

---

# **La considération positive inconditionnelle dans la relation d'aide en psychiatrie**

---

Mémoire de fin d'études - UE 5.6.S6 – Analyse de la qualité et traitement des  
données scientifiques et professionnelles.

Restitution le 27 mai 2014  
Soutenu le 11 juin 2014

**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 ».

---

## Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>I. Situation d'appel</b>	<b>2</b>
<b>II. Questionnement</b>	<b>4</b>
<b>III. Champs disciplinaires</b>	<b>11</b>
<b>IV. Méthodologie exploratoire</b>	<b>13</b>
<b>V. Cadre conceptuel</b>	<b>14</b>
1. La relation d'aide	14
1.1. Définitions	14
1.2. Créer une relation d'aide	15
1.2.1. La congruence	16
1.2.2. La considération positive inconditionnelle	16
1.2.3. L'empathie	17
1.2.4. L'écoute active	18
1.3. Les différents types de relation d'aide	18
1.3.1. La relation formelle	18
1.3.2. La relation informelle	19
1.4. La communication non verbale	20
2. La relation d'aide en psychiatrie	20
2.1. La psychiatrie	20
2.2. La dépression	21
3. l'expérience professionnelle	22
3.1. L'expérience	22
3.2. L'expérience au service des compétences relationnelles	25
<b>VI. Enquête</b>	<b>27</b>
1. Choix de l'outil d'enquête	27
2. Choix de la population	28
3. Limites de l'enquête	28
<b>VII. Analyse des résultats de l'enquête</b>	<b>29</b>
1. Description des résultats de l'enquête	29
1.1. Profil des enquêtés	29
1.2. Relation d'aide et capacités relationnelles	29
1.3. Considération positive inconditionnelle	30
1.4. Expérience professionnelle	30
2. Analyse interprétative	31
2.1. Relation d'aide et capacités relationnelles	32
2.1.1. Définir la relation d'aide	32
2.1.2. Les capacités relationnelles et difficultés lors de la relation d'aide	33
2.1.2.1. Capacités relationnelles	33
2.1.2.2. Difficultés rencontrées lors de relation d'aide	34
2.2. Considération positive inconditionnelle	35
2.3. Expérience professionnelle	36
3. Synthèse	36
<b>Conclusion</b>	<b>38</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>39</b>

---

---

**Annexes**

Annexe I : grille d'entretien	i
Annexe II : entretien n°1 (IDE 1)	ii
Annexe III : entretien n°2 (IDE 2)	vi
Annexe IV : entretien n°3 (IDE 3)	ix
Annexe V : grille de dépouillement	xiii

**Résumé et abstract**

---

## Introduction

Pendant toute ma formation, un point clé du métier d'infirmier m'a interpellé : l'aspect relationnel. J'ai donc décidé de mettre à profit ce mémoire pour explorer cette partie du métier. Le relationnel n'est pas une chose que tout le monde possède, il se construit, se développe et c'est grâce à mes stages effectués que j'ai réussi à améliorer ma communication avec les patients. Ce côté relationnel est en constant développement. De plus, je centre mon sujet sur la psychiatrie, domaine où le relationnel est clé et omniprésent.

D'un point de vue professionnel, j'ai choisi la situation ci-dessous car la psychiatrie est une discipline où la prise en charge du patient est axée sur le relationnel, il faut savoir comment répondre « *correctement* » au patient, c'est-à-dire sans qu'il se renferme. La communication et l'entretien d'aide sont l'essence même des soins en psychiatrie. Qui plus est, chaque mot est important et peut changer le comportement du patient. Il faut prendre le temps d'écouter le patient encore plus que dans les autres services, lui permettre de se livrer sans jugement. La communication fait partie intégrante du métier d'infirmier, c'est même le cœur du métier et j'ai pu apercevoir au cours de mes différents stages que le relationnel en psychiatrie demande plus de compétences de la part du soignant.

Sur le plan personnel, j'ai trouvé pertinent de choisir cette analyse car je me suis retrouvé face à deux situations avec la même patiente qui ne se sont pas conclues de la même manière. La psychiatrie est une discipline qui m'a toujours intéressé dans les cours de l'IFSI. Dans cette situation, j'ai été surpris, étonné de voir les choix des infirmières et mon interpellation m'a conduit à la choisir pour ce mémoire, afin d'explorer l'entretien d'aide et plus précisément les motivations à en réaliser un ou non.

Dans une première partie, j'exposerais ma situation de départ que j'ai choisi pour ce travail de fin d'études. Dans une seconde, j'aborderais le questionnement de cette situation. Puis nous terminerons par une troisième partie comportant les champs disciplinaires de mon mémoire puis nous terminerons par la méthodologie exploratoire. Nous passerons ensuite à l'enquête et son analyse.

## I. Situation d'appel

Cette situation se déroule lors d'un stage en service de psychiatrie, dans un hôpital d'Île de France. J'effectue mon dernier stage de deuxième année. La situation décrite a lieu directement dans la chambre d'une patiente, hospitalisée depuis plus de 70 jours. Nous sommes le 17 avril 2013, il est 18h et c'est l'heure d'effectuer la distribution des thérapeutiques aux patients.

La patiente, madame D, est âgée de 85 ans, et est sujette à des hallucinations auditives dans un contexte d'épisode dépressif majeur. Elle s'est plainte d'entendre des injures à son égard ainsi que de pouvoir entendre quelqu'un tuer son fils. Ce dernier a exprimé le souhait de la placer en institution, ce que cette dernière a refusé, et s'est dit suffisamment apte à vivre seule chez elle.

Lors du passage de l'infirmière et de moi-même, nous retrouvons la patiente en larmes. Nous profitons donc de la distribution des traitements pour prendre le temps de l'écouter et de la rassurer. La patiente se dit anxieuse à l'idée d'être placée dans un établissement pour personnes âgées, mais elle est également très nerveuse depuis que ces derniers jours ces hallucinations n'ont cessées d'accroître leur intensité. L'infirmière et moi-même nous asseyons sur des chaises de sa chambre et nous plaçons à côté de la patiente pour parler avec elle. Je n'ai fait qu'écouter et observer ce jour-ci. L'infirmière a, dans un premier temps, laissé parler la patiente et la laisser exprimer ses émotions. Dans un second temps, elle a utilisé la reformulation des propos de madame D. À l'aide de la cette technique, la patiente a verbalisé de l'anxiété et de l'inquiétude vis-à-vis de sa situation. Elle a exprimé le fait de ne pas vouloir partir dans une institution. L'infirmière a clarifié certains propos de la patiente et cette dernière a explicité son anxiété quant à ces hallucinations. La patiente a exprimée son inquiétude de ne jamais revoir son fils avant de mourir. De plus, les hallucinations l'ont hanté toute la journée, mais aussi la nuit dans son sommeil. Elle a précisé à madame D que les thérapeutiques allaient progressivement faire effet. La patiente a continué de pleurer et d'avoir sa tête dans ses mains.

Cependant, au bout d'une dizaine de minutes, l'infirmière n'a pas cessé de la rassurer, annonçant que la situation ne resterait pas comme cela et que si madame D le souhaitait, on appellerait son fils pour qu'il confirme lui-même ses visites. Madame D s'est confiée rassurée et soulagée.

Au final, la patiente a arrêté de pleurer, et a abordé même un sourire à la fin de la conversation. Elle a pris ses thérapeutiques et nous sommes sortis de la chambre en lui assurant que nous allions repasser plus tard pour voir comme elle allait.

Une semaine plus tard, je me suis retrouvé de nouveau face à cette patiente en souffrance, accompagné d'une autre infirmière cette fois-ci. La patiente a pleuré une nouvelle fois mais l'infirmière n'y a pas prêté attention, elle a posé les médicaments près d'elle et lui a dit :

*«Prenez vos médicaments madame D, il est l'heure, et ne pleurez pas comme cela ! »*

La patiente n'a pas écouté ce qu'a dit l'infirmière. Cette dernière a repris les médicaments et est sortie de la chambre. Je lui ai demandé pourquoi elle n'a pas pris le temps de lui parler afin de savoir ce qui n'allait pas. Celle-ci m'a répondu que cette patiente était bien connue pour toujours pleurer et qu'il ne fallait pas rentrer dans son « *petit jeu* ». Lorsque je lui ai demandé si je pouvais réaliser un entretien d'aide avec cette patiente, elle m'a répondu qu'il y avait du travail et que l'on n'avait pas le temps.

## II. Questionnement

À la suite de cette situation, j'étais surpris de la différence de choix des deux infirmières. La première question qui m'est venu à l'esprit est : qu'est ce que la relation soignant-soigné ?

Celle-ci est défini comme permettant « *d'établir une relation de confiance, de comprendre la souffrance du patient et d'y mettre un sens afin d'élaborer un projet de soins individualisés* »<sup>1</sup>. De plus, la relation soignant-soigné est décrite comme « *un élément de réponse aux besoins des patients* »<sup>2</sup> dans la recherche en soins infirmiers de juin 2007. Ainsi la relation soignant-soigné est importante dans la prise en charge des patients afin d'établir une démarche thérapeutique propre à ce patient.

En comprenant ce qu'est une relation soignant-soigné ainsi que son intérêt, on peut donc chercher à comprendre quels sont les facteurs influençant les relations soignant-soignés et les objectifs de celle-ci.

Selon le psychologue clinicien Alexandre Manoukian qui nous répond dans son ouvrage *La relation soignant-soigné : « les facteurs d'une relation sont nombreux : les partenaires, leur culture [...] la communication verbale, non verbale... »*<sup>3</sup>. Ainsi on peut donc voir qu'une relation soignant soigné n'est pas qu'un simple échange entre deux personnes, c'est une relation qui dépend de plusieurs critères, allant de l'histoire personnelle de chacun, que cela soit l'infirmière ou le patient, jusqu'aux gestes, aux attitudes des protagonistes.

Maintenant que nous avons défini le terme de relation soignant soigné, intéressons nous particulièrement à la situation et au type de la relation qui s'instaure avec la première infirmière : la relation d'aide. Plus précisément, ici, c'est une relation d'aide en psychiatrie dont il est question.

---

<sup>1</sup> RIVALLAN A. La relation soignant-soigné en psychiatrie. *Soins*, Mars 2013, n°773, pp 41-43.

<sup>2</sup> FORMARIER M. La relation de soin, concept et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2007, n°89, pp 33-42.

<sup>3</sup> MANOUKIAN, A ; MASSEBEUF, A. *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre. 2012. 223 pages. Première partie, pp 7-72.

Selon Alexandre Manoukian, il s'agit d'une relation « *fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné* »<sup>4</sup>.

Dans cette situation, j'ai décidé de décrire la réalisation d'un entretien d'aide informel, on peut donc chercher à connaître quels sont objectifs d'un tel entretien. Selon la définition d'Hélène Lazure, il est précisé que « *la relation d'aide vise l'un ou l'autre des objectifs suivants chez la personne aidée : traverser une épreuve, résoudre une situation de vie actuelle...* »<sup>5</sup>. On peut voir également que les buts sont « *l'expression, la compréhension, la prise en charge* » avec comme objectif « *d'aider la personne à surmonter un coup dur* ». Ainsi nous pouvons aboutir au fait que la relation d'aide vise à soutenir le patient, lui permettre d'exprimer ses émotions, ses ressentis, de rassurer le soigné et de l'aider à trouver lui-même ses propres ressources.

