

GIRAUDO CAMILLE

La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné

Travail de Fin d'Etudes

UE 3.4.S6 - initiation à la démarche de recherche

UE 5.6.S6 - Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle

Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

IFPVPS LA GARDE

PROMOTION 2011-2014

Session 1

Note aux lecteurs :

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

Remerciements :

En préambule de ce mémoire, je souhaiterais remercier les personnes qui m'ont aidée et qui ont contribué à sa réalisation.

Je souhaiterais tout d'abord remercier ma guidante de mémoire pour sa patience et l'aide qu'elle m'a apportée pour comprendre ce qu'on attendait vraiment d'un rapport de recherche.

Je souhaiterais également remercier Elodie, Infirmière diplômée depuis 3 ans, qui m'a apportée son aide pour mettre en lien certaines parties de mon mémoire.

Je n'oublie pas mes parents et mon chéri qui ont réussi à me supporter pendant ces trois années d'étude et qui ont lu attentivement mon travail.

Merci à tous et à toutes.

<u>SOMMAIRE</u>	Pages
<u>INTRODUCTION</u>	1
I. <u>PROBLEMATIQUE</u>	2
1. <u>Contexte de la situation</u>	2
2. <u>Description de la situation</u>	3
3. <u>Analyse de la situation</u>	5
a. <u>Le transfert</u>	5
b. <u>Le contre-transfert</u>	6
c. <u>Le professionnalisme</u>	7
d. <u>L'évitement et les mécanismes de défense</u>	7
e. <u>La distance professionnelle</u>	8
f. <u>Les émotions et l'affect</u>	9
g. <u>Communication et relation</u>	10
II. <u>INTENTION DE RECHERCHE</u>	12
III. <u>CADRE DE REFERENCE</u>	13
1. <u>La distance professionnelle</u>	13
a. <u>Les 4 types de distances</u>	13
b. <u>Une distance sans implication</u>	14
c. <u>Une implication sans distance</u>	14
d. <u>Les attitudes pour trouver la juste distance professionnelle</u>	15
e. <u>L'empathie</u>	15
2. <u>La relation soignant-soigné</u>	16
a. <u>La relation</u>	16
b. <u>Le soignant</u>	16
c. <u>Le soigné</u>	17
d. <u>La relation soignant-soigné</u>	18
e. <u>Les différents types de relation</u>	18
• <u>La relation de civilité</u>	18
• <u>La relation fonctionnelle</u>	18
• <u>La relation de soutien, de réassurance et de compréhension</u>	19
• <u>La relation d'aide thérapeutique</u>	19

3. <u>La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné</u>	20
IV. <u>CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE</u>	21
1. <u>Question de recherche</u>	21
<u>CONCLUSION</u>	22
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	

INTRODUCTION

Durant la troisième année de nos études d'infirmier, il nous est demandé d'effectuer un Travail de Fin d'Etudes. Ce dernier est un travail réflexif, méthodique, basé sur une situation qui nous a interpellés en stage et que nous devons questionner et lier aux différents concepts, afin de créer un travail d'initiation à la démarche de recherche. Pendant mes différents stages, j'ai pu me questionner sur différents thèmes mais un seul a retenu mon attention. Je l'ai vécu plus particulièrement lors d'un stage en première année au deuxième semestre. Le thème de mon travail est «la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné». C'est un sujet qui m'a beaucoup questionnée tout au long de ma formation car c'est une notion que j'ai pu rencontrer et observer dans différents services. Au début de la formation, j'étais plus axé sur le plan technique de la profession infirmière tel que faire une prise de sang, un pansement... Cependant, au fur et à mesure de mes stages, je me suis rendue compte de l'importance de la dimension relationnelle dans les soins. Cette dernière est une dimension très complexe du fait de sa singularité. J'ai été confrontée très rapidement à cette difficulté dès la première année d'étude. En effet, dès lors que nous effectuons un soin (qu'il soit ou non technique) auprès d'un patient nous sommes amenés à entrer en relation avec celui-ci. C'est pour cela que je souhaite explorer cette dimension relationnelle dans ce TFE.

Mon thème rentre dans l'axe «Soins infirmiers et accompagnement de l'utilisateur». J'ai choisi cet axe car la problématique de la distance professionnelle semble pour moi, être essentielle à la prise en charge de la personne. Il fait aussi partie de l'axe « Soins infirmiers et communication avec l'utilisateur » car la deuxième partie de mon thème qui est la relation soignant-soigné ne peut être mise en place sans l'élément communication.

La première partie de ce Travail de Fin d'Etudes consiste à rédiger une situation qui m'a interpellée. J'ai décidé d'en choisir une lors de mon stage en Maison de retraite en première année. De cette situation en découle un questionnement présent tout au long de mon travail et qui m'a amenée à rechercher certains mots-clés. Ces derniers m'ont ensuite amenée à poser mon intention de recherche qui fait partie de ma deuxième partie. La troisième consiste en l'élaboration de deux concepts en lien avec mon intention de recherche. J'ai donc choisi de traiter la distance professionnelle et la relation soignant-soigné. La méthode utilisée pour ce travail de recherche est la méthode clinique qui sera expliquée en quatrième et dernière partie de ce Travail de fin d'études.

I. PROBLEMATIQUE

1. Contexte de la situation

Lors de mon stage de dix semaines de première année dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) j'ai été confronté à une situation qui m'a beaucoup questionnée. A l'époque, ce n'était alors que ma deuxième expérience dans le domaine médical et c'était le premier stage que je faisais dans un établissement considéré comme un lieu de vie. J'avais eu les apports théoriques de la première année. J'avais des connaissances sur la pharmacologie, la législation ou encore les soins d'hygiène. De plus, j'étais «curieuse et motivée» pour apprendre et découvrir les nouveaux services, des qualités qui étaient ressorties lors de mon premier stage. J'appréhendais ce nouveau lieu de stage car j'avais une représentation un peu négative des maisons de retraite, peut-être par rapport au fait que c'est souvent le dernier lieu de vie de certaines personnes âgées et je me risquais d'être confrontée à des décès.

L'EHPAD est un institut pour les personnes âgées dépendantes. Il n'y a pas de définition précise de la personne âgée, selon l'INSEE, il s'agit de «*personnes ayant 65 ans ou plus*». Le terme de dépendance permet de spécifier ces personnes. En effet, toujours selon l'INSEE, «*la dépendance est définie comme le besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou le besoin d'une surveillance régulière*». En effet, ce type d'établissement est utile aux patients en perte d'autonomie totale ou partielle en fonction de l'âge et de la maladie. Il offre un suivi médical renforcé. Cet institut comportait cent-deux lits répartis sur deux étages (environ trente patients) ainsi qu'un pavillon pour personnes démentes. Le concept de cet EHPAD était l'humanité. Selon GINESTE, Y. et MARESCOTTI, R., il s'agit d'«*un prendre-soin fondé sur toutes les caractéristiques qui permettent aux hommes de se reconnaître les uns les autres, pour rester en relation avec ces personnes et partager avec elles émotions et sentiments*». On y retrouve une infirmière chaque jour qui travaille en 12h de 8h à 20h, trois aides-soignants par étage travaillant en 7h, de 6h à 13h, et de 12h à 19h. Les transmissions entre chaque vacation de personnels se faisaient sur ordinateur et également sur papier. Les horaires de visite étaient de 14h à 18h. Etant en première année, je passais la majorité de mon temps de travail auprès des aides-soignants afin de valider la compétence 3 relative à «*d'accompagnement d'une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens*».

) ?

Ref

/ et la nuit ?

Je faisais donc les mêmes horaires que les aides-soignants. Ces derniers, selon l'arrêté du 28 septembre 2011 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant *«exercent leur activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R4311-3 à R4311-5 du code de la santé publique»*.

Au bout d'une semaine d'observation de l'organisation du service, on m'a demandé de prendre en soins trois patients, dont Madame (Mme) M, une femme de 89 ans, ayant un réseau familial très présent. Mme M avait deux fils et deux filles, dont deux venants lui rendre visite un jour sur deux en moyenne. De plus, cette femme était très sociable, elle mangeait dans le restaurant de l'EHPAD et avait tissé des liens avec d'autres résidents. Cependant, elle aimait rester seule l'après-midi dans sa chambre pour regarder son émission de télévision favorite.

Mme M était entrée à l'EHPAD le 23 Février 2012 suite à un transfert de l'hôpital pour décompensation pulmonaire au cours d'un épisode infectieux, le maintien à domicile étant impossible. Mme M était retraitée de la profession d'infirmière. L'équipe m'avait alors prévenue que Mme M était exigeante et très demandeuse. Le projet de soin de Mme M est l'amélioration de son indépendance au niveau de ses soins quotidiens.

2. Description de la situation

Je prenais en soins Mme M depuis deux semaines et j'essayais de satisfaire ses besoins le mieux possible. J'avais assimilé ses habitudes de vie. Cela rentre dans l'activité 1 de notre profession qui est le *«recueil de données portant sur la connaissance de la personne»*. Je m'entendais bien avec elle, on discutait beaucoup lors de la toilette du matin, et l'après-midi je venais la voir pour savoir comment elle allait et lui donnais son goûter. Je savais qu'elle n'aimait pas être réveillée tôt donc je m'occupais des deux autres résidentes avant elle. Malgré cela, elle avait du mal à se réveiller et me disait, avant même d'ouvrir les yeux, qu'elle voulait dormir et qu'elle en avait marre d'être réveillée si tôt. Après avoir vu que c'était moi, elle se calmait, me prenait la main et embrassait ma main. Plus tard dans le stage, je me suis aperçue que je m'organisais, de façon inconsciente, pour que tout ce que je fasse soit bon pour elle, au détriment des autres personnes dont j'avais à m'occuper.

