahi d'émotions, sentiments ou affects qui seraient néfastes pour lui et donc pour la relation soignant-soigné.

En rencontrant des professionnels sur le terrain, je m'attendais à ce qu'ils confirment l'importance de la mise en place de cette distance professionnelle avec le patient, encore plus prégnante à domicile puisque, pénétrant dans l'intimité du patient, ils s'exposent d'autant plus humainement et émotionnellement. Néanmoins, leurs réponses ont révélé un certain contraste avec les données théoriques. Tout d'abord, les trois infirmier(e)s libéraux/ales interrogé(e)s ont reconnu que cette distance est bien plus difficile à maintenir à domicile. Cependant, ils m'ont confié que cette difficulté ne représentait pas un frein pour eux, au contraire. Ils partagent souvent le quotidien de leurs patients, certains moments de vie importants, suscitant de vives émotions, surtout dans les prises en charge au long cours. Cela a des répercussions sur la relation soignant-soigné, mais pour eux ces répercussions sont avant tout positives. En effet, ils savent qu'en mettant moins de distance avec leurs patients et en dépassant certaines limites conventionnelles (tutoiement, appel par le prénom, prestations autres que les soins...), ils risquent de trop s'impliquer et de se mettre en danger quelquefois dans certaines situations difficiles, comme l'altération de l'état ou la mort de la personne. Mais les relations soignant-soigné qu'ils mettent en place à domicile apportent de tels bénéfices et de tels bienfaits qu'ils affirment être prêts à être moins distants avec leurs patients, quitte à parfois devoir en subir les conséquences.

D'une part, grâce à cette proximité, la personne soignée peut se sentir en confiance avec le soignant, lui demander librement des conseils ou se confier à lui par rapport à ses craintes vis-à-vis de sa pathologie ou encore du traitement. Elle se sent véritablement soutenue, accompagnée, et cela permet ainsi un meilleur vécu de sa maladie ou de son handicap.

D'autre part, cette relation soignant-soigné plus étroite amène à la création d'un lien unique et particulier de confiance, à un échange mutuel, un partenariat et même une véritable alliance thérapeutique. Cela a un impact positif sur la prise en charge qui devient de ce fait individualisée et au plus proche des besoins et des attentes du patient.

Enfin, les trois infirmier(e)s interrogé(e)s sont intéressé(e)s avant tout par cette approche relationnelle spécifique à domicile qui permet, au delà de l'apport d'un service par un professionnel à une personne qui en a besoin, la rencontre de deux individus. Cette relation soignant-soigné à domicile, qui leur apporte reconnaissance et sentiment d'utilité, leur permet un véritable épanouissement professionnel, mais aussi personnel. Cela fait partie de leurs motivations à continuer à exercer à domicile, même si ce secteur d'activités comprend de

nombreuses contraintes. Ils ont l'impression d'y trouver un réel enrichissement humain, qui leur permet d'évoluer en tant qu'infirmier(e) mais aussi en tant qu'individu.

Étant donné que la conception de trois soignants ne peut faire foi, je pense qu'il serait très intéressant d'effectuer une nouvelle enquête auprès d'un panel plus large d'infirmier(e)s libéraux/ales, afin de voir si celle-ci confirme ce regard des professionnels sur leur approche relationnelle à domicile.

Ce contraste mis en évidence dans mon travail m'amène à orienter différemment l'axe de recherche qu'il serait intéressant d'exploiter à présent :

- ***En quoi la relation d'attachement établie entre l'infirmière libérale et son patient à domicile a-t-elle un impact sur le vécu émotionnel de celle-ci ?***

## ***Conclusion***

Au terme de ce Mémoire de Fin d'Études, j'ai réellement pris plaisir à explorer toutes ces notions de relation soignant-soigné, d'émotions, de distance professionnelle, d'intimité. Il s'agit de concepts très vastes et, comme j'ai pu le remarquer lors de mes recherches primaires, qui peuvent être abordés sous de nombreux angles différents. La bonne compréhension de ces notions est essentielle dans l'exercice de la profession infirmière au quotidien. Le soignant reste avant tout « *un être communiquant [...] qui soigne avec sa tête, son cœur et son corps* »<sup>51</sup>, et je pense qu'il s'agit d'un aspect que l'on apprivoise tout au long de son parcours professionnel. Au cours de mes recherches, j'ai pu approfondir mes connaissances dans les différents domaines étudiés et ainsi enrichir mon identité professionnelle. En tant que future infirmière, je vais probablement rencontrer de nombreuses situations relationnelles qui me questionneront, et j'espère que le cheminement que j'ai effectué lors de ce travail m'aidera à mieux appréhender ces situations afin de les surmonter.