On retrouve également, dans la littérature, la notion de relation d'aide qui « *est à visée thérapeutique, qui a pour but d'aider [...] un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui...* »<sup>6</sup>. Ces éléments entrent en compte dans la dimension soignant-soigné des soins infirmiers.

Cette relation d'aide a lieu dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie. « *La relation d'aide est essentielle en psychiatrie. Elle est la base du travail en psychiatrie* »<sup>7</sup>. Ainsi nous pouvons voir que ce type de relation fait partie du quotidien des équipes de soignants en psychiatrie.

Afin d'atteindre les buts d'un entretien d'aide, il est intéressant de se pencher sur le comportement nécessaire à un bon entretien ; quelles sont les capacités relationnelles nécessaires à la réalisation d'un « bon » entretien d'aide ?

---

<sup>4</sup> MANOUKIAN, A ; MASSEBEUF, A. *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre. 2012. 223 pages. Première partie, page 56.

<sup>5</sup> LAZURE H. *Vivre la relation d'aide – approche théorique et pratique d'un critère de compétence de l'infirmière*. Québec : Decarie. 1988. 192 pages.

<sup>6</sup> FORMARIER M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2007, n°89, pp 33-42.

<sup>7</sup> AGRECH, C ; OUHARZOUNE, Y. *Techniques de soins en psychiatrie*. France : Lamarre. 2005. 150 pages.

Selon Carl Rogers, psychologue humaniste, il existe trois fondamentaux afin de créer un climat favorisant le changement : la considération positive inconditionnelle, la congruence et l'empathie. En effet ce dernier exprime dans son approche centrée sur la personne que le soignant doit apporter « *des attitudes d'empathie, d'acceptation, de non jugement* »<sup>8</sup>. C'est sous le terme de considération positive inconditionnelle, ou encore chaleur comme il le nommait, que Rogers précise que « *lorsque le thérapeute fait l'expérience d'une attitude positive, exempte de jugement [...] alors le changement est plus probable* »<sup>9</sup>.

Cependant, nous pouvons nous questionner sur les conditions nécessaires afin de parvenir à la considération positive inconditionnelle ?

Nous pouvons trouver dans la littérature que « *nous redoutons d'être pris au piège si nous nous laissons aller librement à l'expression de ces sentiments positifs* »<sup>10</sup>. Ainsi nous pouvons voir plus loin dans le même ouvrage que le fait de voir le patient de manière différente (comme un objet d'après Rogers) nous permet de laisser libre court à l'expression de ces sentiments positifs. Chaque être humain est unique et dispose de ses propres qualités et défauts. Dès lors, nous pouvons supposer que la seconde infirmière ne disposait pas des mêmes qualités relationnelles que la première infirmière. Nous pouvons alors nous demander pourquoi la seconde infirmière n'a-t-elle pas fait le choix de réaliser un entretien ?

---

<sup>8</sup> CAILLEAU, X ; MARC, E. Carl Rogers, l'inventeur de la non directivité. *Sciences humaines*, Janvier 2000, n°101, pp 1-4.

<sup>9</sup> ROGERS, C. *Le développement de la personne*. France : Interéditions. 2005. 296 pages.

<sup>10</sup> ROGERS, C. *Le développement de la personne*. France : Interéditions. 2005. 296 pages. Page 38.

Lorsque l'infirmière souligne que « *cette patiente était bien connue pour toujours pleurer* », nous pouvons supposer que l'infirmière verbalise la non progression des entretiens d'aide qui sont réalisés. La première infirmière a pris le temps de s'entretenir avec la patiente et la seconde a peut être jugé qu'il n'y avait pas d'intérêt à effectuer un entretien d'aide informel à ce moment précis. Peut être que l'infirmière a préféré laisser la patiente seule du fait qu'elle avait déjà eu un entretien le matin même avec le médecin ? L'infirmière a pris l'initiative de ne pas en réaliser car elle n'en a sans doute pas vu de bénéfiques qui pourraient être atteints.

Une autre supposition de réponse peut être la demande de la patiente : dans la situation, la patiente n'exprime pas le désir clair et précis de communiquer. Ainsi la seconde infirmière a peut être pensé que madame D n'en souhaitait pas. Plusieurs autres éléments peuvent rentrer en compte : l'infirmière a peut être supposé qu'un temps de réflexion s'imposait pour la patiente et a souhaité la laisser seule à ce moment précis ; ou encore les thérapeutiques et la pathologie doivent entrer en ligne de compte dans la prise en charge.

La dépression est définie comme « *un trouble de l'humeur (ou thymie) qui se manifeste par une tristesse pathologique, associée à une inhibition et à une anxiété* »<sup>11</sup>. Nous pouvons une nouvelle fois supposer que l'infirmière, en prenant en compte la pathologie de la patiente, n'a pas souhaité réaliser un entretien à ce moment là.

Ces différents critères nous montrent que l'infirmière a ses propres indications vis-à-vis de la réalisation d'un entretien, de plus, la relation entre la soignante et le patient peut également différée en fonction du soignant.

---

<sup>11</sup> DUFFET, B. ; JEANMOUGIN, Ch. ; et al. *Processus psychopathologiques chez l'adulte et l'adolescent*. Nouveaux dossiers de l'infirmières. France : Maloine. 2012. 299 pages. Page 74.

Dans cette situation on peut voir que l'infirmière est dans une relation différente de la relation d'aide lorsqu'elle dit : « *Prenez vos médicaments madame D, il est l'heure* ». En effet d'après Margot Phaneuf, infirmière et rédactrice d'Infiressources, « *la relation peut être de type fonctionnel. Elle est orientée vers l'action et vise l'exécution des soins* »<sup>12</sup>. Nous pouvons voir dans cette situation que l'infirmière souhaite que la patiente prenne ces médicaments, qui représente donc un soin qui est la distribution des médicaments. La relation entre la soignante et madame D est donc de type fonctionnel ici. Or, la relation d'aide implique l'instauration d'un climat de confiance entre le soignant et le soigné ce qui peut nous amener à nous questionner. Quelle est la nature du climat de confiance nécessaire à une relation d'aide ?

D'après Alexandre Manoukian, la relation d'aide « *est fondée sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné* »<sup>13</sup>. Ainsi la confiance ou encore congruence comme en parle Rogers, permet au soigné de pouvoir s'exprimer et de se libérer émotionnellement. Cependant, cette congruence du soignant passe par une connaissance de soi par l'infirmière et surtout du lien qu'elle établit avec la patiente.

Quel est le lien de la seconde infirmière et de la patiente dans cette situation ?  
Qu'est ce qui peut expliquer cette relation fonctionnelle instaurée par l'infirmière ?

---

<sup>12</sup> PHANEUF, M. La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi. *Infiressources* [PDF]. 2012, 97 pages. Page 84. Disponibilité sur : [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Communication\\_et\\_relation\\_soignant-soign%C3%A9\\_Vers\\_l\\_utilisation\\_therapeutique\\_de\\_soiPhaneuf\\_1ePartie\\_Avril2012.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Communication_et_relation_soignant-soign%C3%A9_Vers_l_utilisation_therapeutique_de_soiPhaneuf_1ePartie_Avril2012.pdf)

<sup>13</sup> MANOUKIAN, A ; MASSEBEUF, A. *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre. 2012. 223 pages. Première partie, pp 7-72.

Comme tout être humain, le soignant peut ressentir des émotions vis-à-vis des patients et de leurs histoires et vécus. Ainsi « *la pratique relationnelle nous entraîne au plus près de la souffrance des patients* »<sup>14</sup>. De plus, recentrons sur la particularité de cette situation qui se déroule en psychiatrie. Cette dernière est une discipline où les vécus des patients peuvent renvoyer le soignant à une histoire personnelle ou même être simplement un vécu difficile. « *La structure psychique du patient va avoir tendance à orienter la nature et la qualité de la relation de façon différente* »<sup>15</sup>. C'est cette structure psychique qui va amener à la difficulté du lien soignant. Ce dernier va donc dépendre de la distance thérapeutique que prendra le soignant envers la relation avec le patient. Supposons que l'infirmière soit affectée par la situation de madame D, nous pouvons donc nous poser la question de la distance soignante et de son lien avec une bonne relation d'aide ?

Nous avons vu plus haut que Carl Rogers utilise la notion d'empathie. « *La capacité empathique implique donc que l'on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre* »<sup>16</sup>. Nous pouvons nous questionner sur l'empathie exprimée par la seconde infirmière et ainsi supposer que peut être celle-ci ne se sentait pas apte à ressentir la même chose que la patiente tout en gardant une certaine distance. Peut être que la première infirmière disposait de capacités relationnelles plus avancées afin de conserver une empathie durant la relation d'aide.

---

<sup>14</sup> BARBOT, C. ; MORASZ, L. ; et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. 2<sup>ème</sup> Editions. France : Masson. 2012. 313 pages. Page 103.

<sup>15</sup> BARBOT C, MORASZ L ; et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. 2<sup>ème</sup> Editions. France : Masson. 2012. 313 pages. Page 108.

<sup>16</sup> ROGERS, C. *Psychothérapie et relations humaines, Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. France : ESF. 2013. 157 pages.

Après avoir effectué ce questionnement, j'en suis arrivé à la question de départ suivante :

En quoi l'expérience professionnelle influe-t-elle sur le développement de la considération positive inconditionnelle du soignant dans le cadre d'une relation d'aide chez un patient âgé dépressif en psychiatrie ?

### III. Champs disciplinaires

En fonction du questionnement de la partie précédente, j'ai décidé d'aborder les concepts clés que ma question de départ faisait ressortir :

- Sciences et techniques infirmières, interventions : Soins relationnels.

Les soins relationnels sont au centre de ce travail. Sous le terme de soins relationnels sont sous entendu l'aspect de la communication, qui est essentielle en tant que professionnelle afin d'apporter une bonne qualité de soin. La communication est la base des soins relationnels infirmiers.

La relation soignant- soigné est également un concept des soins relationnels et de ce travail, « *c'est la rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »<sup>17</sup>.

De plus la relation d'aide est aussi présente dans ces soins relationnels, permettant au patient d'exprimer ses souffrances et de trouver de lui-même des solutions à son problème.

Afin de m'appuyer sur des connaissances théoriques, j'ai choisi comme auteur de référence Carl Rogers avec son ouvrage *Le développement de la personne* aux éditions ESF.

- Sciences biologiques et médicales : processus psychopathologiques.

La psychiatrie est la discipline dans laquelle se déroule ma situation. Elle « *est la spécialité médicale dont l'objet est la pathologie mentale* »<sup>18</sup>. Il s'agit de comprendre la spécificité de la psychiatrie vis-à-vis de ma question de départ. Dans ma situation, la dépression est la pathologie principale. Je chercherais à comprendre comment fonctionne cette pathologie et quelle peut être la prise en charge d'un patient dépressif sur le plan relationnel.