Je me suis alors demandé pourquoi avais-je accordé plus d'attention à Mme M qu'aux autres résidents ? Etait-il possible que je sois plus à l'aise avec elle ? Me rappelait-elle quelqu'un ?

Un après-midi, en venant lui donner son thé, elle m'a raconté l'histoire de sa vie. Elle avait vécu beaucoup d'événements terribles pendant son enfance, durant la seconde guerre mondiale. Lors de son récit, j'ai été touchée et il me semble qu'elle avait ressenti l'émotion que j'avais éprouvée. Elle m'avait dit alors qu'elle me considérait comme sa petite fille et qu'elle aimait bien quand j'étais avec elle.

Je me suis rendue compte que j'avais développé de l'affection pour elle et je voulais qu'elle soit soignée le mieux possible. J'avais l'impression de retrouver une personne de ma famille dans cet institut et je voulais qu'elle soit bien moralement. Il m'a semblé avoir établi une relation privilégiée avec elle, car elle ne demandait que moi pour tous soins. Sur le coup, cela ne me dérangeait pas car j'appréciais beaucoup cette femme et j'aimais bien m'en occuper. Je me suis alors demandée : comment avais-je établi cette relation avec elle ?

Deux semaines ont suivi et elle était de plus en plus demandeuse. Elle m'appelait dès qu'elle était aux toilettes pour que je vienne l'aider, elle voulait que je reste avec elle plus longtemps pour discuter. Le problème était que je ne pouvais pas être tout le temps avec elle et que je devais m'occuper des deux autres patientes que j'avais prises en soins. C'est à ce moment-là qu'il m'a semblé que la relation que j'avais établie avec elle n'était pas professionnelle et risquait d'être difficile, tant pour elle que pour moi lors de mon départ de cet EHPAD. Mais comment remettre une distance lorsque cette relation est devenue problématique ? J'en ai donc parlé aux aides-soignantes du service et m'ont dit qu'il ne fallait pas que je sois trop présente auprès d'elle et m'ont proposé qu'elles s'occupent d'elle le matin. Sur le coup, je ne voulais pas parce que j'adorais m'occuper d'elle et je ne voulais pas qu'elle m'en veuille de la laisser. Pourquoi ai-je réagi de cette façon ? Pourquoi était-il si difficile pour moi de m'éloigner ? Cependant, il me semblait que je devais arrêter cette relation devenue problématique pour moi. Au début, j'essayais de ne pas la croiser parce que je me sentais mal à l'aise et lâche de l'avoir laissée.

Quelques jours plus tard, j'ai croisé Mme M qui m'a dit qu'elle était déçue de ne plus me voir le matin et que je l'avais abandonnée. Je me suis donc demandée : Pourquoi mon éloignement avait-il affecté Mme M à ce point ?

Décontenancée par cette remarque, je n'avais pas su quoi lui dire. Je sentais que ça l'avait beaucoup affectée, de par sa communication verbale et non-verbale. Cette relation particulière entretenue avec Mme M lui posait-elle vraiment problème ? Pourquoi avais-je ressenti le besoin de m'éloigner ? Était-ce seulement pour me protéger moi que je voulais sortir de cette relation ?

Lors de mon dernier jour à l'EHPAD, je suis allée lui dire au revoir, et j'ai ressenti un pincement au cœur de la laisser et de ne plus la revoir. Je savais pourtant qu'elle n'était pas seule et qu'elle avait de la famille qui lui rendait visite. Elle était triste elle aussi, «comment je vais faire sans vous ?» me disait-elle. Elle ne comprenait pas pourquoi je ne reviendrais pas. J'ai essayé de lui faire comprendre que ce n'était qu'un stage de 10 semaines et que je l'avais fini. Elle m'a dit qu'elle comprenait mais qu'elle voudrait que je lui envoie des cartes postales pour qu'on garde contact. Je n'ai pas su quoi lui répondre, je lui ai fait un sourire et je suis partie. Ma situation étant exposée, je vais donc procéder à son analyse afin d'en dégager plusieurs mots-clés.

3. Analyse de la situation

Lors de ce stage, il m'a semblé entretenir une relation particulière avec Mme M, je passais beaucoup de temps avec elle, plus qu'avec les autres patients «pourquoi ai-je accordé plus d'attention envers elle qu'envers les autres résidents ?». Après avoir expliqué ma situation à l'infirmière de l'EHPAD, elle m'a dit : *«il arrive qu'avec certains résidents nous faisons un transfert»*. Il semblerait donc que lorsque l'on entre en relation avec autrui il existe certains mécanismes qui peuvent se mettre en place. L'infirmière m'a parlé de «transfert», je vais donc approfondir cette notion. } ND

a. Le transfert

En effet, selon LAPLANCHE, J., psychanalyste, et PONTALIS, J-B., psychologue et psychanalyste (2007), page 492, le transfert désigne *«le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relations établies avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique»*. Ce terme est employé pour parler de ce qu'a vécu le patient et ce qu'il transfère sur le soignant. C'est une *«projection émotionnelle»* (Ibid.) du patient envers le soignant.

*Le transfert ne peut être positif
de 100%*

Dans ma situation, Mme M a fait un transfert par rapport au fait que j'étais comme sa petite-fille. Du fait de mon jeune âge, Il me semblait que c'est la différence d'âge qui a accentué cela. Il y a deux types de transfert, il peut être positif et négatif. Le transfert positif est *«un regard bienveillant qui provoque le désir de donner et de gratifier. Il se traduit par des comportements et par des actes aussi divers que de l'acquiescement, l'adhésion, la confiance, la sympathie, l'amitié, l'amour, ou encore l'identification et le mimétisme»*, ZARAFIAN, E. (1999), psychiatre. A l'inverse, le transfert négatif est *«un mouvement qui nous éloigne de l'interlocuteur. Là encore, les comportements induits sont très divers : retrait, résistance, méfiance, désaccord, contestation, évitement, antipathie, agressivité, haine»* (Ibid.). En effet, Il paraît que le transfert négatif entraîne une mise à distance entre les deux protagonistes du fait d'une conduite de rejet de l'autre personne. Dans ma situation il s'agissait donc d'un transfert positif car elle «me prenait la main et embrassait ma main», ou encore «elle appréciait quand j'étais avec elle». Lors de mes recherches sur le transfert j'ai lu plusieurs fois le terme contre transfert Je vais donc m'intéresser plus particulièrement à ce terme afin de déterminer s'il peut être pertinent dans mon travail de recherche.

b. Le contre-transfert

Cela consiste en *«l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci»* LAPLANCHE, J. PONTALIS, J-B. (2007), page 103. Il semblerait donc que, lorsque le soigné fait un transfert, le soignant, lui, a des ressentis et des mécanismes inconscients qui se mettent en place. C'est donc en réponse au transfert de Mme M que j'ai fait un contre-transfert. Pour ce dernier, je m'en suis aperçue plus tard, lorsque j'ai réfléchi plus amplement sur ma situation du fait que ce soit un mécanisme inconscient. En effet, je lui faisais penser à sa petite-fille et elle, elle me faisait penser à quelqu'un de ma famille et plus particulièrement à ma grand-mère. Ces deux processus montrent l'importance d'une distance entre soignant et soigné afin d'éviter de les mettre en place.

Mais «Comment remettre une distance lorsque la relation est devenue problématique ?» Cette relation l'était devenue car je ne la trouvais pas professionnelle. Que veut dire être professionnel ? Je vais donc maintenant m'attarder sur ce terme.

c. Le professionnalisme

Le terme professionnel désigne, selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, quelqu'un «*qui exerce un métier, une profession donnée, qui a les qualités, l'habileté requise pour les exercer*». En effet, être infirmier nécessite d'avoir des compétences et qualités relationnelles et techniques. Je ne me sentais pas à ma place d'étudiante infirmière donc, de future professionnelle, mais plutôt en tant que membre de sa famille. Par conséquent, cette situation remettait en question la qualité de mes soins ainsi que mon savoir-être. Je n'arrivais pas à être objective sur ma façon de faire avec elle et c'est pour cela que je ne rendais pas compte au début de cette difficulté qui s'immisçait dans la relation soignant-soigné. DESHAYS C. (2010) page 7, médecin, affirme que «*dans le milieu médical on entend : il faut être professionnel*», c'est-à-dire que nous devons laisser notre affect et nos émotions de côté lors de notre prise de poste et ce, jusqu'à la fin de notre travail. Cependant, cela est très difficile car nos émotions sont présents qu'on le veuille ou non. Conscient de cette difficulté, le législateur a mis en place l'article R4312-25 du code de la santé publique stipulant que «*l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, [...]*». Il y a donc dans les textes législatifs la notion qu'un infirmier puisse avoir des difficultés relationnelles et éprouver des émotions pouvant empêcher la mise en place d'une relation de qualité. Je pense que je n'aurais pas dû m'éloigner de Mme M à cause de mon manque de professionnalisme dans cette relation. En m'éloignant, j'ai mis en place un mécanisme de défense appelé évitement que je vais maintenant définir.

d. L'évitement et les mécanismes de défense

PHANEUF, M. (2007), page 12, docteur en didactique, explique que l'évitement est «*un mécanisme par lequel la personne détourne volontairement ou involontairement vers l'inconscient des pensées, des désirs, des situations chargées affectivement*». Il semblerait donc que le soignant cherche à éviter d'être confronté à la situation qui pose problème. Dans ma situation, je ne voulais pas me retrouver face à Mme M afin de ne pas avoir à me justifier auprès d'elle sur cette mise à distance. J'ai mis une distance physique entre elle et moi.