---

<sup>51</sup>MONHARDT, B. ; PAPILLON, P. ; et al. Les soignants et la communication. Rueil Malmaison : Édition Lamarre. 2000. p.10.

D'autre part, j'ai apprécié mettre en œuvre la méthodologie de ce travail, qui visait à confronter des références théoriques investiguées à des informations recueillies sur le terrain. Lors de ce cheminement, j'ai également pu confronter toutes ces données à mes propres représentations, fondées ou non. J'ai réalisé en fin de compte à quel point il était important en tant que soignant de perpétuellement se remettre en question, afin de toujours viser à une amélioration de ses pratiques, pour que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge optimale tout d'abord, mais également pour sa propre évolution professionnelle et personnelle.

Enfin, ce mémoire m'a permis de mettre en évidence un regard des professionnels libéraux sur leur travail quotidien qui n'a pas encore été réellement exploité dans la littérature actuelle. Je pense qu'il serait intéressant de poursuivre cette réflexion par des recherches théoriques et sur le terrain plus poussées, dans le but de comprendre en quoi le vécu de la relation soignant-soigné peut influencer l'épanouissement professionnel de l'infirmière.

## ***Bibliographie***

### **○ *OUVRAGES***

- DOUGUET, Florence, VILBROD, Alain. Le métier d'infirmière libérale, Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation. France : Seli Arslan. 2006. 287 pages.
- FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières. Lyon : Mallet Conseil. 2009. 291 pages.
- MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBOEUF, Anne. La relation soignant-soigné. 3<sup>e</sup> édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages. (Soigner et accompagner).
- MONHARDT, B. ; PAPILLON, P. ; et al. Les soignants et la communication. Rueil Malmaison : Édition Lamarre. 2000. Pages 10-11. (Pratiqué).
- PORTELANCE, Colette. La communication authentique. Québec : Les éditions du Cram. 1994. Pages 19-20. (Collections psychologie).
- PRAYEZ, Pascal ; SLIWKA, Corinne (sous la coordination de). Distance professionnelle et qualité du soin. 2<sup>e</sup> édition. France : Lamarre. 2009. 287 pages. (Fonction cadre de santé).

### **○ *ARTICLES DE PÉRIODIQUES***

- BARCELO, Christophe. Exercer en libéral, un vrai choix, La revue de l'infirmière, Vol 57 - n° 141, juin 2008, page 29.
- BENAROYO, Lazare. Soin, confiance et disponibilité, Éthique et Santé, Vol 1 – n° 2, mai 2004, pages 60-63.
- CARILLO, Claudine. Stress et émotions, entre débordement et hyper-protection, Soins, Vol 56 - n° 754, avril 2011, pages 61-62.
- DAYDÉ, Marie-Claude. Pratique soignante - Soins à domicile au quotidien et réflexion éthique, Soins, Vol 56 – n° 754, avril 2011, page 52.
- DEHOORNE, Frédérique. Prendre soin, un engagement personnel et collectif, Soins, Vol 53 - n° 723, mars 2008, page 1.
- LHUILLIER, Dominique. Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail, Psychologie du travail et des organisations, Vol 12 – n° 2, juin 2006, pages 91-103.
- MALLEM, Elke. La distance professionnelle, Objectif Soins, n° 136, mai 2005, pages 22-23.

- MARTIN, Mike. La distance professionnelle, *The international journal of applied philosophy*, Vol 11 - n° 2, 1997, pages 39-50.
- TALON-CHRETIEN, Marie-Claire, LETHEULE, NGOM, Marjolaine. Pratique soignante - L'approche du corps en exercice libéral, *Soins* - Vol 56 - n° 756, juin 2011, pages 49-50.
- WARNET, Sylvie. Identité infirmière et professionnalisation, *La revue de l'infirmière*, Vol 56 - n° 134, octobre 2007, pages 28-29.

## ○ **TEXTES RÉGLEMENTAIRES**

- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code . Partie IV : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/>> :
  - ⑩ Article R. 4311-2. Chapitre Ier : Exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels.
  - ⑩ Article R. 4312-2. Chapitre II : Règles professionnelles. Section 1 : Dispositions communes à tous les modes d'exercice. Sous-section 1 : Devoirs généraux.
  - ⑩ Articles R. 4312-25 et R4312-26. Chapitre II : Règles professionnelles. Section 1 : Dispositions communes à tous les modes d'exercice. Sous-section 2 : Devoirs envers les patients.