---

<sup>17</sup> MANOUKIAN, A ; MASSEBEUF, A. *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre. 2012. 223 pages. Première partie, pp 7-72.

<sup>18</sup> DUFFET, B. ; JEANMOUGIN, Ch. ; et al. *Processus psychopathologiques chez l'adulte et l'adolescent*. Nouveaux dossiers de l'infirmières. France : Maloine, 2012, 299 pages. Page 3.

Pour mener une initiation à la recherche basée sur des écrits, j'ai choisi d'utiliser l'ouvrage *L'infirmier en psychiatrie* de Laurent Morasz aux éditions Elsevier Masson. À travers ce champ disciplinaire, j'explorerais la dépression qui est la pathologie au centre de la situation.

- Sciences et techniques infirmières : fondements et méthodes.

À travers ce champ disciplinaire, je m'intéresserais à l'expérience professionnelle. Je chercherais à comprendre comment l'expérience influe sur la pratique soignante et si elle peut ou non avoir un intérêt dans le cadre de la prise en charge d'un patient psychiatrique.

## **IV. Méthodologie exploratoire**

Afin d'élaborer mon travail d'initiation à la recherche j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi directif. Il a pour but de recueillir oralement des informations sur un sujet déterminé. C'est un tête à tête au cours duquel l'interlocuteur exprimera ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations, ses expériences. L'entretien met en œuvre le processus de communication et d'interactivité humaine.

C'est une méthode qualitative, les entretiens doivent produire des résultats précis et approfondis qui seront exploités grâce à une analyse du contenu. Cette méthode convient particulièrement lorsqu'il s'agit d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements auxquels ils sont confrontés et lorsqu'il s'agit d'analyser un problème précis avec ses données et ses enjeux.

Il permet une enquête qualitative centrée sur l'enquêté, une richesse des données recueillies, une connaissance en profondeur des réactions d'une personne, une observation du verbal mais aussi du non verbal, ainsi qu'une interaction entre moi-même et l'enquêté.

Je vais réaliser mes entretiens auprès de 3 infirmiers en psychiatrie avec un questionnaire comportant 8 questions pour un entretien d'environ trente minutes.

Au préalable, je demanderais l'autorisation auprès du cadre des services dans lesquels je me rendrai afin de réaliser mes entretiens conformément à la demande.

## V. Cadre Conceptuel

Dans ce cadre conceptuel, nous exposerons les différentes théories liées aux thèmes de cette recherche et aux champs disciplinaires associés. Dans un premier temps, nous aborderons le concept de la relation d'aide et des capacités relationnelles nécessaires à celui-ci. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la psychiatrie pour finir par une troisième partie consacrée à l'importance et au développement de l'expérience professionnelle dans la pratique relationnelle du soignant.

### 1. La relation d'aide

La relation d'aide est le concept clé de ce travail de recherche. Afin de bien comprendre ce qu'est une relation d'aide nous allons d'abord la définir puis voir plus précisément les différentes relations d'aide existantes.

#### 1.1. Définitions

La relation d'aide est définie par Hildegard Peplau, docteur en éducation et théoricienne en soins infirmiers. Il s'agit d'un « *système de liens révélant chez une personne une représentation de son monde et un processus d'intégration de ses besoins* »<sup>19</sup>. Par conséquent, la relation d'aide permet d'identifier les besoins de la personne. Plus encore, elle permettrait « *la résolution d'un problème de santé, social ou existentiel* »<sup>20</sup>. Ainsi, nous nous retrouvons avec une relation à deux spécificités : d'un côté, la relation d'aide induite par l'infirmier permet à l'aidé d'identifier ses besoins, de les exprimer clairement et sur un second plan, elle permet au patient de résoudre ses problèmes.

---

<sup>19</sup> PEPLAU H, Relations interpersonnelles en soins infirmiers. France : InterEditions. 1995. 338 pages.

<sup>20</sup> ARGENTY J, Précis de soins relationnels. France : Lamarre. 2012. 122 pages. Chapitre 11.

Une autre définition est celle de Carl Rogers : « *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 plus grande capacité d'affronter la vie* »<sup>21</sup>. Cette définition nous montre un point essentiel de la relation d'aide : il faut au minimum deux protagonistes pour pouvoir obtenir une relation.

Au niveau du cadre législatif la relation d'aide est définie comme étant un acte infirmier sur rôle propre selon l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique :

« *Dans le cadre de son rôle propre l'IDE accomplit ou dispense les soins suivants :*

- *Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne*
- *Aide et soutien psychologique* »<sup>22</sup>.

À présent intéressons nous aux compétences nécessaires de la part de l'infirmier pour créer une relation d'aide.

## 1.2. Créer une relation d'aide

Comme nous l'avons constaté dans la partie questionnement de ce travail, il existe plusieurs capacités relationnelles nécessaires au bon déroulement d'une relation d'aide.

---

<sup>21</sup> ROGERS C. Le développement de la personne. France : Interéditions. 2005. 296 pages. Page 27.

<sup>22</sup> Article R4311-5 du Code de la Santé Publique. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession. France. 2011. 201 pages.

### 1.2.1. La congruence

Elle est définie comme étant « *la correspondance exacte entre l'expérience et la prise de conscience. Il s'agit d'être en accord avec les émotions et les réflexions suscitées en nous par la personne écoutée* »<sup>23</sup>. Par conséquent, il s'agit pour le soignant de se connaître et d'être concordant dans ce qu'il fait, ce qu'il dit et ce qu'il ressent. Ainsi, le soignant pourra parfaitement être en accord avec lui-même lors de la relation d'aide avec le patient.

Néanmoins, comme le souligne Jean Argenty dans son précis de soins relationnels, il est « *humainement impossible d'être congruent en permanence* »<sup>24</sup>. C'est pour cela qu'il est important pour le soignant de s'ajuster continuellement. Cependant, encore est il nécessaire au soignant de repérer les moments où il n'est plus congruent. Il est donc demandé au soignant de pouvoir se connaître lui-même parfaitement et d'être conscient des moments où il n'est plus congruent.

### 1.2.2. La considération positive inconditionnelle

Appelée aussi dans la littérature acceptation positive inconditionnelle ou encore chaleur, ce concept rogérien est défini comme le fait que « *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit* »<sup>25</sup>. En effet, le soignant se doit d'accepter le patient, la personne en tant que telle et non ses faits et gestes ou encore ses choix.

Chaque individu dispose de caractéristiques uniques, de choix, de qualités et défauts. Ce sont des éléments propres à chaque personne et ce qui fait de nous des êtres différents. Le soignant doit pouvoir accepter ces caractéristiques propres à l'individu et continuer à dispenser une relation d'aide.

---

<sup>23</sup> PAILLARD C. Dictionnaire humaniste infirmier. France : Editions SETES. 2013. 356 pages. Page 230.

<sup>24</sup> ARGENTY J, Précis de soins relationnels. France : Lamarre. 2012. 122 pages. Chapitre 11.

<sup>25</sup> MANOUKIAN A, MASSEBEUF A. *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre, 2012. Première partie, pages 7-72.

Ce concept est étroitement lié à celui d'empathie par Rogers. En effet ce dernier exprime un questionnement sur la relation d'aide et les comportements facilitant celle-ci. Il se demande s'il est possible d'accueillir le patient avec cette chaleur et ce contact accueillant sans pour autant se laisser envahir par les émotions de l'autre.

### 1.2.3. L'empathie

Le questionnement de Carl Rogers amène à l'empathie lors de la notion des sentiments. En effet, l'empathie est caractérisée par le fait d'être « *capable de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et émotions* »<sup>26</sup>. Toutefois, il est important de toujours prendre en compte que ce sont les sentiments d'une autre personne et non de nous même. Ainsi, l'empathie exige que le soignant puisse ressentir la même chose que le patient en observant la situation du point de vue du patient sans perdre de vue qu'il s'agit des émotions de ce dernier.

Il est intéressant de noter les liens entre les différentes caractéristiques proposées par Carl Rogers. En effet, afin de ne pas se faire « submerger » par les émotions du patient, il est important pour le soignant de se connaître, ce qui renvoie à la notion de congruence expliquée plus haut.

---

<sup>26</sup> PAILLARD C. Dictionnaire humaniste infirmier. France : Editions SETES. 2013. 356 pages. Page 231.

#### 1.2.4. L'écoute active

Un quatrième concept est celui de l'écoute active. Défini comme étant une écoute permettant « *l'évocation verbale des affects et des émotions* »<sup>27</sup> du soigné par le soignant, l'écoute active passe par la reformulation, une méthode permettant au soignant de s'assurer la bonne compréhension des paroles du patient. Ainsi cette écoute active permet au soignant de répéter les paroles du patient afin de lui faire prendre conscience de ce qu'il vient de dire. Ceci a pour but d'induire « *chez la personne diverses réactions* »<sup>28</sup>.

Après avoir défini les différents concepts liés à la relation d'aide, intéressons nous aux différents types de relation d'aide existants.

### 1.3. Les différents types de relation d'aide

La relation d'aide peut être nécessaire à tout moment pour un patient et elle peut être aussi bien formelle qu'informelle.

#### 1.3.1. La relation formelle

Il s'agit d'une relation planifiée à l'avance et qui s'organise selon un cadre établi : horaire, acceptation de la part de l'aidé et objectifs définis par les deux protagonistes.

---

<sup>27</sup> ARGENTY J, Précis de soins relationnels. France : Lamarre. 2012. 122 pages. Chapitre 11.

<sup>28</sup> ARGENTY J, Précis de soins relationnels. France : Lamarre. 2012. 122 pages. Chapitre 11.

La part d'acceptation de l'aidé est importante pour le bon déroulement de la relation d'aide. Si le patient refuse d'être aidé, la relation d'aide n'aura pas de résultats fructueux. Le terme utilisé pour définir le cadre d'une relation d'aide est souvent celui de contrat. En effet, le soignant a « *pour objet de négocier avec la personne soignée en fonction d'une situation précise ou bien dans le cadre du projet de soins qui la concerne, d'établir un contrat tacite ou explicite. [...]Il signifie que chacun a fait vers l'autre suffisamment de pas pour que des objectifs communs puissent être évoqués.* »<sup>29</sup>.

Par conséquent, le contrat défini avec le patient, a pour but d'atteindre des objectifs identifiés et permet aux deux parties (soignant et soigné) d'être d'accord sur les modalités d'atteinte de ceux-ci.

La relation d'aide va permettre à favoriser chez le patient :

- La croissance, le développement, la maturité
- Le meilleur fonctionnement, une plus grande capacité d'affronter la vie
- Une appréciation plus grande des ressources latentes de l'individu.

### 1.3.2. La relation informelle

Elle correspond à une relation qui peut être nécessaire à n'importe quel moment : pendant un soin, pendant la distribution d'un repas, etc... Comme son nom l'indique, elle n'est donc pas planifiée et nécessite de la part du soignant des attitudes de réceptivité, d'écoute et de partage pour encourager le patient à exprimer ses sentiments et ses besoins.

---

<sup>29</sup> ARGENTY, J. Précis de soins relationnels. France : Lamarre. 2012. 122 pages. Chapitre 9.