L'évitement étant un mécanisme de défense, je vais donc donner la définition de ce dernier qui, selon LAPLANCHE, J. PONTALIS J-B. (2007), page 234, consiste en «*l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique*». Cela permet à la personne de se protéger d'un danger externe ou interne en adaptant son comportement et son attitude. C'est un processus naturel que toute personne peut avoir. Il semblerait que la conséquence de l'évitement que j'ai mis en place est la mise à distance physique de Mme M.

e. La distance professionnelle

La distance physique, au niveau étymologique latine, se traduit comme «*se tenir debout (stare) en étant séparé (dis) de l'autre*» PRAYEZ, P. (2009), page 5, psychologue clinicien. Nous sommes donc séparés les uns des autres par une certaine distance qui peut varier en fonction du contexte. On peut parler, dans ma situation de distance professionnelle car nous nous trouvons dans un contexte de soin. La distance professionnelle se définit comme «*la limite morale et psychologique à l'expression des valeurs personnelles dans le cadre de l'activité professionnelle*» MARTIN, M. professeur de philosophie. Nous pouvons penser que lors de l'exercice de notre activité professionnelle, certaines limites seraient nécessaires à mettre en place afin de conserver une distance professionnelle. C'est cette notion qui me paraît importante à développer. Nous la verrons plus particulièrement dans le cadre de référence dans l'étape 3.

J'ai mis une distance physique entre elle et moi mais «*La relation particulière entretenue avec Mme M lui posait-elle vraiment problème ?*». Je n'ai pas vraiment d'éléments d'information du fait de la difficulté à connaître le ressenti de la personne en face de nous. Le verbal et non-verbal peuvent me permettre d'en avoir une idée mais pas complètement. Au niveau verbal, elle m'a seulement dit qu'elle était déçue de ne plus me voir et que je l'avais abandonnée. Il semblerait tout de même que cette relation ne lui posait pas vraiment problème, au contraire. Mon statut d'étudiante infirmière me permettait aussi de prendre plus de temps avec elle du fait que je n'avais que 3 patientes à m'occuper. D'un point de vue du non-verbal, il me semblerait que ce qu'elle me disait concordait avec son attitude, cependant je ne peux en être sûre. C'est pour cela que je ne m'attarderai pas davantage sur cette question car je ne peux pas me mettre à sa place.

Mais, par rapport à ce que j'ai vécu, «Était-ce seulement pour me protéger moi que je voulais sortir de cette relation ?». Il me semble qu'avec le recul j'ai voulu me protéger de mes émotions que je trouvais trop présente dans la relation. Je sentais que cela pouvait nuire à la relation. Nous allons donc nous intéresser à la notion d'émotion.

f. Les émotions et l'affect

Durant ces 10 semaines, j'ai éprouvé des émotions différentes. Il est donc, avant tout, nécessaire de définir le mot «*émotion*». Ce terme vient du latin «*motio*» qui signifie action de mouvoir, mouvement. Selon le dictionnaire Le Robert, cité par FORMARIER, M. (2012), page 165, directrice des soins, il s'agit d'une «*réaction affective brusque ou momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques*». En effet, suite à une situation, qu'elle soit positive ou négative, notre comportement varie et un retentissement physique et physiologique a lieu. De plus, ANZIEU, D. et al, psychanalyste, cité par FORMARIER, M. (2012), page 165, ajoute que «*l'émotion est un état particulier survenant dans des conditions indéfinies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales*». Ces différentes émotions ressenties au début de mon stage ont entraîné un sentiment d'affection à son égard.

Un sentiment, à la différence de l'émotion, dure dans le temps et est «*une disposition affective spécifique éprouvée par un sujet pour un objet particulier, cela pouvant être vécu sur le registre du plaisir ou du déplaisir*» MANOUKIAN, A. (2008), page 45, psychologue clinicien. Dans ma situation, il s'agissait d'un sentiment de plaisir du fait de mon affection pour elle. Ces émotions me paraissent nécessaires dans la relation entre les personnes. Nous travaillons avec des personnes qui sont en demande de soins et d'écoute. Si nous étions sans émotion nous pouvons supposer que la personne ne pourrait pas se livrer et une relation de confiance ne pourrait pas s'établir. Cependant, mes émotions n'auraient pas dû prendre le dessus et me submerger, au point de devoir me protéger de cette relation devenue incontrôlable du point de vue de l'affect. Ce dernier est, selon MANOUKIAN, A. (2008), page 191, «*l'élément émotionnel de tout état affectif qu'il soit pénible ou agréable, dû à une stimulation interne ou externe*». DESHAYS, C. (2010), page 4, nous explique, de plus, que «*prendre en compte nos affects est indispensable. [...] Il faut comprendre pourquoi les affects nous submergent. [...]*

qu'elle
est bonne

Même si nous ne les voulons pas, ils prennent le dessus alors que nous pensons les écarter. Nous devrions donc travailler sur les affects, trouver les situations qui nous affectent et accepter qu'ils puissent nous envahir dans certaines situations. Il faudrait donc être capable de les repérer afin de mieux les gérer. *«Pour comprendre et rechercher la distance juste, il est préférable de ne jamais oublier cette donnée toute simple : le soin met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions et qui pensent»*. PRAYEZ, P. (2009), page 8. Les émotions, les sentiments et l'affect jouent donc un rôle dans la distance professionnelle.

Après avoir défini plusieurs mots-clés en lien avec la distance professionnelle, je vais m'attarder sur la dimension relationnelle avec la notion de communication nécessaire à toute relation. Dans ma situation, je me suis posée la question suivante : «Comment avais-je établi cette relation avec elle ?». Pour faire un soin à un patient, il est nécessaire de rentrer en communication avant. Pendant ces dix semaines de stage, je suis entrée en communication avec Mme M. C'est ce qui m'a permis d'établir une relation soignant/soigné au fur et à mesure de ces dix semaines. Nous allons donc nous attarder dans un premier temps sur la communication.

g. Communication et relation

«On ne peut pas ne pas communiquer» CARILLO, C. (2010) page 17, formatrice en relations humaines. En effet, *«tout comportement est communication»* (Ibid.). Nous pouvons donc supposer que, même si personne ne parle, il y a une communication qui se crée grâce à la gestuelle ou encore les mimiques.

Selon PHANEUF, M. (2011), page 8, la communication est *«constituée d'un ensemble de moyens qui permet d'échanger de l'information entre deux personnes placées en interaction. Ce partage de renseignements [...] se fait par l'intermédiaire d'un système complexe de manifestations non-verbales et d'expressions verbales»*. Cela permet donc un échange d'informations afin d'en faire passer un message. *«Tout être est une île, au sens le plus réel du mot, et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être»*. ROGERS, C. (1968). Cette citation m'a fait penser que cette communication ne se faisait que sur un échange basé sur une authenticité de la part du soignant.

L'authenticité, signifie que *«le thérapeute se fait transparent pour le client»*, ROGERS, C. (1962), page 1, c'est-à-dire qu'il sera et restera lui-même pendant cet échange avec le soigné. Concernant la communication, il en existe deux types, la communication verbale et non-verbale.

Commençons par définir la communication verbale, qui permet de transmettre de façon orale *«des informations, des idées ou encore des émotions»* PHANEUF, M. (2011), page 4. Il est donc nécessaire d'entendre ce que l'interlocuteur, ici le soigné, nous dit mais aussi de le comprendre afin de ne pas perdre des informations importantes à la prise en soins des patients. Cela s'appelle l'écoute. Il s'agit *«d'un état de disponibilité intellectuelle et affective pour le client et pour sa situation»* PHANEUF, M. (2012), page 35. Il s'agit donc d'être centré sur la personne soignée afin de comprendre ce qu'il veut nous dire et ainsi pouvoir reformuler si nécessaire. Cela permettra au soigné d'être considéré et d'être compris par le soignant.

De plus, la communication non-verbale permet de, *«même sans parler, émettre des significations très fortes par ce que nous sommes et par notre agit»* (Ibid.). C'est aussi ce type de communication qui peut trahir ce que nous disons, ce qui se traduit par la non-congruence. Cette communication se base sur le langage du corps ainsi que sur nos cinq sens (Ibid.). Divers contextes peuvent influencer la communication, que ce soit temporel, émotif, socioculturel, ou encore le contexte physique (Ibid.). Pour Mme M et moi, le contexte physique a joué dans la communication car cela se passait souvent dans sa chambre lors de la toilette ou lorsque nous discutons. De plus, Le contexte émotif rentrait en jeu car ce qu'éprouvait Mme M lorsqu'elle me racontait son histoire m'a beaucoup touchée. Enfin le contexte socio culturel par rapport à la différence d'âge, ce qui, comme expliqué plus haut, aurait engendré un transfert et un contre transfert. Dans un EHPAD, la communication est un acte de soins à part entière car il arrive que nous, professionnels de santé, nous soyons leur seule famille. Grâce à cette communication, nous pourrions tisser avec la personne soignée des liens et ainsi établir une relation. Mais qu'est-ce que la relation ?