## ○ **RESSOURCES INTERNET**

- LIÉGEOIS, Maurice. Distance thérapeutique. Serpsy [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.serpsy.org/detour/distance.html>>  
*[Titulaire d'une Maîtrise en Psychologie]*
- PERRONET, Renaud. Comment gérer ses émotions dans la relation d'aide ? *Evolute Conseil* [En ligne]. 27 août 2006. Disponible sur : <<http://www.evolute.fr/relation-aide/gerer-emotions-relation-aide>>  
*[Titulaire d'une Maîtrise en Histoire de la Philosophie Moderne. Professeur de Lettres et de Philosophie]*
- SVANDRA, Philippe. Approchez la distance ! De la distance à la proximité thérapeutique, A la recherche de la bonne distance. Serpsy [En ligne]. 19 mars 2004. Disponible sur : <[http://www.serpsy.org/colloques\\_congres/compte-rendu/serpsy\\_04/philippe\\_svandra.html](http://www.serpsy.org/colloques_congres/compte-rendu/serpsy_04/philippe_svandra.html)>  
*[Titulaire d'un Doctorat en Philosophie]*



Mains tenant puzzle©. Petr Kratochvil. Disponible sur :  
[http://www.publicdomainpictures.net/view-image.php?  
image=19960&picture=mains-tenant-puzzle&jazyk=FR](http://www.publicdomainpictures.net/view-image.php?image=19960&picture=mains-tenant-puzzle&jazyk=FR)

## **La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné à domicile**

### *Résumé*

Les rapports humains, notamment au travers de la relation soignant-soigné, ont toujours été au cœur de la profession infirmière. Au cours de cette relation, le soignant met en place une certaine distance professionnelle avec le patient, essentiellement pour se protéger émotionnellement. La mise en place de cette distance semble plus difficile dans le milieu du domicile, puisque l'infirmière libérale pénètre dans l'intimité-même du patient, dans son univers, avec ses habitudes de vie, ses règles et ses valeurs. Ce travail à visée qualitative a pour objectif de rechercher l'influence de la distance professionnelle sur la relation soignant-soigné à domicile. L'outil d'investigation sélectionné a été un guide d'entretien comprenant cinq questions ouvertes, mené auprès de trois infirmiers libéraux d'un même cabinet. Les résultats ont montré que la faible distance professionnelle souvent mise en place à domicile entraîne une relation soignant-soigné plus étroite, permettant l'installation d'une confiance et d'une complicité réciproques, voire parfois un certain attachement. Cependant, les infirmier(e)s libéraux/ales ne voient pas ce lien particulier comme un frein, mais plutôt comme un atout à la fois pour la relation soignant-soigné, pour le patient et la qualité de sa prise en charge, et également pour leur propre vécu émotionnel. Des recherches complémentaires devraient être effectuées auprès d'un panel plus large d'infirmier(e)s libéraux/ales afin de confirmer ou d'infirmier cette conception.

### *Mots clés*

Distance professionnelle – Relation soignant-soigné – Infirmier(e) libéral(e)  
Affects, sentiments, émotions – Intimité

## **The professional distance in the patient-carer relationship at home**

### *Abstract*

Human relationships have always been at the core of the nursing profession, particularly in the patient-carer relationship. In this relationship, the carer sets up a certain professional distance with the patient, mainly to protect oneself emotionally. The establishment of this distance seems to be more difficult at home because the visiting nurse enters into the intimacy of the patient, in his world, with his lifestyles, his rules and values. The aim of this qualitative work is to analyze the professional distance's influence on the patient-carer relationship at home. The selected investigative tool was an interview guide including five open-ended questions asked to three visiting nurses from the same office. The results showed that the short professional distance at home leads to a closer patient-carer relationship, which allows the development of a mutual confidence and complicity, even sometimes a certain attachment. However, visiting nurses don't see this particular link as a hindrance, but

rather as an asset for the relationship, for the patient and the quality of his management, and also for their own emotional experience. Further research should be carried out with a wider range of visiting nurses, in order to confirm or reverse this allegation.

***Key words***

Professional distance – Patient-carer relationship – Visiting nurse  
Affects, feelings, emotions – Intimacy