## 1.4. La communication non verbale

Il était intéressant selon moi de parler quelque peu de la communication non verbale. Nous savons que la communication avec n'importe quel interlocuteur passe à la fois par du verbale (paroles, intonations...) mais également par le non verbal grâce aux postures, aux expressions faciales ou encore les silences.

Le sens donné aux messages dépend de l'individu : il est influencé par nos valeurs mais aussi nos interprétations. Cette communication peut être source de malentendus et donc amener les communicants à ne pas se comprendre réellement.

Intéressons nous désormais à la spécificité de la relation d'aide en psychiatrie.

## 2. La relation d'aide en psychiatrie

### 2.1. La psychiatrie

Définie comme étant « *la discipline médicale dont l'objet est l'étude des troubles mentaux* »<sup>30</sup>, la psychiatrie constitue le secteur dans lequel se déroule ce travail de recherche. Afin d'agrémenter notre définition de la psychiatrie, l'OMS définit les troubles mentaux comme regroupant « *un vaste ensemble de problèmes dont les symptômes diffèrent. Ils comprennent la schizophrénie, la dépression* »<sup>31</sup>. Toujours selon l'OMS, il est question de problèmes de santé mentale chez une personne, lorsque des symptômes d'ordre mental et social engendrent des perturbations.

---

<sup>30</sup> DUFFET, B. ; JEANMOUGIN, Ch. ; et al. *Processus psychopathologiques chez l'adulte et l'adolescent*. Nouveaux dossiers de l'infirmières. France : Maloine, 2012, 299 pages. Page 4.

<sup>31</sup> Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé [En ligne] [consulté le 07/03/2014]. Disponible : [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)

Le travail d'un infirmier en psychiatrie est double : tout d'abord l'infirmier dispense les thérapeutiques prescrites par le médecin tel que les anxiolytiques, les antidépresseurs ou encore neuroleptiques. Une deuxième facette de la spécificité du métier d'infirmier en psychiatrie est le relationnel. En effet, la relation soignante est vue comme « *un élément fondamental du soin psychiatrique* »<sup>32</sup>.

L'entretien d'aide est également nommé comme une part importante de la fonction relationnelle de l'infirmier. Dans la littérature, nous retrouvons les mêmes capacités demandées pour conduire une relation d'aide : l'authenticité, la congruence, l'empathie du soignant. Ces capacités relationnelles sont à adapter à la psychiatrie et donc aux pathologies mentales des patients hospitalisés dans ce secteur.

Dans la partie suivante, nous nous intéresserons à la dépression qui constitue la pathologie dont est atteinte la patiente dans ma situation.

## 2.2. La dépression

Cette pathologie est définie comme étant « *un trouble de l'humeur (ou thymie) qui se manifeste par une tristesse pathologique, associée à une inhibition et à une anxiété* »<sup>33</sup>. Il est important de souligner que la dépression est la plus fréquente des pathologies mentales.

Au niveau de la répartition en fonction du sexe et de l'âge, nous pouvons observer que la femme est plus touchée par la dépression que l'homme. L'âge est un facteur important car la dépression atteint principalement les personnes âgées ce qui correspond à la situation de Mme D.

---

<sup>32</sup> BARBOT, C. ; MORASZ, L. ; et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. 2<sup>ème</sup> Editions. France : Masson. 2012. 313 pages. Chapitre 4.

<sup>33</sup> DUFFET, B. ; JEANMOUGIN, Ch. ; et al. *Processus psychopathologiques chez l'adulte et l'adolescent*. Nouveaux dossiers de l'infirmières. France : Maloine. 2012. 299 pages. Page 74.

Nous avons vu que dans la dépression le patient est atteint d'une anxiété. C'est avec cette idée en tête que le soignant doit comprendre que le patient vit avec de la culpabilité et une angoisse intense. Encore une fois, nous retrouvons les concepts rogériens pour ce qui est de la prise en charge d'un patient dépressif : le soignant « *devra faire preuve d'une qualité d'écoute [...] afin de permettre à la personne d'exprimer librement son ressenti sans avoir peur d'être jugée* »<sup>34</sup>. Ainsi afin de prendre en charge un patient dépressif, le soignant se doit de développer des capacités relationnelles. Le temps de parole du patient est important, il permet d'exprimer son ressenti et ses affects. Le soignant se doit d'adopter une attitude qui montre à la personne qu'elle est écoutée. Il doit savoir accueillir les émotions et les expressions de la souffrance du patient afin de les comprendre et de permettre au patient de trouver ses propres solutions.

Nous avons donc pu constater qu'il est demandé au soignant de faire preuve de nombreuses capacités. Cependant, intéressons nous maintenant au rôle que joue l'expérience professionnelle dans le développement de ces compétences relationnelles.

### 3. L'expérience professionnelle

#### 3.1. L'expérience

À travers ce travail, nous avons pu constater que le métier d'infirmier en psychiatrie demandait un savoir être conséquent. Il est donc intéressant de se pencher sur la fonction de l'expérience professionnelle dans ce savoir être.

---

<sup>34</sup> DUFFET, B. ; JEANMOUGIN, Ch. ; et al. *Processus psychopathologiques chez l'adulte et l'adolescent*. Nouveaux dossiers de l'infirmières. France : Maloine. 2012. 299 pages. Page 90.

L'expérience est définie par le Larousse comme étant une « *connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation* »<sup>35</sup>. Ainsi l'expérience professionnelle se dit d'une connaissance acquise sur le long terme pour une profession donnée. Par conséquent on peut en déduire que pour qu'un infirmier développe son savoir être et puisse se connaître lui-même comme ce qui est demandé par Carl Rogers, il est nécessaire que le soignant soit formé pour cela.

Les bases des soins relationnels sont dispensées par la formation grâce à l'unité d'enseignement 4.2. Cependant, la pratique et le savoir être du soignant sont toujours en constante évolution donc l'expérience acquise par le soignant au cours de sa carrière joue un rôle dans la prise en charge relationnel d'un patient en psychiatrie.

Il est intéressant de souligner que « *la plupart des infirmières exerçant en psychiatrie sont laissés au seul apprentissage de l'expérience empirique pour ce qui concerne le développement de telles pratiques* »<sup>36</sup>. L'entretien infirmier en psychiatrie demande beaucoup de dextérité afin de « jongler » avec tous les outils relationnels. C'est cette expérience qui permet à l'infirmier de pouvoir prendre en charge un patient dépressif de la manière la plus optimale.

L'expérience permet entre autre d'acquérir diverses capacités et connaissances. C'est la répétition de ces expériences qui permettront à l'apprenant, ici le soignant, de pouvoir les mettre en pratique de la meilleure manière qu'elles soient. Toutes les situations de soins contre lesquelles le soignant est confronté permettent à celui-ci de voir ses connaissances s'enrichissent. Grâce à ces multiples situations de soins, le soignant acquiert de nouvelles capacités, un savoir être évolué ainsi qu'une pratique amélioré.

---

<sup>35</sup> Le Petit Larousse illustré. France : Larousse. 2001. 1786 pages. Page 411.

<sup>36</sup> BARBOT, C. ; MORASZ, L. ; et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. 2<sup>ème</sup> Editions. France : Masson. 2012. 313 pages. Page 188.

Patricia Benner, théoricienne en soins infirmiers, s'est intéressée au modèle Dreyfus concernant le modèle d'acquisition de compétences et a analysé une étude l'appliquant aux soins infirmiers. Ainsi, nous retrouvons cinq stades de l'infirmière en fonction de l'expérience. En premier lieu, la novice, dénuée d'expérience, voit ses actes guidée par un ensemble de règles imposées. Il faut bien sûr souligner que toute infirmière arrivant dans un service dont elle ne connaît pas les pathologies est considérée comme novice : ainsi une infirmière pourra être experte dans un domaine et totalement novice dans un autre. Le deuxième stade est celui de débutante : celle-ci a connu quelques situations et peut maintenant s'intéresser aux différents aspects d'une situation donnée. A l'aide de tutrices présentes dans les services, les débutantes « *peuvent tirer profit des situations, et apprendre durant cette période à avoir des priorités grâce à des situations marquantes* »<sup>37</sup>. Le palier suivant est celui de compétente. Il correspond à l'infirmière ayant deux à trois années d'expérience dans le service et qui peut faire face à des situations inattendues en maîtrisant les divers éléments d'une situation. Ensuite vient le stade de performante au cours duquel l'infirmière « *perçoit les situations comme un tout* »<sup>38</sup> et voit ses actes guidés par des maximes, des instructions codées nécessitant la compréhension de la situation. Cette professionnelle pourra alors faire face à des situations en ayant prévu à l'avance l'arrivée de celles-ci. Enfin, le dernier stade correspond à celui d'experte et montre que l'infirmière, à ce niveau d'acquisition, n'applique plus de règles ou de maximes et comprend de manière intuitive tout type de situation. La professionnelle de santé a développé sa propre perception qui lui permet entre autre de pressentir les changements dans une situation et d'avoir une capacité élargie en termes d'analyse d'évènements.

---

<sup>37</sup> BENNER, P. *De novice à expert*. France : Masson. 2003. 253 pages. Page 27.

<sup>38</sup> BENNER, P. *De novice à expert*. France : Masson. 2003. 253 pages. Page 28.

L'auteur nous explique également que « *la solution que trouvera une infirmière performante ou experte pour résoudre un problème sera différente de celle de l'infirmière débutante ou compétente. Cette différence peut être attribuée au savoir faire acquis par l'expérience* »<sup>39</sup>. Comme nous l'avons vu plus haut, l'expérience est un élément qui permet à l'infirmière de franchir les stades et d'améliorer sa pratique et son analyse réflexive afin de donner une prise en charge optimale au patient.

L'expérience est également définie dans l'ouvrage de Patricia Benner comme étant « *l'amélioration de la théorie et de notions préconçues au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances à cette théorie* »<sup>40</sup>. Nous pouvons donc observer que les années d'expériences d'une infirmière la confronte à des situations qui lui permettent d'enrichir sa pratique et son analyse.

Dans la partie suivante nous aborderons l'intérêt de l'expérience au profit des compétences relationnelles.

### 3.2. L'expérience au service des compétences relationnelles

Recentrons désormais l'expérience au domaine de la relation d'aide. Nous avons pu voir qu'il existait différents stades au cours desquelles l'infirmière « évoluait ». Ces stades s'appliquent à tous les domaines de la profession d'infirmière. Ainsi nous pouvons penser que l'expérience professionnelle des infirmiers en psychiatrie tend à développer leurs capacités relationnelles et ainsi leur considération positive inconditionnelle à l'égard du patient.

---

<sup>39</sup> BENNER, P. *De novice à expert*. France : Masson. 2003. 253 pages. Page 9.

<sup>40</sup> BENNER, P. *De novice à expert*. France : Masson. 2003. 253 pages. Page 35.

L'acquisition de cette considération positive inconditionnelle passe par diverses situations permettant à l'infirmière de s'adapter d'y voir des éléments similaires qu'elle saura reconnaître plus tard.