La relation est un point important, présent dans tous les textes de lois qui régissent notre profession. Il est au cœur de notre métier et cette qualité relationnelle permet au soignant de pouvoir établir une relation de confiance avec le soigné.

L'article R4311-2 du code de la santé publique stipule que «*les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade*».

Cela montre donc que la technique est toute aussi importante que le relationnel dans un contexte de soin. De plus, dans le référentiel de compétences du métier, la compétence 6, «*communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*», a pour but d'«*accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant compte son histoire de vie et son contexte*». C'est ce que j'ai fait lorsqu'elle m'a raconté son histoire. Je l'ai écoutée et j'ai porté une réelle attention aux propos qu'elle m'avançait. C'est aussi pour cela que j'ai été touchée.

II. INTENTION DE RECHERCHE

Parmi ces différentes notions développées plus haut, j'ai voulu ^{ma recherche} m'axer sur la distance professionnelle et la relation soignant-soigné. Pour moi, c'est ce qui ressort le plus de ma problématique. Les notions de transfert, contre-transfert, émotion ou encore évitement m'amènent au sujet de la distance professionnelle. De plus, la communication et la relation m'amènent au mot-clé de la relation soignant-soigné. Je vais donc, dans la troisième partie de mon travail, effectuer une recherche documentaire afin d'approfondir mon sujet et mon questionnement sur les deux mots-clés : distance professionnelle et relation soignant-soigné. Je vais, de plus, spécifier ma recherche sur des patients dépendants en EHPAD. Je ne ferai cependant pas de troisième partie sur la personne âgée dépendante car elle a déjà été abordée dans la problématique et sera approfondi dans le deuxième mot-clé.

Le but de ma recherche n'est pas d'expliquer un phénomène, ni de montrer un lien de causalité entre des variables. Je cherche plutôt à comprendre un phénomène dans un contexte spécifique. De plus, je vais m'intéresser au vécu de l'infirmier et de la personne âgée dépendante en tant que personnes singulières. C'est donc une méthode clinique. Mon intention de recherche est la suivante :

Je cherche à comprendre la distance professionnelle instaurée dans la relation (soignant-soigné) entre l'Infirmier et la personne âgée dépendante en EHPAD.

III. CADRE DE REFERENCE

1. La distance professionnelle

Je vais diviser la distance professionnelle en deux parties. Une première sera la distance physique et une seconde partie sera sur la distance psychique. Combien dénombre-t-on de distances physiques ? / 713

a. Les 4 types de distances ou distances physiques

Selon T. HALL, E. un anthropologue américain, cité par MICHON F. (2013), page 34, il existe 4 types de distances, d'un point de vue physique, qu'il nomme «proxémie».

Tout d'abord, il s'agit de la distance «intime». «La présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif» (Ibid.). Elle nécessite donc une relation de confiance entre soignant et soigné afin qu'il n'y ait pas ce ressenti du côté du soigné, voire du soignant. Il y a une «perception essentiellement sensorielle» qui rentre en jeu avec les 5 sens mis en exergue. Dans ma situation, j'ai été dans cette distance intime avec les soins de la vie quotidienne que je lui apportais dès le matin.

La distance personnelle, elle, peut se retrouver également dans un contexte de soins. En effet, c'est «la distance minimum acceptable par les individus» (Ibid.). C'est une «bulle» que la personne s'est créée autour d'elle et qu'il ne faut pas franchir pour éviter de tomber dans la distance intime. Selon MARTINEAU-CHEVRIER H. (2008), page 74 «La transgression de la distance personnelle, voire d'intimité n'est en aucun cas de notre fait mais bien imposée par le contexte» En effet, la maladie et la nécessité d'apporter des soins aux patients font que nous devons nous rapprocher d'eux physiquement et donc rentrer dans leur «bulle».

Vient ensuite la distance sociale qui se caractérise par l'absence de contact avec la personne. Aucun détail de la vie privée n'est évoqué. «Le champ de vision s'élargit» T.HALL, E. cité par MICHON F. (2013), page 34. Nous commençons donc à avoir une vue d'ensemble de la personne en face de nous. → plus

La distance la plus éloignée est la distance publique ; elle se trouve à plus de 3m60. Elle est dite «impersonnelle» (Ibid.) car on s'intéresse plus au discours que la personne en elle-même. On la retrouve lors de conférences par exemple. Celle-ci ne devrait pas être présente dans des situations de soins car nous devons considérer le patient comme un individu.

Après avoir étayé les quatre distances physiques, passons à la distance psychique, où je parlerai des deux pôles extrêmes de la distance, c'est-à-dire, l'implication sans distance et la distance sans implication.

Distances psychiques

b. Une distance sans implication

Selon PRAYEZ, P. (2009), page XVII il s'agit d'une distance défensive qui «*aseptise la relation*» et «*interdit la relation authentique*». En effet, cela ne permettrait pas d'entretenir une relation soignant-soigné adéquate et le patient ne se sentirait pas pris en compte dans le soin. Le soignant ne prendrait pas en charge un corps-sujet mais un corps-objet de soins (Ibid.). «*Le soignant se concentre sur l'aspect opératoire du geste technique réparant un corps objet*» (Ibid.). Le soignant resterait donc focalisé sur le soin qu'il a à faire, au détriment de l'aspect relationnel devant être présent tout au long de la technique.

«*Trop de discours de maîtrise et d'injonction défensive vont dans le sens d'une chasse à l'affect en milieu hospitalier, poussant les soignants vers une distance sans implication*» (Ibid.). En effet, lors de mon stage j'ai pu entendre, de la part de professionnels de santé, qu'il ne fallait surtout pas ressentir des émotions de peur d'avoir des conséquences néfastes d'un point de vue psychologique. Ceci pourrait entraîner un épuisement professionnel. Cependant, «*il ne s'agit surtout pas de se blinder ni de se constituer une carapace mais d'être soi*», MICHON, F. (2013), page 33. En effet, il faut accepter que nous puissions être touchés par certaines situations et nous devons avoir une bonne connaissance de soi pour repérer ces situations qui nous perturbent. C'est en reconnaissant ces situations que nous pouvons nous faire aider par l'équipe par exemple.

c. Une implication sans distance

PRAYEZ P. (2009), page 33, explique que trouver la juste distance est nécessaire afin qu'il n'y ait pas de souffrance du soignant du fait d'une forte implication dans la relation. C'est ce qu'il s'est passé dans ma situation, je me suis trop impliquée dans la relation et donc j'ai voulu me protéger en me mettant à distance de Mme M. Dans son témoignage, FACON DUTRUC N. (2009), page 20, explique qu'elle a vécu une situation similaire à la mienne où un patient s'identifiait à elle du fait qu'ils aient des professions et des loisirs communs. Cela l'a amenée à la limitation de ses soins auprès de ce monsieur parce qu'elle se sentait gênée et mal à l'aise.

Selon PRAYEZ, P. (2009), page 135, il s'agit d'un des deux mouvements défensifs possibles, le premier étant l'évitement et le deuxième, la mise en place des stratégies d'adaptation, le coping. (Ibid.)

De plus, *«En cherchant à s'identifier, la personne soignée tente de retrouver ses repères par la ressemblance, par les liens qu'elle pourra identifier afin de calmer ses angoisses et se procurer un confort personnel»* (Ibid.). La personne soignée va donc essayer de s'identifier au soignant, ce qui est aussi valable dans l'autre sens. En effet, *«le risque pour le soignant, c'est de s'identifier : de s'identifier à la souffrance de l'autre»*. FROBERT, A. (2005), page 55. Y a-t-il des attitudes permettant d'améliorer cette distance professionnelle ?

d. Les stratégies d'adaptation

«Certains concepts sont considérés comme prévalant. Le respect, les valeurs, l'empathie, l'authenticité, la congruence [...] constituent la clé de voute de la juste distance dans les soins». MICHON, F. (2013), page 34. En effet, certaines attitudes permettraient à la personne soignée de mieux gérer cette distance professionnelle.

Selon CARILLO, C. (2010), page 27, pour éviter d'être trop dans la souffrance de l'autre, nous nous *«fermons émotionnellement»*. Cette protection empêche la relation *«pleine et vivante avec le patient»*. Il y a une nuance à cela qui est l'empathie. C'est de *«tenter de comprendre ce que ressent, perçoit le patient pour repérer ses besoins, et y répondre au mieux»*. Nous allons donc nous attarder sur le terme *«empathie»*

e. L'empathie

Le terme empathie vient du préfixe *«em»* qui donne le sens de mouvement vers, et de *«pathie»* venant du grec ancien pathos qui signifie attitude, sentiment, souffrance. Nous pouvons traduire cela par *«sentiment envers celui qui souffre»*. PHANEUF, M. (2009), page 209.

Selon le précurseur de l'empathie Carl ROGERS, cité par FORMARIER, M. (2012), page 168, être empathique consiste à *«percevoir le cadre de références interne de l'autre avec précision et avec les composants et significations émotionnels qui s'y rapportent comme si l'on était la personne, mais sans jamais perdre la condition du 'comme si'»*.