Il est intéressant de se pencher sur cette considération positive inconditionnelle et d'autres moyens mis en œuvre pour l'acquérir. Il existe diverses formations que l'on peut retrouver afin de développer cette considération. Ainsi nous avons l'organisme de formation « Espace Écoute Formation » fondé par une psychopraticienne centrée sur la personne et un technicien informatique également écoutant bénévole. Cet organisme propose aux divers professionnels de santé d'être formé aux techniques d'écoute et de « *développer sa compétence relationnelle en pratiquant l'écoute centrée sur la personne* »<sup>41</sup>. Cette formation est dirigée par des différents consultants : psychologues, infirmiers, gérontologues, sociologues et éducateurs. Une association, ACP-France, s'intéresse tout particulière à l'Approche Centrée sur la Personne définie par Carl Rogers. Elle propose des séminaires pour les professionnels de santé dirigés par des formateurs expérimentés dans le domaine de la relation d'aide. Nous pouvons donc constater qu'il existe divers moyens de développer ses capacités relationnelles pour un professionnel de santé.

Ainsi nous allons chercher à enquêter auprès du personnel soignant afin de connaître plus en détail l'importance de l'expérience professionnelle à travers la relation d'aide en psychiatrie. C'est à travers trois infirmiers avec un niveau d'expérience différent que nous allons pouvoir essayer de comprendre cette importance.

---

<sup>41</sup> Site officiel d'Espace Écoute Formation [En ligne] [consulté le 31/03/2014]. Disponible : <http://www.espace-ecoute.com/wakka.php?wiki=Accueil>

## VI. Enquête

### 1. Choix de l'outil d'enquête

J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi directif qui me semble être le plus approprié pour mon sujet. De plus, au cours de notre entretien, je pourrais interagir avec le professionnel enquêté. Ces entretiens permettront une analyse qualitative du contenu. Ce type d'entretien permet d'obtenir une certaine richesse des données recueillies, une observation des réactions du professionnel et une observation du verbal ainsi que du non verbal. Dans ce type d'entretien, les soignants ne sont pas au courant des questions avant notre rencontre et cela permet de favoriser des réponses instinctives et sans possibilité de débattre du sujet auparavant.

De plus, cette méthode permet de recentrer l'enquêté ou d'apporter des précisions ainsi que d'utiliser des questions de relance sur le sujet contrairement à un questionnaire où le professionnel serait seul face à la grille de questions.

Ces entretiens seront réalisés à partir d'une grille d'entretien présente dans les annexes (annexe I). À la suite de la grille se trouveront les trois entretiens réalisés (annexe II, III et IV) et enfin la grille de dépouillement (annexe V).

J'enregistrerai les entretiens à l'aide d'un dictaphone tout en ayant demandé l'accord des personnes interrogées, ce qui me permettra de pouvoir analyser le contenu de l'entretien avec les propos personnels du soignant. Cet enregistrement me permet également de pouvoir plus facilement observer le non verbal des soignants durant l'entretien.

## 2. Choix de la population

Afin de réaliser ces entretiens, j'ai recherché des infirmiers ayant différentes expériences en psychiatrie plus ou moins longue.

Ainsi nous retrouvons :

- l'infirmier 1 (IDE 1), diplômé depuis 2012 et qui exerce depuis un an et demi dans un service ouvert de psychiatrie d'un centre hospitalier universitaire.
- l'infirmier 2 (IDE 2), diplômé depuis juillet 2010 et qui exerce depuis 3 ans dans un service ouvert de psychiatrie d'un centre hospitalier universitaire.
- l'infirmier 3 (IDE 3), diplômé depuis 1996 et qui a exercé en secteur fermé les deux premières années après le diplôme avant de revenir au secteur ouvert dans un centre hospitalier universitaire.

## 3. Limites de l'enquête

La principale limite de l'enquête est le temps très court pour la travailler ce qui a peut être pu avoir de l'influence quant à mon analyse.

De plus, une autre limite à ne pas négliger est le nombre restreint de professionnels interrogés. En effet, trois professionnels ne conduisent pas forcément à des généralités et il se peut que les résultats soient biaisés par cela.

## VII. Analyse des résultats de l'enquête

L'enquête est portée sur les thèmes de la recherche : la relation d'aide, la considération positive inconditionnelle et l'expérience professionnelle. Dans un premier temps nous décrirons les réponses par thème pour les enquêtés puis nous les analyserons en regard du cadre conceptuel.

### 1. Description des résultats de l'enquête

#### 1.1. Profil des enquêtés

Pour ces entretiens, trois profils d'enquêtés sont apparus : en premier lieu, l'IDE 1 qui est « *diplômé depuis juillet 2012* » et exerce dans « *un service ouvert de psychiatrie* ». Il comptabilise donc un peu moins de deux ans de diplôme ; ensuite, l'IDE 2 qui est « *diplômée depuis juillet 2010* » et « *exerce depuis 3 ans un service d'hospitalisation volontaire* » et enfin nous avons l'IDE 3 qui est diplômée depuis le mois de janvier 1996 et exerce depuis 14 ans en psychiatrie.

#### 1.2. Relation d'aide et capacités relationnelles

Concernant la vision qu'ont les professionnels de la relation d'aide, nous retrouvons l'IDE 2 et 3 qui pensent que la relation d'aide n'est pas forcément formalisée. L'IDE 1 et l'IDE 3 pensent que c'est une relation « *omniprésente* » « *quotidiennement* ». Enfin les trois enquêtés définissent la relation d'aide comme étant une relation pour aider le patient « à déterminer ses problèmes et trouver des solutions ».

Toujours dans le thème de la relation d'aide, il a été demandé de citer les capacités relationnelles nécessaires et on retrouve les trois infirmiers soulignant l'importance d'être à l'écoute et de « *ne pas juger* » tandis que seulement l'IDE 2 et 3 estiment nécessaire d'exprimer de l'empathie. Les IDE 1 et 3 rajoutent la notion de disponibilité et d'implication de la part du soignant afin d'écouter le patient.

À propos des difficultés rencontrées lors d'une relation d'aide, l'ensemble des professionnels soulignent la notion d'expérience. Sans elle, les infirmiers trouvent « *difficile de savoir comment réagir face à des situations particulières* » et l'IDE 1 précise qu'« *il peut arriver que je ne sache pas quoi dire face à une situation délicate* ». On note que les IDE 1 et 2 nous précisent que les difficultés peuvent être la non volonté de communiquer de la part du patient. Lorsqu'il est demandé aux soignants les causes de ces difficultés, on retrouve le « *manque d'apprentissage* » explicité par l'IDE 3 tandis que les deux autres professionnels nous reprécisent avoir des difficultés à cause des patients qui « *préfèrent se renfermer sur eux-mêmes* ».

Sur le plan des aptitudes relationnelles que les professionnels ont développé en pratiquant, on retrouve une amélioration de l'écoute et de la bienveillance par l'ensemble des enquêtés tandis que seuls les IDE 1 et 2 nous parlent de la patience. Les IDE 1 et 3 soulignent une amélioration du savoir faire et du savoir être lors de la pratique de relation d'aide.

### 1.3. Considération positive inconditionnelle

Au niveau de la considération positive inconditionnelle et de la vision qu'ont les professionnels de celle-ci, on retrouve les trois infirmiers évoquant le fait de « *prendre en charge le patient tel qu'il est* » alors que les IDE 1 et 2 précisent l'importance de ne pas juger le patient. On note également que les IDE 2 et 3 évoquent le fait de savoir rester à notre position de soignant.

### 1.4. Expérience professionnelle

Concernant l'expérience professionnelle et son importance au niveau de la prise en charge relationnelle d'un patient dépressif, nous observons que les trois soignants précisent l'importance de l'expérience dans le « *développement de nos capacités relationnelles* » telles que l'écoute ou encore la considération positive inconditionnelle. Les IDE 2 et 3 précisent que l'expérience permet d'être plus à l'aise et de « *savoir comment réagir* » face à différentes situations.

À présent, nous allons confronter les réponses à l'enquête face aux références théoriques présentes dans le cadre conceptuel.

## 2. Analyse interprétative

Dans cette partie, nous allons mettre en perspective les réponses des entretiens face aux données théoriques trouvées dans la littérature. Pour structurer cette partie, le choix a été fait de classer les réponses par thème : dans un premier temps, nous aborderons la relation d'aide avec les capacités relationnelles nécessaires, puis nous nous intéresserons à la considération positive inconditionnelle et enfin nous terminerons par l'expérience professionnelle de la même manière qu'il a été effectué pour la description des résultats de l'enquête.

## 2.1. Relation d'aide et capacités relationnelles

### 2.1.1. Définir la relation d'aide

Tout d'abord, lorsque nous observons les définitions données par les professionnels à propos de la relation d'aide, nous notons que 2/3 des infirmiers (IDE 2 et 3) affirment que c'est une relation qui peut être formelle ou non. En effet, nous retrouvons cette notion de double relation d'aide dans notre cadre théorique : la relation d'aide formelle, clairement définie et planifiée ; et aussi la relation d'aide informelle qui peut être requise à tout moment. Notons tout de même que deux infirmiers sur trois (IDE 1 et 3) nous parlent d'une relation « *omniprésente* ». Nous pouvons donc nous interroger sur la confusion qu'il peut exister pour les professionnels à propos de la formalité d'une relation d'aide. En effet, lorsque les soignants nous parlent d'omniprésence, il s'agit donc du côté « non formel » de la relation d'aide. Les professionnels soulignent donc qu'en dehors de « rendez vous » de relation d'aide formelle, la partie non formelle de cette relation est constamment présente. Le fait que l'IDE 3 souligne que c'est une relation présente « *quotidiennement* » vient renforcer le fait que peut être c'est une relation dont les patients en psychiatrie ont besoin chaque jour. Il se peut alors que les soignants parlent à ce moment de la relation aidante ou de soutien, définie par A. Manoukian et A.Massebeuf : « *il s'agit d'un type de relation qui apparaît spontanément [...] en réponse à une détresse explicite ou implicite* »<sup>42</sup>. Il est vrai que la relation aidante est vue comme la partie non formelle de la relation d'aide.

Lorsque nous nous intéressons au but de la relation d'aide, les trois professionnels nous parlent d'une relation qui « *accompagne le patient face à leur situations, face à ses difficultés, ses problèmes* ». Cette approche nous rappelle la

---

<sup>42</sup> MANOUKIAN, A ; MASSEBEUF, A. *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre. 2012. 223 pages. Première partie, pp 7-72.

définition de Carl Rogers avec la notion d'un acteur de la relation d'aide qui « *cherche à favoriser chez l'autre [...] une plus grande capacité d'affronter la vie* »<sup>43</sup>.

Les infirmiers nous rappellent que c'est une relation aidant à « *la recherche de solutions* » (IDE 1), à « *trouver des solutions* » (IDE 2). Il est intéressant de noter que les professionnels nous font part que d'une spécificité de la relation d'aide : celle permettant de résoudre les problèmes du patient. Cependant, nous pouvons constater qu'il n'est pas fait mention de l'identification des besoins du patient qui constitue la deuxième spécificité de la relation d'aide. Ce détail peut nous amener à nous demander si la définition de la relation d'aide est claire et précise pour les professionnels ou s'il existe quelques points non éclaircis qui les auraient contraints à ne pas faire mention de cette notion d'identification des besoins.

## 2.1.2. Les capacités relationnelles et difficultés lors de la relation d'aide

### 2.1.2.1. Capacités relationnelles

Continuons notre discussion avec les capacités relationnelles mises en jeu dans une relation d'aide. Pour ce travail de recherche, nous avons fait le choix d'explicitier les concepts rogoriens que sont la congruence, la considération positive inconditionnelle, l'empathie et l'écoute active. L'importance de ces concepts réside dans le fait qu'ils sont jugés comme nécessaires afin de mener une relation d'aide. Lorsque nous observons les réponses des professionnels, nous pouvons remarquer que les IDE 2 et 3 soulignent « *l'empathie* ». Nous retrouvons également le terme d'écoute sans pour autant avoir la notion d'écoute active. Il se peut qu'il existe un sous-entendu du terme « active » lorsque les soignants citent l'écoute en première capacité relationnelle.

Notons que nous ne retrouvons pas le concept de congruence dans les paroles du soignant parmi les réponses tandis que les trois infirmiers nous expliquent que le fait de « ne pas juger » est primordial. Cette absence de citation de la

---

<sup>43</sup>ROGERS C. Le développement de la personne. France : Interéditions. 2005. 296 pages. Page 27

congruence peut nous amener à nous questionner sur celle-ci : constitue-t-elle pour les soignants une capacité relationnelle propre à la relation d'aide ?

#### 2.1.2.2. Difficultés rencontrées lors de relations d'aide

De plus, il est intéressant d'observer que les soignants 1 et 2 soulignent le fait que les patients dépressifs sont mutiques et que cela les mets en difficulté pour réaliser une relation d'aide. Cela m'évoque la description des patients dépressifs présente dans la littérature : « *ralentissement du débit verbal, allant même parfois jusqu'au mutisme* »<sup>44</sup>. Les professionnels nous parlent également d'une vision pessimiste aussi étayée dans le même ouvrage que la citation précédente.

Lorsque nous cherchons à connaître l'étiologie de ces difficultés, hormis la non communication du patient, nous retrouvons l'IDE 2 qui nous précise que « *le soignant doit détecter ce que veut nous dire le patient* ». Cette approche est intéressante car elle amène à déduire que le soignant se doit de pouvoir en quelque sorte « lire entre les lignes » et pouvoir analyser le contenu du discours du patient.

---

<sup>44</sup> DUFFET, B. ; JEANMOUGIN, Ch. ; et al. *Processus psychopathologiques chez l'adulte et l'adolescent*. Nouveaux dossiers de l'infirmières. France : Maloine, 2012, 299 pages.

## 2.2. Considération positive inconditionnelle

Nous pouvons mettre en relation le fait de ne pas juger avec la notion de considération positive inconditionnelle. En effet lorsque les professionnels définissent ce terme, ils l'expliquent comme étant un non jugement et une acceptation de l'autre tel qu'il est. Il est intéressant de noter que les trois infirmiers n'avaient pas fait mention de cette considération positive inconditionnelle lors des capacités relationnelles nécessaires à la relation d'aide. Cette observation nous amène à nous questionner : les professionnels utilisent-ils cette dernière notion tellement naturellement qu'ils n'en font pas mention comme une capacité relationnelle ? Nous pouvons nous demander s'il s'agirait peut être d'une méconnaissance du terme.

En effet nous retrouvons l'IDE 3 qui nous explique que la considération positive inconditionnelle constitue le fait d'être bienveillant. Ce terme est défini comme étant une « *disposition favorable de la volonté de la volonté d'une personne envers une autre. [...] Cette attitude se manifeste par [...] une capacité de non jugement* »<sup>45</sup>. Nous pouvons donc remarquer qu'il existe un lien entre la notion de considération positive inconditionnelle et celle de la bienveillance. Cependant la citation de cette dernière étaye le fait qu'il peut exister un englobement de la bienveillance dans la considération positive inconditionnelle alors que cette dernière est en fait au service de la première. Pourtant nous retrouvons les professionnels définissant cette notion comme étant le fait « *d'accepter l'autre tel qu'il est* » (IDE 1) ou « *quoi que nous dise le patient* » (IDE 3). De plus nous trouvons le non jugement dans cette définition qu'ont les soignants de la considération positive inconditionnelle. Or ces éléments se rapprochent de la définition qui nous ait donné par A. Manoukian et A.Massebeuf avec l'importance de respecter le caractère unique de la personne (qualités, défauts, choix).

---

<sup>45</sup> PAILLARD C. Dictionnaire humaniste infirmier. France : Editions SETES. 2013. 356 pages. Page 42.

## 2.3. L'expérience professionnelle

À présent, intéressons nous à l'expérience professionnelle et à son utilité dans le développement de la considération positive inconditionnelle. Nous pouvons constater que tous les soignants soulignent le fait d'être inexpérimenté au début de l'exercice de leur profession. Ce « *manque d'apprentissage* » (IDE 3) entraîne des difficultés pour mener une relation d'aide et comme l'explique l'IDE 1 « *il peut arriver que je ne sache pas quoi dire face à une situation délicate* ». Nous pouvons donc conclure à l'aide de ces réponses qu'il est extrêmement difficile pour un soignant d'utiliser l'ensemble des capacités relationnelles à disposition lors des premiers entretiens que celui-ci réalise en tant que soignant. Les professionnels répondent à l'unanimité que l'expérience est importante afin de développer des « *aptitudes relationnelles* » (IDE 2). Celle-ci est également définie comme permettant d'être « *plus à l'aise* » (IDE 2) et d'avoir « *plus de moyens* » (IDE 3) afin de pouvoir réagir lors d'une relation d'aide. Ainsi nous pouvons en déduire que l'expérience permettra au soignant de savoir comment agir et lui permettra entre autre de pouvoir s'améliorer selon les différents paliers de Patricia Bender et du modèle Dreyfus. Nous pouvons donc conclure que le soignant progressera du stade de novice pour les jeunes diplômés à celui de performant ou encore d'expert lorsque l'expérience lui aura amenée suffisamment d'outils afin de mener une relation d'aide de la meilleure manière possible.

## 3. Synthèse

À l'aide de mes recherches théoriques et pratiques, je peux donc répondre à la question de départ qui était :

En quoi l'expérience professionnelle influe-t-il sur le développement de la considération positive inconditionnelle du soignant dans le cadre d'une relation d'aide chez un patient âgé dépressif en psychiatrie ?

Nous pouvons conclure qu'il y a bien une distinction réalisée par les professionnels à propos de la relation d'aide formelle et non formelle. Celle-ci a dans tous les cas pour but d'accompagner le patient face à ses problèmes et de l'aider à trouver ses solutions. Il reste néanmoins quelques points à éclaircir quant à la définition précise de la relation d'aide avec notamment l'identification des besoins du patient.

Au niveau des capacités relationnelles, les soignants expriment en premier l'écoute et l'empathie. Cependant nous pouvons souligner l'absence de la congruence qui peut être mal définie par les soignants.

Nous pouvons également noter une méconnaissance du terme précis de considération positive inconditionnelle et une absence de distinction avec la notion de bienveillance.

Enfin, nous pouvons noter que l'expérience professionnelle permet aux soignants l'obtention de plus de moyens et d'outils pour mener une relation d'aide. Elle permet également un développement des capacités relationnelles telles que la considération positive inconditionnelle.

J'émet donc l'hypothèse que l'expérience professionnelle permet le développement de la considération positive inconditionnelle à force de pratique et du développement du savoir être du soignant.

## Conclusion

Pour conclure, nous avons pu constater que l'expérience professionnelle permet une amélioration et un renforcement des capacités relationnelles du soignant. Ce dernier, au début de l'exercice de son métier, se sent démuni face à certaines situations et c'est à l'aide de pratique que celui-ci peut mener de la meilleure manière possible une relation d'aide.

Ce travail de recherche peut nous amener à nous intéresser à l'intérêt que portent les professionnels à la considération positive inconditionnelle. Ce mémoire de fin d'études me permettra dans ma future profession de porter un autre regard sur l'expérience professionnelle et de me préparer à développer mes capacités relationnelles nécessaires à la relation d'aide. A l'aide de la pratique de plusieurs relations d'aide, je serais donc en mesure d'améliorer mes capacités relationnelles.

# Bibliographie

## Ouvrages :

- AGRECH, C ; OUHARZOUNE, Y. *Techniques de soins en psychiatrie*. France : Lamarre. 2005. 150 pages.
- ARGENTY J, Précis de soins relationnels. France : Lamarre. 2012. 122 pages.
- BARBOT C, MORASZ L ; et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. 2<sup>ème</sup> Editions. France : Masson. 2012. 313 pages.
- BENNER, P. *De novice à expert*. France : Masson. 2003. 253 pages
- BIOY A, BOURGEOIS F et al. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. 2<sup>ème</sup> édition. France : Bréal. 2009. 158 pages.
- DUFFET, B. ; JEANMOUGIN, Ch. ; et al. *Processus psychopathologiques chez l'adulte et l'adolescent*. Nouveaux dossiers de l'infirmières. France : Maloine, 2012, 299 pages.
- LAZURE H. *Vivre la relation d'aide – approche théorique et pratique d'un critère de compétence de l'infirmière*. Québec : Decarie. 1988. 192 pages.
- MANOUKIAN, A ; MASSEBEUF, A. *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre. 2012. 223 pages. Première partie, pp 7-72.
- PAILLARD C. Dictionnaire humaniste infirmier. France : Editions SETES. 2013. 356 pages.
- PEPLAU H, Relations interpersonnelles en soins infirmiers. France : InterEditions. 1995. 338 pages.
- ROGERS C. Le développement de la personne. France : Interéditions. 2005. 296 pages.
- ROGERS, C. *Psychothérapie et relations humaines, Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. France : ESF. 2013. 157 pages

## Dictionnaire :

- Le Petit Larousse illustré. France : Larousse. 2001. 1786 pages. Page 411.

## Textes législatifs :

- Article R4311-5 du Code de la Santé Publique. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession. France. 2011. 201 pages

## Articles :

- FORMARIER M. La relation de soin, concept et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2007, n°89, pp 33-42.
- RIVALLAN A. La relation soignant-soigné en psychiatrie. *Soins*, Mars 2013, n°773, pp 41-43.
- CAILLEAU, X ; MARC, E. Carl Rogers, l'inventeur de la non directivité. *Sciences humaines*, Janvier 2000, n°101, pp 1-4.