Cela signifie qu'il faudrait se mettre à la place de la personne soignée sans pour autant oublier que nous ne vivons pas personnellement sa situation. C'est ce qui m'a manqué dans ma situation, j'ai eu des difficultés pour rester en dehors des émotions de Mme M, je me suis trop mise à sa place.

Selon MORSE et al, cité par FORMARIER, M. (2012), page 170, il s'agit de trouver le bon *«équilibre entre d'une part, l'implication subjective ou affective vis-à-vis des patients et d'autre part, une position plus objective ou professionnelle considérée comme nécessaire pour optimiser la nature thérapeutique de la relation entre l'infirmière et le patient»*. C'est une question de dosage de la distance professionnelle afin de ne pas trop s'impliquer dans la relation ou au contraire, en être trop distant.

2. La relation soignant-soigné

a. La relation

La relation est définie, selon le dictionnaire le petit Larousse édition 2005, de la façon suivante : *«lien existant entre des choses, des personnes»*. La relation fait donc entrer au moins deux personnes qui interagissent entre elles. Dans le cadre de ce travail de recherche, il est question d'un soignant et d'un soigné, le soignant étant l'infirmier et le soigné, une personne âgée dépendante. Attardons-nous dans un premier temps sur les deux protagonistes de la relation.

b. Le soignant

«La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force» PRAYEZ, P. (2009), page 46. Le soignant est donc une personne ayant un but différent du soigné. Le terme «soignant» vient du latin «soniare» qui signifie soigner. C'est donc un professionnel de santé qui dispense des soins et il est aussi là pour écouter la personne soignée sur son ressenti et son histoire. En tant qu'étudiante infirmière, je fais également partie des soignants car je dispense des soins prescrits ou encore du rôle propre comme l'infirmier diplômé. Ce dernier est régi par un décret et des règles professionnelles. *«Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir ou restaurer la santé, ils contribuent [...] à l'accompagnement des personnes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie»*.

De plus, «*La relation de soin s'engage donc à partir d'une demande plutôt explicite soit la réparation somatique ou organique, soit de soulagement d'aide pour ce qui est du psychique*», GERARDIN, P. (2010) page 24. L'infirmier est donc là pour tenter de soigner physiquement et accompagner psychologiquement le patient. Le relationnel est tout aussi important que la technique. Cependant, «*le technique étant plus valorisé que le relationnel sous-entendant également que les soins techniques sont rassurants, alors qu'effectivement, nous risquons de tout perdre voire de nous perdre dans les soins relationnels*» GERARDIN, P. (2010), page 26. Il semblerait que les soins relationnels soient donc plus risqués émotionnellement pour le soignant et moins reconnus. Maintenant que le premier protagoniste de la relation soignant-soigné est défini, attardons-nous sur le soigné.

c. Le soigné

D'après POTIER, M. (2002), page 306, le soigné est «*une personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux institutions ou aux professionnels de santé*». Le soigné, également appelé patient, est donc celui qui reçoit les soins et c'est celui qui est en demande de soins pour améliorer sa santé. Mme M est donc une personne soignée car elle est dans un EHPAD où elle a besoin de soins quotidiens. PRAYEZ, P. (2009), page 46, ajoute que le soigné «*dépend de ces services pour sa vie quotidienne voire sa survie*». C'est un être-humain comme tout le monde qui est dépendant de personnes qualifiées pour lui apporter l'aide dont il a besoin concernant sa santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne une définition de la santé : c'est «*un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ; la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain [...]*». Même s'il est âgé, le soigné a des droits que le soignant doit prendre en compte. En lien avec ma situation, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante stipule que «*Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles*». D'où la nécessité d'une équipe composée de plusieurs professionnels permettant aux soignants, comme lors de ma situation, de laisser la main aux autres professionnels. Les deux protagonistes étant définis, nous allons nous concentrer sur la relation qui existe entre les deux. / 9

PA Japin J.

d. La relation soignant-soigné

Entre ces deux personnes, il y a une hiérarchie et c'est au soignant de faire de ce pouvoir un rapport le plus minime possible pour que le soigné ne se sente pas en infériorité. Il doit se sentir compris et entendu. «*Chacun est en droit d'attendre de l'autre respect et considération*» PRAYEZ, P. (2009), page 46. Certaines valeurs seraient donc nécessaires à la relation soignant-soigné. MANOUKIAN, A. et MASSEBEUF, A. (2008), page 9, définit la relation soignant-soigné comme «*une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires*». Les deux protagonistes étant des personnes singulières, nous pouvons supposer qu'il existe différents types de relation soignant-soigné. Quelles sont-elles ? Quelles sont leurs particularités ?

e. Les différents types de relation

Louis MALABEUF détermine quatre types de relation soignant-soigné.

- La relation de civilité

La relation de civilité, selon MALABEUF, L. (1992) «*ne différencie pas la relation soignant-soigné de la superficialité de bon nombre d'interrelations habituelles. [...] C'est le niveau du propos banal, de la communication informelle où l'on parle surtout de tout, sauf de l'essentiel*». C'est donc la base de la relation, qui intègre politesse, respect et bonnes manières. Elle est extérieure au soin et répond à des obligations sociales pour le soignant, FORMARIER, M. (2007), page 36.

- La relation fonctionnelle

Selon MALABEUF, L. (1992), page 5, la relation fonctionnelle «*a un but avoué et une fonction précise, c'est à dire de permettre une connaissance effective du patient dans un domaine spécifique*». Il s'agit donc pour le soignant de recueillir des informations sur le patient, pour une anamnèse par exemple, qui seront nécessaires à sa bonne prise en soins. Le soignant s'intéressera aux antécédents du patient, à l'histoire de la maladie, aux différentes pathologies ou encore aux signes associés.

- La relation de soutien, de réassurance et de compréhension

Cette relation *«passe généralement par une écoute attentive, par une tentative de dédramatisation des situations, par l'utilisation de la comparaison avec le «commun des mortels», par la propension à donner des conseils»* (Ibid.). Elle permet au patient de repérer ses ressources pour faire face à ses peurs de la maladie et de son devenir.

cf 3 soins

- La relation d'aide thérapeutique

A dev ?

Nous allons nous attarder plus particulièrement sur ce type de relation car il fait partie intégrante de notre référentiel de compétences. En effet, dans l'activité 5 présent dans notre référentiel, il est stipulé *«réalisation de soins à visée thérapeutique : entretien infirmier d'aide thérapeutique»*.

Commençons par définir le terme «aide». Pour ROGERS C. cité par FORMARIER, M. (2009), page 62, *«le besoin d'aide apparaît lorsque la personne, tout en ayant une capacité de réflexion et de communication, éprouve à un degré variable une impuissance à comprendre et à se comprendre, à faire face, à en sortir»*. La personne soignée nécessite donc l'aide d'une tierce personne qui pourra, dans le contexte médicalisé, lui prodiguer des soins.

?

Pour PHANEUF, M. (2011), page 3, *«Toute relation se fonde avant tout sur la communication et c'est la qualité de cet échange avec l'autre qui nous permettra par la suite de créer un lien émotionnellement porteur de sens qui se transformera en relation d'aide»*. Comme expliqué précédemment dans la problématique, la relation soignant-soigné commence tout d'abord par la communication. Ce lien créé entre les deux protagonistes permettra ensuite de mettre en place une relation d'aide. Pour FORMARIER (2007), page 33, *«la relation d'aide [...] est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui»*. En effet cette relation d'aide devient thérapeutique dès lors qu'il y a un besoin en santé.

Contrairement à la relation soignant-soigné qui montrerait une différence entre soignant et soigné, la relation d'aide, elle, place les deux protagonistes sur le même pied d'égalité. Le soignant doit faire preuve d'écoute active pour aider le patient à se livrer et il doit également *«chercher à comprendre le vécu du patient comme s'il pénétrait sa carte du monde»*. PHANEUF, M. (2009), page 194.

exp
+

3. La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné

«Dès le moment où la rencontre existe, la question de distance se pose avec toutes ses nuances» VANOVERBEKE, C. (2005), page 58. En effet, «Là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel !». DESHAYS, C. (2010), page 23, d'où le problème de la distance professionnelle.

En effet, elle explique que le soin accompagné d'écoute, de confidences, d'intimité fait que nous nous rapprochons inéluctablement, ce qui peut entraîner une relation affective, amicale voire amoureuse.

«Les patients très âgés [...] sont des usagers le plus souvent captifs, dérangeants, dont la plainte est difficile à entendre. Les difficultés sont beaucoup plus aiguës car leur grande souffrance requiert des soins corporels et relationnels de qualité». PRAYEZ, P. (2009), page 258. Il y aurait donc plus d'exigences à avoir pour une personne âgée du côté relationnel. «Soigner une personne âgée, c'est aussi prendre le risque d'une relation particulière. C'est être confronté ou submergé par certains affects» GERARDIN, P. (2010), page 26. La conséquence de cela est de ne pas trouver la juste distance professionnelle qui réussirait à nous sortir de cet envahissement des affects et des émotions. C'est ce que j'ai vécu dans ma situation, où j'ai été prise dans cet envahissement de mes affects.

«La recherche de la juste distance passe par l'accueil des réactions, paroles et émotions de la personne pour l'aider à mettre en mots ce qu'elle éprouve». PRAYEZ, P. (2010), page 68. En n'étant pas dépassé par nos propres émotions et affects que peut nous renvoyer le patient, nous serions plus à-même d'établir une relation d'aide. Cette dernière «ne saurait être garante de nos équilibres respectifs sans l'apprentissage de la juste distance entre le soignant et son malade. Ni figée, ni plaquée, cette distance est élastique et c'est en nous interpénétrant de la subjectivité d'autrui que nous nous laisserons conduire souplement par le lien qui se tisse» MAURANGES, A. (2006), page 14

«Pour certains, étant donné son importance, l'empathie est presque synonyme de la relation d'aide elle-même». PHANEUF, M. (2009), page 208. L'empathie serait donc l'élément essentiel de la relation d'aide thérapeutique.

ce
note
sur
soign

IV. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE

La méthode que j'ai utilisée est la méthode clinique, je suis dans une méthode qualitative. La méthode clinique s'intéresse à la clinique du sujet qui n'est pas forcément malade. C'est souvent le cas en EHPAD auprès des personnes âgées. Mon intention de recherche commençait par « comprendre » un phénomène dans un contexte particulier. Ce verbe montre que nous sommes bien dans une méthode clinique. Il ne s'agit donc pas de montrer l'influence entre deux variables mais de viser la recherche de sens. Dans mon travail je cherchais à comprendre la distance professionnelle instaurée dans la relation soignant-soigné entre l'infirmier et la personne âgée dépendante en EHPAD. Tout au long de mon cheminement, je me suis intéressée au vécu des deux protagonistes présents dans ma situation, en tant que personnes singulières, ici Mme M et moi. J'ai donc axé mes recherches sur leur ressenti, leurs émotions présents tout au long de ma situation. J'ai ensuite généralisé mes propos à la personne âgée dépendante et à l'infirmier.

Ma posture en tant que future professionnelle est d'être impliquée dans la recherche, je serai dans la subjectivité. Mon objectif était de travailler ma distance professionnelle pour une relation soignant-soigné de qualité. / ?

L'intérêt de cette méthode est de permettre à l'individu d'être pris en compte dans sa globalité. Les limites de cette méthode sont relatives à la quantité d'informations que l'on peut récolter et cela se confirmera lors de l'élaboration du dispositif de recherche du fait de la multitude d'informations qui pourra être recueillie. Il est donc nécessaire d'envisager toutes les réponses possibles aux questions que je poserai.

a. Question de recherche

Je cherche à développer un questionnaire et non apporter des réponses au terrain. C'est pour cela que je vais formuler une question de recherche. Au fil de mes recherches j'ai pu spécifier mes deux mots-clés de mon intention de recherche qui étaient : distance professionnelle et relation soignant-soigné. La distance professionnelle s'est affinée en empathie et la relation soignant-soigné en relation d'aide thérapeutique. J'ai donc choisi de formuler ma question de recherche de la manière suivante : **Quel sens donner à l'empathie instaurée dans la relation d'aide thérapeutique entre l'infirmier et la personne âgée dépendante en EHPAD ?**

CONCLUSION

A la suite de cette recherche, j'ai pu définir dans la problématique certaines notions afin d'éclaircir mon intention de recherche. Le transfert et le contre-transfert, les émotions et l'affect, m'ont permis de dégager le mot-clé de la distance professionnelle. J'ai pu m'apercevoir de l'ampleur du phénomène. Il est vrai que dans beaucoup de services, cette question sur la distance professionnelle revenait souvent. De plus, la communication m'a amenée à étayer le mot-clé de la relation soignant-soigné. En effet, il n'y a pas de relation sans communication. Dans la deuxième partie, j'ai spécifié la distance professionnelle en empathie et la relation soignant-soigné en relation d'aide. J'ai pu constater que certains auteurs trouvaient des alternatives vers une bonne distance professionnelle. J'ai alors compris que des valeurs professionnelles telles que l'écoute active, l'empathie, devraient donc être mises en place pour prévenir d'une trop forte implication dans la relation avec le patient.

Le but de ce travail était d'améliorer ma pratique professionnelle afin de satisfaire les besoins de la personne soignée. Trouver la distance professionnelle adéquate pour le soignant en faisant preuve d'empathie serait une aide dans l'élaboration d'une relation soignant-soigné, voire une relation d'aide thérapeutique. Ceci est cependant spécifique à chaque soignant et soigné. C'est à chacun de déterminer le niveau d'implication dans la relation afin de ne pas être submergé par ses émotions et ainsi, entraîner des conséquences néfastes pour le soigné.

Cependant, ce travail a ses limites car j'ai dû faire des choix dans les notions que j'allais aborder. Ceci était indispensable pour ne pas dévier sur un autre mémoire. J'aurais pu axer mon travail à domicile car c'est un lieu particulier. En effet, nous pénétrons dans leur lieu de vie et nous pouvons être considérés comme des membres de leur famille. La distance professionnelle est-elle la même en institution ou à domicile ? Est-elle plus difficile à mettre en place qu'en institution ? La relation soignant-soigné devient-elle une relation affective ?

Nous pourrions transférer la distance professionnelle en EHPAD à beaucoup de services. Mon projet professionnel est de travailler en oncologie. Ce service est relativement difficile du fait de la durée d'hospitalisation des patients et des décès fréquents. Il est donc important de trouver la juste distance professionnelle dans ce genre de service afin de ne pas être submergé par ses émotions et de vivre un deuil pour chaque décès. L'empathie serait donc une alternative que j'essaierai de mettre en place en tant que future professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

CARILLO, Claudine. *Etre un soignant heureux : le défi*. 1^{ère} édition. France : Elsevier Masson. 2010. 202 pages.

DESHAYS, Catherine. *Trouver la bonne distance avec l'autre, grâce au curseur relationnel*. 1^{ère} édition. France : InterEditions. 2010. 204 pages.

FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition. France : Mallet Conseil. 2009. 290 pages. (ARSI)

LAPLANCHE, Jean, PONTALIS, Jean-Bernard. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 5^{ème} édition. France : Presses Universitaires de France. 2007. 523 pages (Collection Quadrige Dicos Poche)

MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^{ème} édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages. (Collection soigner et accompagner).

MAURANGES, Aline. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. 3^{ème} édition. France : MNH éditions, 2006. 163 pages.

PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné, rencontre et accompagnement*. 1^{ère} édition. Canada : Chenelière Education. 2011. 306 pages.

POITIER, Marguerite. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. 1^{ère} édition. France : Lamarre. 2002. 363 pages. (Collection Les Fondamentaux).

PRAYEZ, Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2^{ème} édition. France : Lamarre. 2009. 287 pages. (Fonction Cadre de santé).

Revue et articles

FACON DUTRUC, Nathalie. *Identification et distance professionnelle*. Soins Aides-soignantes, numéro 30, Octobre 2009, pages 20 et 21.

FROBERT, Alain. *Enseigner la bonne distance*. Santé mentale, numéro 100, Septembre 2005, pages 50 à 57.

GERARDIN, Pascale. *Le soin relationnel en gériatrie*. Soins Gériatrie, numéro 86, Novembre/Décembre 2010, pages 24 à 26.

MALABEUF, Louis. *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins Formation Pédagogie, numéro 4, 1992, pages. 4 à 7.

MICHON, Florence. *Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance*. Soins, numéro 773, Mars 2013, pages 32 à 34.

VANOVERBEKE, Christine. *Accompagner sans se perdre*. Santé mentale, numéro 100, Septembre 2005, pages 58 à 62.

Internet

Centre National de la Recherche Scientifique, CNRS ; *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales*. [Consulté en Novembre 2013]. Disponible sur : www.cnrtl.fr.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ; *Dépendance des personnes âgées : état des lieux et perspectives dans le Pas-de-Calais*. [Consulté le 25 Mars 2014]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/default.asp>

GINESTE, Yves, MARESCOTTI Rosette. *Philosophie de soin de l'humanité*. [Consulté en Mai 2014]. Disponible sur : <http://www.igm-formation.net/index.php>

MARTIN, Mike. *La distance professionnelle*. 1997[consulté en Janvier 2014]. Disponible sur : <http://cat.inist.fr>

Ministère des affaires sociales et de la santé. *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. [Consulté en Avril 2014] Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *La santé mentale: renforcer notre action*. [Consulté en Avril 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>

PHANEUF, Margot. *La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi* [Format PDF]. 97 pages. Disponible sur : <http://www.infiressources.ca>

PHANEUF, Margot. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants. [Format PDF]. 17 pages. Disponible sur : <http://www.infiressources.ca>

ROGERS, Carl. *L'Approche Centrée sur la Personne (ACP)*. 1962 [consulté en Mai 2014]. Disponible sur : <http://www.acp-pr.org/index.html>

ROGERS, Carl. *Leçons de vie de Carl Rogers*. Extrait de : le développement de la personne. 1968 [consulté en Février 2014]. Disponible sur : <http://vivrelibre.free.fr/divers/CarlRogers.html>

Textes législatifs et réglementaires

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 code de la santé publique. Exercice de la profession - Actes professionnels. Articles R. 4311-1 à R. 4311-15. N° 183 du Journal Officiel, 8 août 2004. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 code de la santé publique. Règles professionnelles - Dispositions communes à tous les modes d'exercice. Articles R. 4312-1 à R. 4312-32. N° 183 du Journal Officiel, 8 août 2004. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Référentiel d'activités. Annexe I de l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. N°0181 du Journal Officiel, 7 Août 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Référentiel de compétences. Annexe II de l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. N°0181 du Journal Officiel, 7 Août 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Arrêté du 28 septembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant. N°248 du Journal Officiel, 25 octobre 2011. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

GIRAUDO CAMILLE

Dispositif de recherche

Soutenance du 13 Juin 2014

IFPVPS La GARDE
Session 1

Promotion 2011-2014

ERRATA

Page 1, Introduction,

- Lire : j'étais plus axée [...].
- Lire : Dès lors que nous effectuons un soin (qu'il soit ou non technique) auprès d'un patient, nous sommes amenés à entrer en relation avec celui-ci.