### Ressources électroniques :

- PHANEUF, M. La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi. *Infiresources* [PDF]. 2012, 97 pages. Page 84. Disponibilité sur : [http://www.infiresources.ca/fer/depotdocuments/Communication\\_et\\_relation\\_soignant-soign%C3%A9\\_Vers\\_l\\_utilisation\\_therapeutique\\_de\\_soiPhaneuf\\_1ePartie\\_Avril2012.pdf](http://www.infiresources.ca/fer/depotdocuments/Communication_et_relation_soignant-soign%C3%A9_Vers_l_utilisation_therapeutique_de_soiPhaneuf_1ePartie_Avril2012.pdf)
- Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé [En ligne] [consulté le 07/03/2014]. Disponible : [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)
- Site officiel d'Espace Écoute Formation [En ligne] [consulté le 31/03/2014]. Disponible : <http://www.espace-ecoute.com/wakka.php?wiki=Accueil>
- Site officiel de l'ACP-France [En ligne] [consulté le 31/03/2014]. Disponible : <http://www.acpfrance.fr/>

# **Annexes**



## Annexe I : Grille d'entretien

### Question 1

- Depuis quand êtes vous diplômée ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

### Question 2

- Qu'évoque pour vous la relation d'aide ?

### Question 3

- Pour vous, quelles sont capacités relationnelles nécessaires selon vous afin de mener une relation d'aide ?

### Question 4

- Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque vous réalisez une relation d'aide auprès d'un patient dépressif ?

### Question 5

- Selon vous, quelles sont les étiologies de celles-ci ?

### Question 6

- Quelles sont les aptitudes relationnelles que vous avez développées en pratiquant les entretiens de relation d'aide ?

### Question 7

- Qu'évoque pour vous la considération positive inconditionnelle ?

### Question 8

- Selon vous, en quoi l'expérience professionnelle joue-t-elle un rôle dans la prise en charge relationnelle d'un patient dépressif ?

## Annexe II : Entretien n°1 (IDE 1)

### Question 1

- Depuis quand êtes vous diplômée ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

Je suis diplômé depuis Juillet 2012. Après mon diplôme, j'ai décidé de me tourner de suite vers la psychiatrie. Le choix n'a pas été difficile, mes stages en psychiatrie ayant été une vraie révélation. J'ai donc postulé dans un service ouvert de psychiatrie adulte il y a un an et demi pour débiter mon parcours professionnel et consolider mes apports théoriques et pratiques.

### Question 2

- Qu'évoque pour vous la relation d'aide ?

Pour moi la relation d'aide fait partie intégrante de notre métier. Cette relation est omniprésente et indispensable en psychiatrie. Elle correspond à l'aide que l'on peut apporter à une personne en difficulté quelque soit la raison. Elle passe par l'écoute, le soutien et la recherche de solutions. Le but de cette relation mise en place va être de surmonter la crise et de faire face à un problème rencontré. C'est notamment grâce à cette relation d'aide qu'une relation de confiance va être créée entre le soignant et le patient.

### Question 3

- Pour vous, quelles sont capacités relationnelles nécessaires selon vous afin de mener une relation d'aide ?

Les capacités relationnelles nécessaires au déroulement de cette relation d'aide sont multiples. Il faut dans un premier temps savoir être à l'écoute de la personne, afin de comprendre ses difficultés. Je pense qu'il est important de ne pas rentrer dans le jugement et de ne pas prendre parti. Une simple écoute peut parfois être suffisante et permet de connaître le ressenti de la personne soignée. Il faut ensuite soutenir la personne sans forcément apporter les solutions, mais en aidant la personne à trouver elle-même sa solution en la guidant. Enfin l'implication et la compréhension aide la personne soignée qui se sent soutenue.

### Question 4

- Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque vous réalisez une relation d'aide auprès d'un patient dépressif ?

En effet, je rencontre parfois des difficultés à mener la relation d'aide car le patient dépressif n'est pas toujours à la recherche de solutions et peut avoir une vision très pessimiste de la situation. Il peut donc involontairement refuser l'aide et le soutien qu'on lui donne en mettant en échec les conseils que je lui apporte. Le fatalisme de certains patients dépressifs est difficile à contrer. Il peut arriver que je ne sache pas quoi dire face à une situation délicate.

### Question 5

- Selon vous, quelles sont les étiologies de ces difficultés ?

Certains patients dépressifs ont simplement envie de se livrer mais ne recherchent pas de réponses. D'autres patients préfèrent se renfermer sur eux même et refusent toute sorte de communication. Dans ce dernier cas la relation d'aide est compliquée. Le comportement du patient et ses réactions vont influencer positivement ou négativement la relation.

### Question 6

- Quelles sont les aptitudes relationnelles que vous avez développées en pratiquant les entretiens de relation d'aide ?

Le temps consacré aux entretiens infirmiers et à la relation d'aide permet de prendre de l'assurance et d'améliorer le savoir faire pour mener à bien ses relations. Je dirais que les aptitudes développées sont le savoir être, l'écoute, le soutien, la patience et la bienveillance. Les entretiens permettent également la consolidation de la relation de confiance.

### Question 7

- Qu'évoque pour vous la considération positive inconditionnelle ?

Pour moi la considération positive inconditionnelle est le fait de pouvoir écouter le patient sans prendre parti. Il faut savoir être neutre et accepter l'autre tel qu'il est, sans condition. Le but est d'aider et non de juger.

### Question 8

- Selon vous, en quoi l'expérience professionnelle joue-t-elle un rôle dans la prise en charge relationnelle d'un patient dépressif ?

Elle joue un rôle important dans la prise en charge relationnelle d'un patient dépressif car les premiers entretiens sont parfois difficiles à mener. Je pense que les aptitudes et le savoir faire s'améliorent à force de pratique et deviennent plus adaptés avec le temps. J'ajouterai que la relation d'aide se pratique dans la vie de tous les jours et pas uniquement dans un service psychiatrique. L'expérience et le vécu de chaque personne sont donc des facteurs favorisant à la relation d'aide.

## Annexe III : Entretien n°2 (IDE 2)

### Question 1

- Depuis quand êtes vous diplômée ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

Je suis diplômée depuis juillet 2010. J'ai directement exercée en psychiatrie qui est un domaine que j'ai découvert en stage et qui me plait toujours. J'exerce donc depuis 3 ans dans un service d'hospitalisation volontaire.

### Question 2

- Qu'évoque pour vous la relation d'aide ?

La relation d'aide pour moi correspond à un entretien qui n'est pas forcément formel mais qui est fait pour aider le patient, l'aider à déterminer ses problèmes et trouver des solutions.

### Question 3

- Pour vous, quelles sont capacités relationnelles nécessaires selon vous afin de mener une relation d'aide ?

L'écoute, l'empathie, la patience, être neutre et ne pas juger le patient. Avoir une certaine distance par rapport à ce que le patient raconte. Il faut aussi savoir analyser et décoder les non-dits, avoir une bonne observation du non verbal.

#### Question 4

- Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque vous réalisez une relation d'aide auprès d'un patient dépressif ?

Les patients dépressifs sont plutôt renfermés et sont persuadés d'avoir raison. Ils sont compétemment hermétiques à ce que tu vas leur dire et il est difficile de les aider à passer ce cap. Les patients dépressifs sont souvent peu communicants et c'est à nous en tant que soignant d'aller chercher les informations. Il est difficile au début de notre profession de savoir comment réagir face à certaines situations.

#### Question 5

- Selon vous, quelles sont les étiologies de ces difficultés ?

Pour moi les causes viennent à la fois du soignant et du soigné. D'un côté le patient qui ne s'exprime pas forcément et d'un autre le soignant qui doit détecter ce que veut nous dire le patient. Il faut que le soignant sache trouver le moment où le patient sera le plus réceptif à la relation d'aide. Il ne faut pas que cela soit ni trop tôt, ni trop tard.

#### Question 6

- Quelles sont les aptitudes relationnelles que vous avez développées en pratiquant les entretiens de relation d'aide ?

La patience et l'écoute en premier. Ensuite il y a également la distance professionnelle qui est développée au fil des entretiens réalisés. La bienveillance vis-à-vis du patient est également une aptitude que je pense avoir développée.

### Question 7

- Qu'évoque pour vous la considération positive inconditionnelle ?

Pour moi, cela correspond à prendre en charge le patient tel qu'il est. C'est essentiel de ne pas juger le patient, de rester à sa place de soignant. S'il déprime pour une cause qui lui est propre, nous ne sommes pas là pour se demander s'il a le droit de déprimer ou non. Le patient est ce qu'il est et c'est comme ça qu'il faut le prendre en charge.

### Question 8

- Selon vous, en quoi l'expérience professionnelle joue-t-elle un rôle dans la prise en charge relationnelle d'un patient dépressif ?

Elle est essentielle. Elle permet de renforcer les aptitudes relationnelles. Plus tu vas être confronté à des patients dépressifs et plus tu va pouvoir développer des aptitudes, des capacités. On a tous une base lorsque l'on arrive en psychiatrie, et c'est grâce à l'expérience que l'on sait faire face au patient. Avec le recul lié à l'expérience tu peux développer l'écoute, l'empathie ou la considération positive inconditionnelle. Plus tu pratiques et plus tu es à l'aise pour mener une relation d'aide et cela permet de savoir comment réagir face à certaines situations.

## Annexe IV : Entretien n°3 (IDE 3)

### Question 1

- Depuis quand êtes vous diplômée ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

Je suis diplômée depuis janvier 1996. J'ai fait mes études à Montpellier et j'ai travaillé au pool de remplacement pendant 8 mois après mon diplôme. J'ai exercé ensuite en psychiatrie en Nouvelle Calédonie pendant 2 ans en secteur fermé puis en Ile de France depuis 10 ans en secteur fermé d'abord puis en secteur ouvert.

### Question 2

- Qu'évoque pour vous la relation d'aide ?

Pour moi la relation d'aide est une relation que l'on effectue quotidiennement avec le patient. On accompagne le patient face à leur pathologie, des patients qui sont en détresse face à leur situation. Ce n'est pas forcément une relation qui est formalisée tout le temps. On peut être amenée à réaliser une relation d'aide à tout moment.

Je n'ai jamais réellement appris à mener un entretien d'aide thérapeutique à l'école d'infirmières, je l'ai appris directement sur le terrain. Pour moi, la relation d'aide est ce qui permet d'aider le patient face à ses difficultés, ses problèmes.

### Question 3

- Pour vous, quelles sont capacités relationnelles nécessaires selon vous afin de mener une relation d'aide ?

L'empathie et l'écoute me semblent déjà primordiales. Ensuite, j'ajouterais la juste distance, ne pas être trop proche, ni trop éloigné du patient. Il faut aussi ne pas juger le patient.

La disponibilité est également essentielle: sans être disponible, on ne peut pas réaliser une relation d'aide. Il m'est déjà arrivé lorsque j'effectuais les tours de patients des jours où l'on étaient pressés avec des réunions ou le passage des médecins, on sent lorsque les patients nous montrent des signes de demande de relation d'aide et là je pense qu'il faut réussir à se détacher et à prendre le temps d'écouter le patient.

### Question 4

- Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque vous réalisez une relation d'aide auprès d'un patient dépressif ?

A la rigueur, je pense qu'au début c'était mon inexpérience qui a pu m'empêcher de réaliser une relation d'aide. Je dirais que j'ai appris à l'instinct et directement en service. Je n'ai pas eu de formation particulière donc cela était très difficile au départ pour moi et il était difficile de savoir comment réagir face à des situations particulières.

### Question 5

- Selon vous, quelles sont les étiologies de ces difficultés ?

Dans mon cas, cela rejoint la question précédente, c'est le manque d'apprentissage. Après, ce n'est pas par exemple, ce que va dire la personne en face ou qui est la personne qui va me poser problème.

### Question 6

- Quelles sont les aptitudes relationnelles que vous avez développées en pratiquant les entretiens de relation d'aide ?

L'écoute et l'empathie. Je pense que ce sont deux aptitudes qui se développent au fur et à mesure des entretiens d'aide que l'on réalise. La bienveillance est également quelque chose qui se développe au cours des entretiens. On a aussi le savoir faire et le savoir être qui progressivement s'améliorent

### Question 7

- Qu'évoque pour vous la considération positive inconditionnelle ?

Pour moi, cela serait accepter son discours quoi que nous dise le patient et être bienveillant que cela puisse nous heurter ou non et rester dans notre position de soignant.

### Question 8

- Selon vous, en quoi l'expérience professionnelle joue-t-elle un rôle dans la prise en charge relationnelle d'un patient dépressif ?

Je pense que lorsque l'on a de l'expérience on a beaucoup plus de moyens, on sait prendre le temps de se poser. Quand on a de l'expérience, on sait comment rebondir et quelles attitudes adoptées face à la situation du patient. Je pense qu'avec l'expérience, on peut mener une meilleure relation d'aide et une meilleure prise en charge du patient. L'expérience permet également de développer nos capacités relationnelles.

Annexe V : Grille de dépouillement

Question/Thème	IDE 1	IDE 2	IDE 3	Interprétation quantitative
Présentation des enquêtés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Diplômé depuis juillet 2012</i> »</li> <li>- Exerce dans « <i>un service ouvert de psychiatrie adulte</i> » depuis « <i>un an et demi</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Diplômée depuis juillet 2010</i> »</li> <li>- « <i>exerce donc depuis 3 ans dans un service d'hospitalisation volontaire</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Diplômée depuis janvier 1996</i> »</li> <li>- Exerce en secteur fermé pendant 2 ans puis en secteur fermé et ouvert.</li> </ul>	<p>3 profils d'infirmiers enquêtés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un IDE avec moins de deux ans de diplôme</li> <li>- Une IDE avec 3 ans d'exercice</li> <li>- Une IDE avec 14 d'exercice en psychiatrie.</li> </ul>

<p>Qu'évoque pour vous la relation d'aide ? / Relation d'aide</p>	<p>« <i>Fait partie intégrante de notre métier</i> », « <i>omniprésente et indispensable</i> »  « <i>aide que l'on peut apporter à une personne en difficultés</i> », « <i>la recherche de solutions</i> » , « <i>faire face à un problème rencontré</i> »  « <i>passé par l'écoute, le soutien</i> »  « <i>une relation de confiance va être créée</i> »</p>	<p>- « <i>Entretien qui n'est pas forcément formel</i> »  - « <i>aider à déterminer ses problèmes et trouver des solutions</i> »</p>	<p>- « <i>relation que l'on effectue quotidiennement</i> », « <i>réaliser une relation d'aide à tout moment</i> »  - « <i>pas forcément une relation qui est formalisée tout le temps</i> »  - « <i>accompagne le patient face à leur situation</i> », « <i>face à ses difficultés, ses problèmes</i> »  - « <i>je l'ai appris directement sur le terrain</i> »</p>	<p>On peut apercevoir que l'IDE 2 et l'IDE 3 pensent que la relation d'aide n'est pas forcément formalisée.</p> <p>L'IDE 1 et l'IDE 3 pensent que c'est une relation présente quotidiennement et omniprésente .</p> <p>Les 3 IDE définissent la relation d'aide comme étant une relation pour aider le patient face à ses problèmes et l'aider à trouver des solutions.</p>
---	---	--	---	---

<p>Pour vous quelles sont les capacités relationnelles nécessaires afin de mener une relation d'aide ?/Relation d'aide</p>	<p>« être à l'écoute »  « ne pas rentrer dans le jugement et ne pas prendre parti »  « soutenir sans apporter de solutions »  , « en la guidant [la personne] »  « implication et compréhension »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « écoute »</li> <li>- « empathie »</li> <li>- « Patience »</li> <li>- « être neutre et ne pas juger »</li> <li>- « analyser et décoder les non dits »</li> <li>- « avoir une certaine distance »</li> <li>- « avoir une bonne observation du non verbal »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « écoute »</li> <li>- « empathie »</li> <li>- « ne pas juger »</li> <li>- « juste distance »</li> <li>- « disponibilité », « prendre le temps d'écouter le patient »</li> </ul>	<p>Les 3 IDE soulignent qu'être à l'écoute est une capacité relationnelle nécessaire. Les IDE 2 et 3 rajoutent que l'empathie est également importante.</p> <p>Les 3 IDE précisent qu'il faut savoir ne pas juger le patient.</p> <p>Les IDE 1 et 3 expliquent que le soignant doit être impliqué et disponible pour écouter le patient.</p>
--	---	---	--	--

<p>Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque vous réalisez une relation d'aide auprès d'un patient dépressif ?/Relation d'aide</p>	<p>« <i>vision pessimiste de la situation</i> »  « <i>il peut donc volontairement refuser l'aide et le soutien</i> »  « <i>il peut arriver que je ne sache pas quoi dire face à une situation délicate</i> »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>les patients dépressifs sont plutôt renfermés</i> »,</li> <li>« <i>hermétiques</i> »</li> <li>- « <i>peu communicants</i> »</li> <li>- « <i>difficile au début de notre profession de savoir comment réagir face à certaines situations</i> »</li> </ul>	<p>« <i>inexpérience</i> », « <i>pas de formation particulière</i> », « <i>il était difficile de savoir comment réagir face à des situations particulières</i> »</p>	<p>Les IDE soulignent tous la notion d'expérience. Sans elle, les IDE ne savent pas comment réagir et faire face à certaines situations. On note également que les IDE 1 et 2 nous précisent que les difficultés peuvent être la non volonté de communiquer de la part du soigné.</p>
<p>Selon vous, quelles sont les étiologies de ces difficultés ?/Relation d'aide</p>	<p>« <i>patients [...] ne recherchent pas de réponses</i> »  « <i>d'autres patients préfèrent se renfermer sur eux-mêmes</i> »  « <i>comportement du patient</i> »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>le patient qui ne s'exprime pas forcément</i> »</li> <li>- « <i>le soignant qui doit détecter ce que veut nous dire le patient</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>manque d'apprentissage</i> »</li> </ul>	<p>Les IDE 1 et 2 reprécisent la non communication des patients tandis que l'IDE 3 nous souligne encore une fois le manque d'apprentissage.</p>

<p>Quelles sont les aptitudes que vous avez développées en pratiquant les entretiens de relation d'aide ?/Relation d'aide</p>	<p>« permet de prendre de l'assurance »  « améliorer le savoir faire »  « savoir être »  « l'écoute »  « soutien »  « patience »  « bienveillance »  « consolidation de la relation de confiance »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « patience »</li> <li>- « écoute »</li> <li>- « distance professionnelle »</li> <li>- « bienveillance »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « écoute »</li> <li>- « empathie »</li> <li>- « bienveillance »</li> <li>- « savoir faire »</li> <li>- « savoir être »</li> </ul>	<p>Les IDE 1 et 3 soulignent une amélioration du savoir faire. Les 3 IDE précisent une amélioration de l'écoute et de la bienveillance tandis que seuls les IDE 1 et 2 soulignent la patience. Les IDE 1 et 3 précisent une amélioration du savoir être lors de la pratique de relation d'aide.</p>
<p>Qu'évoque pour vous la considération positive inconditionnelle ?/Considération positive inconditionnelle</p>	<p>« pouvoir écouter sans prendre parti »,  « neutre »,  « accepter l'autre tel qu'il est »  « ne pas juger »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « prendre en charge le patient tel qu'il est »</li> <li>- « Ne pas juger »</li> <li>- « rester à sa place de soignant »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « accepter son discours quoi que nous dise le patient »</li> <li>- « être bienveillant »</li> <li>- « rester dans notre position de soignant »</li> </ul>	<p>Les 3 IDE évoquent le fait de prendre en charge le patient tel qu'il est et les IDE 1 et 2 précisent l'importance de ne pas juger le patient. Les IDE 2 et 3 expliquent qu'il faut savoir rester à notre position de soignant.</p>

<p>Selon vous, en quoi l'expérience professionnelle joue-t-elle un rôle dans la prise en charge relationnelle d'un patient dépressif ?/Expérience</p>	<p>« rôle important [...] car les premiers entretiens sont parfois difficiles à mener »  « aptitudes et le savoir faire s'améliorent à force de pratique »  « expérience et le vécu de chaque personne sont donc des facteurs favorisant »</p>	<p>- « renforcer les aptitudes relationnelles »,  « développer l'écoute, l'empathie ou la considération positive inconditionnelle »  - « plus tu pratiques et plus tu es à l'aise pour mener une relation d'aide et cela permet de savoir comment réagir »</p>	<p>- « plus de moyens »  - « L'expérience permet également de développer nos capacités relationnelles »  - « on sait comment rebondir et quelles attitudes adoptées face à la situation »</p>	<p>Les 3 IDE soulignent l'importance de l'expérience dans le développement des aptitudes relationnelles telles que l'écoute ou la considération positive inconditionnelle.  Les IDE 2 et 3 précisent que l'expérience permet d'être plus à l'aise et de savoir comment réagir face à des situations différentes.</p>
---	--	--	---	--

## Résumé

La considération positive inconditionnelle constitue l'une des capacités relationnelles nécessaire à la relation d'aide en psychiatrie. Bien que cette capacité soit répandue dans la littérature, il est intéressant de s'y intéresser du point de vue de son développement par l'expérience professionnelle. Cette recherche vise donc à explorer le développement de la considération positive inconditionnelle par rapport à l'expérience professionnelle du soignant. Afin d'y parvenir, des entretiens semi directifs ont été réalisés auprès d'infirmiers exerçant en psychiatrie et ayant des expériences professionnelles différentes. Ces entretiens ont ensuite été analysés de manière qualitative. Il en résulte quelques imprécisions sur la définition de la relation d'aide et de la considération positive inconditionnelle ainsi qu'un développement des capacités relationnelles du soignant lors de la pratique de relation d'aide. Cette recherche permet de nous rendre compte en tant que future soignant de l'importance de l'expérience professionnelle dans le développement du savoir être du soignant.

Mots clés : relation d'aide, psychiatrie, considération positive inconditionnelle, expérience professionnelle.

**Abstract**

Unconditional positive regard is one of the relational skills necessary for the helping relationship in psychiatry. Although this ability is spread in the literature, it is interesting to consider its development through work experience. Thus this research aims to explore the development of unconditional positive regard in relation to the experience of health care. In order to achieve this, semi-directed interviews were conducted with nurses working in psychiatry with different professional experiences. These interviews were analyzed qualitatively. This results in a lack of precision in the definition of the helping relationship and unconditional positive regard as well as a development of interpersonal skills of health care in the practice of helping relationship. This research enables us to realize as a future nurse the significance of the professional experience in the development of the inter-personal skills of the nurse.

Key words: helping relationship, psychiatry, unconditional positive regard, professional experience.