Page 2, paragraphe I.1.,

- Lire : j'ai été confrontée
- Lire : je risquais

Page 5, paragraphe I.3., lire : il arrive qu'avec certains résidents nous fassions un transfert

Page 6, paragraphe I.3.a., lire : *«elle me prenait la main et embrassait ma main»*, ou encore, *«elle appréciait quand j'étais avec elle »*

Page 7, paragraphe I.3.c., lire : nos émotions sont présentes

Page 12, paragraphe I.3.g., lire : la compétence 6, *«communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins»*.

Page 12, paragraphe II., lire : [...] et sera approfondie dans le deuxième mot-clé.

Page 13, paragraphe III.1.a.,

- Lire : on s'intéresse plus au discours qu'à la personne elle-même.

Page 14, paragraphe III.1.a., lire : *«l'implication sans distance»* et *«la distance sans implication»*. PRAYEZ, P. (2009), page 32.

Page 16, paragraphe Ceci serait une des attitudes qui m'aurait manquée dans ma situation,

Page 20, paragraphe III.3.,

- lire : d'où le problème de distance professionnelle. En effet, elle explique que ...
- lire : MAURANGES, A. (2006), page 14.

Plan Soutenance du 13 Juin 2014ThèmeSituation interpellante

Relation particulière,
Organisation autour de Mme M

Q1 : Pourquoi ai-je accordé plus d'attention ... ?

Transfert ; Contre-transfert

Q2 : Comment remettre une distance ... ?

Manque de professionnalisme
Evitement et mécanisme de défense
Mise à distance physique
Distance professionnelle

Q3 : La relation particulière lui posait-elle vraiment problème ?Q4 : Etait-ce seulement pour me protéger moi ... ?

Emotions différentes et trop présentes
Sentiment d'affection

Q5 : Comment avais-je établi cette relation avec elle ?

Communication - Echange avec authenticité
Communication verbale et écoute
Communication non verbale
Relation - textes législatifs

Intention de rechercheDistance professionnelle

Distance physique : publique, sociale, personnelle, intime → soin

Distance psychique :

- Distance sans implication : aseptise la relation - interdit relation authentique

- Implication sans distance : Souffrance du soignant - émotions présentes - conséquences

Stratégies d'adaptation : Empathie → se mettre à la place de l'autre ...

Relation soignant-soignéDéfinition de chaque termeTypes de relation :

- Civilité : politesse
- Fonctionnelle : but précis
- De soutien, réassurance : écoute attentive
- Aide thérapeutique : difficulté patient

Méthode de recherche :

Vécu du patient, prise en compte du patient dans sa globalité, pas de causalité

Question de recherche : Quel sens donner à l'empathie ...DISPOSITIF DE RECHERCHE

- Lieu de l'enquête : EHPAD, Var
- Population : 4 IDE, 2 < 3 ans, 2 > 10 ans, 5/6 entretiens si désistement
- Entretien semi-directif : maximum d'informations, richesse propos, question inaugurale et de relance - dictaphone
- Négociations : Directeur, cadre de l'EHPAD, infirmières intéressées
- Lieu calme → prévenir personnel
- Temporalité
- Intérêts (informations +++) et limites (peur du jugement)
- Guide d'entretien : questions + objectifs
- Grille d'analyse : tableau + case autre (inattendu, nouveaux éléments)
- Points forts points faibles
- Transférabilité

SOMMAIRE	Pages
I. <u>Modalités du recueil de données</u>	1
a. <u>Description du terrain d'enquête</u>	1
b. <u>Choix de la population enquêtée</u>	1
c. <u>Choix de l'outil de recherche</u>	2
d. <u>Négociations d'accès à la population</u>	2
e. <u>Temporalité de l'enquête</u>	3
f. <u>Intérêt et limites de l'outil de recueil de données</u>	3
II. <u>Outils d'investigation du recueil de données</u>	4
III. <u>Outil d'investigation d'analyse</u>	4
<u>Conclusion</u>	4
<u>AUTO-EVALUATION</u>	5
<u>GUIDE D'ENTRETIEN</u>	6
• <u>Question inaugurale</u>	6
• <u>Question de relance 1</u>	6
• <u>Question de relance 2</u>	6
• <u>Question de relance 3</u>	7
• <u>Question de relance 4</u>	7
<u>GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU</u>	8
• Thème 1 : Les différents types de relations en EHPAD	8
• Thème 2 : La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné	8
• Thème 3 : Les stratégies d'adaptation	9
• Thème 4 : l'intérêt de l'empathie dans la relation d'aide	9
• Thème 5 : Eléments nouveaux	9

DISPOSITIF DE RECHERCHE

Ma question de recherche est la suivante : Quel sens donner à l'empathie dans la relation d'aide thérapeutique entre l'infirmier et la personne âgée dépendante en EHPAD ?

I. Modalités du recueil de données

a. Description du terrain d'enquête

Pour mettre en œuvre mon dispositif de recherche, j'aurai choisi d'enquêter au sein d'EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante) car c'est le lieu de ma situation d'appel de mon Travail de Fin d'Etudes. Ces établissements accueillent un grand nombre de personnes âgées dépendantes.

L'EHPAD est une maison de retraite médicalisée ayant signé la «convention tripartite» avec le conseil général du département dans lequel elles sont implantées et avec l'ARS. L'EHPAD bénéficie d'une équipe soignante afin d'apporter les soins nécessaires à chaque personne. J'aurai choisi d'enquêter dans les EHPAD publics car ils représentent les deux tiers l'offre d'hébergement. J'interrogerai les infirmiers travaillant au sein de ces établissements. De plus, je choisirai des EHPAD aux alentours afin d'éviter de faire de longs déplacements.

b. Choix de la population enquêtée

Puis, j'aurai choisi d'interviewer des infirmières et je vais les questionner sur les soins relationnels qui émanent de leur pratique professionnelle. J'aurai choisi des femmes car selon une étude, dans les établissements pour personnes âgées, 92 % des infirmiers sont des femmes. Il sera donc plus facile pour moi d'obtenir des entretiens avec ces dernières.

J'aurai choisi de mener quatre entretiens individuels avec quatre infirmières, dont deux ayant une expérience inférieure à trois ans et deux autres avec une expérience de plus de dix ans dans le domaine. Cela me permettra de voir si l'expérience a une influence sur la distance professionnelle. Cependant, je n'ai pas de critères d'exclusion concernant l'âge de l'infirmière.

J'essaierai d'avoir l'autorisation pour cinq ou six entretiens afin de prévoir un éventuel désistement et garder le nombre d'entretiens que j'avais prévu au départ.

c. Choix de l'outil de recherche

Ma méthode de recherche étant clinique, différents outils d'investigation sont possibles. J'aurai choisi de procéder à des entretiens individuels semi-directifs. Il s'agit d'une technique qualitative permettant de recueillir des informations précises et spontanées sur les valeurs, les comportements ou encore l'opinion que l'interlocuteur porte sur le sujet abordé. A la différence de l'entretien directif, les questions de l'entretien semi-directif ne sont pas prédéfinies ou réalisées dans un cadre fermé, mais sont plutôt une aide pour les accompagner dans leur cheminement et leur réflexion, sans s'éparpiller.

Les entretiens se dérouleront selon un même modèle. Je commencerai par me présenter, expliquer l'intérêt de cette démarche et aborder l'infirmière par une première question inaugurale, large, afin de la laisser s'exprimer librement et sur tout ce que le sujet peut lui évoquer. Ensuite, je continuerai par des questions de relance afin de l'aiguiller dans sa réflexion et de recentrer ses propos si jamais elles s'éloignent du sujet de départ.

Mon but pour ces entretiens est de rendre l'entretien vivant, basé sur un échange, où l'infirmière n'aura pas d'appréhension sur ce qu'elle va dire, ni peur du jugement.

Les entretiens nécessitent peu de matériels. Je voulais faire au départ des entretiens filmés afin de montrer la congruence entre le verbal et le non-verbal. La limite de cet outil est le refus des interviewés d'être filmés. De plus, afin de respecter leur anonymat, il serait préférable de faire seulement un enregistrement vocal avec un dictaphone, ce qui m'aidera tout de même dans l'analyse de ces entretiens. Cela ne m'empêchera pas de noter leurs attitudes et comportements. Je m'appuierai de mon guide d'analyse des entretiens, et serai munie d'un stylo.

d. Négociations d'accès à la population

Afin de mener à bien mon enquête, j'aurai besoin de faire des demandes auprès de la direction. J'enverrai tout d'abord un courrier au directeur des établissements du Var pour leur présenter l'objet de ma recherche, la méthode du recueil de données et l'objectif de cette démarche. Si je n'ai pas de nouvelles, je les contacterai par téléphone.

Ensuite, je téléphonerai à la cadre de l'unité pour lui expliquer la raison de ma venue dans son établissement. Un rendez-vous serait donc convenu, puis je me rendrai dans l'EHPAD afin de

rencontrer les infirmières de l'unité. Je prendrai ensuite les coordonnées des infirmières qui seraient intéressées pour m'accorder un peu de leur temps personnel afin de ne pas les déranger pendant leur activité professionnelle. Elles seront ainsi moins perturbées et déconcentrées par leurs obligations professionnelles.

Concernant le lieu de l'entretien, je demanderai à la cadre de santé si je peux emprunter une salle de réunion afin de ne pas être dérangés par du bruit ou des visites, ce qui pourrait déconcentrer les infirmières. Je préviendrai également l'équipe de ma présence pour éviter ce genre de désagrément.

e. Temporalité de l'enquête

L'enquête auprès des infirmiers durera une demi-heure environ. Je ne voudrais pas que cela dure plus longtemps car il risque d'y avoir une diminution de la concentration du côté de l'infirmière, comme du mien. De plus l'analyse sera encore plus compliquée. Je souhaiterais que les entretiens durent à peu près le même temps pour qu'il y ait une équité dans la prise de parole. Cependant, je m'adapterai à chaque infirmière en fonction de la richesse de leurs propos.

f. Intérêt et limites de l'outil de recueil de données

L'intérêt de cette méthode est le recueil d'un maximum d'informations, ce que nous ne pouvons faire dans un questionnaire par exemple, car il y a peu d'ouverture et de réponses libres. Les réponses de l'interviewé peuvent être plus ou moins riches, ce qui peut être une richesse et une limite.

De plus, l'analyse des données prendra plus de temps que l'analyse d'un questionnaire et il peut y avoir beaucoup de réponses que je n'avais pas prévu. De plus, l'infirmière, par peur du jugement, peut ne pas se livrer complètement sur son ressenti et son opinion. Enfin, l'enregistrement peut freiner la spontanéité de l'infirmière. L'analyse de leurs propos peut être subjective car ils peuvent être interprétés différemment en fonction de la personne qui mène l'entretien.

II. Outils d'investigation du recueil de données

Lors des entretiens, je me servirai d'un guide d'entretien qui me servira de support pour le bon déroulement de ces derniers. Pour respecter leur anonymat, j'attribuerai à chaque infirmière un numéro.

La question inaugurale me permettra de démarrer le dialogue tout en exposant le thème de ma recherche. Les infirmières pourront parler de tous les sous-thèmes qui leur semblent en lien avec cette question. De plus, les questions de relance me seront une aide pour cibler les réponses que j'attends au niveau des sous-thèmes de mon travail de recherche. Pour chaque question, inaugurale et de relance, je mettrai les objectifs en lien. Ces derniers m'aideront à rester centrée sur l'objet de ma recherche. Ils me permettront de mettre mes questions en lien avec mon travail de fin d'études.

III. Outil d'investigation d'analyse

Avant de faire mes entretiens et pour en faire l'analyse, j'ai mis en place une grille d'analyse de contenu. Ma grille d'analyse sera faite en amont afin de comparer mes réponses et celles des infirmières. Cela me montrera si je ne suis pas passée à côté de certains éléments et mots-clés. De plus, je retranscrirai mot à mot les entretiens afin de ne rien oublier et d'en garder une trace écrite pour les mettre en annexe de mon travail.

J'ai fait cette grille sous forme de tableaux. J'ai un tableau pour chaque question. J'y ai mis les réponses attendues et je cocherai dès que l'infirmière soumet une idée du tableau. Une ligne sera pour les réponses que je n'aurais pas envisagées. Dans la méthode clinique, on se préoccupe de l'inattendu, des éléments nouveaux qui vont ressortir des entretiens. C'est ce qui fait la singularité et la richesse du travail. Le tableau me permettra de mettre en évidence facilement les idées ressorties des entretiens et ainsi les comparer entre elles.

Conclusion

En conclusion, à l'aide de mon dispositif de recherche et des infirmières ayant participé à l'étude, je vais pouvoir apporter des éléments de réponse pour ma question de recherche. De plus, les réponses que je n'avais pas envisagées peuvent devenir des pistes de réflexion pour approfondir mon travail et faire une ouverture sur le sujet.

AUTO-EVALUATION

Points forts

Sur la forme

- présentation aérée
- respect de la méthodologie (les étapes, les marges, police ...)
- peu de fautes d'orthographe

Sur le fond

- différents supports de recherche
- les liens entre les différentes étapes

Points faibles

Sur la forme

- phrases longues
- pas d'annexes

Sur le fond

- manque d'analyse par manque de place
- difficultés pour la conclusion
- difficultés dans l'argumentation des citations

GUIDE D'ENTRETIEN

Pour chaque entretien, j'indiquerai :

- Le numéro de l'infirmière : IDE 1, IDE 2 ...
- Le nombre d'années d'exercice
- Travaille en EHPAD

Question inaugurale :

«Quelle relation entretenez-vous avec la personne âgée dépendante ?»

Objectifs :

- Débuter la discussion avec une question simple et large pour un choix de réponses variées.
- Définir la particularité de la relation en EHPAD
- Connaître le type de relation qu'elle met en place, ce qu'elle en sait, ce qu'elle utilise pour y parvenir.
- l'amener à parler de la relation d'aide,

Question de relance 1 :

«Quelle sont pour vous les difficultés dans la relation avec les patients en EHPAD ?»

Objectifs :

- la faire réfléchir sur le thème de la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné
- la faire réfléchir sur les problèmes rencontrés en EHPAD d'un point de vue relationnel et émotionnel

Question de relance 2 :

«Vous parliez de distance professionnelle/gestion des émotions/affect, quelles attitudes mettez-vous en place pour une distance professionnelle adéquate pour vous ?»

Objectifs :

- Connaître les stratégies d'adaptation de l'infirmière pour la gestion de ses émotions.
- Connaître les valeurs du soignant
- L'amener sur le terme de l'empathie.
- Voir si l'empathie est un élément important pour faire face à la difficulté de la distance professionnelle

Question de relance 3 :

«Quels peuvent être les bénéfices de l'empathie dans la relation d'aide ?»

Objectifs :

- Mettre en lien les deux réponses exprimées en amont
- L'amener à ma question de recherche
- Que l'infirmière sache définir l'empathie
- Comprendre l'intérêt de l'empathie dans la relation d'aide pour l'infirmière

Question de relance 4 :

«Avez-vous d'autres éléments à rajouter ?»

Objectif :

- Permettre à l'infirmière de s'exprimer sur un sujet qui n'a pas été abordé
- lui permettre d'évoquer d'autres pistes de réflexion pour étayer mon travail de recherche.

GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU

Thème 1 : Les différents types de relations en EHPAD

Infirmières	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Réponses attendues				
Une relation d'aide				
Une relation authentique				
Une écoute active, une personne sur qui compter				
Une relation amicale, familiale				
Une relation de soutien				
Aider la personne à trouver ses ressources				
Une relation professionnelle				
Une relation basée sur l'humanité				
Autre				

Thème 2 : La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné

Infirmières	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Réponses attendues				
Réussir à gérer ses émotions				
Réussir à gérer ses affects				
Savoir communiquer avec la personne âgée dépendante				
Se protéger, se blinder émotionnellement				
Distance physique, mécanisme de défense, évitement				
Difficulté pour trouver des attitudes en lien avec la distance professionnelle				
Autre				

Thème 3 : Les stratégies d'adaptation

Infirmières	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Réponses attendues				
Faire preuve d'authenticité, être soi				
Etre à l'écoute de la personne				
Faire preuve d'humanité				
Faire preuve d'empathie				
Rester professionnelle, ne pas trop s'impliquer dans la relation				
S'impliquer dans la relation				
Autre				

Thème 4 : l'intérêt de l'empathie dans la relation d'aide

Infirmières	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Réponses attendues				
L'empathie est indispensable à la relation d'aide				
Eviter l'épuisement professionnel.				
Mettre à distance ses émotions et affects.				
Aider la personne dans les difficultés qu'elle rencontre				
Trouver le bon équilibre dans la distance professionnelle				
Etre un soutien moral				
Prodiguer des soins de qualité				
Se mettre à la place de l'autre				
Je ne trouve pas d'intérêt				
Autre				

Thème 5 : Eléments nouveaux

Infirmières	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Réponses attendues				
Oui				

RESUME

La distance professionnelle est un élément primordial à prendre en compte dans la relation soignant-soigné. Le vécu personnel du soignant et ce que le patient transfère sur lui peuvent devenir problématiques. Il faut essayer de mettre à distance ses émotions et affects afin de ne pas être submergé et éviter qu'il y ait des conséquences sur la relation. Il s'agit donc de comprendre la distance professionnelle instaurée dans la relation soignant-soigné entre l'infirmier et la personne âgée dépendante en EHPAD. Mettre en place des stratégies d'adaptation est nécessaire pour éviter d'être envahi émotionnellement et rester professionnel. La méthode de recherche utilisée dans ce travail de fin d'études est la méthode clinique qualitative permettant de m'intéresser au vécu de l'infirmier et de la personne âgée dépendante.

Mots-clés : Distance professionnelle, émotion, affect, relation soignant-soigné, communication.