



A la recherche de la juste distance



U.E 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche
U.E 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles
U.E 6.2 S6 : Anglais

REMERCIEMENTS

Avant de commencer ce travail de fin d'études, je souhaiterais remercier toutes les personnes qui ont été présentes durant mes 3 ans de formation :

Mme Lainé Anne, ma cadre de suivi pédagogique, qui m'a suivi pendant ces trois ans, m'a vu évoluer et m'a guidé tout au long de ce travail et de ma formation.

Mes parents, ma sœur et Marin qui m'ont supporté et soutenu durant ces trois années riche en émotions.

Aux incroyables rencontres que j'ai faites pendant ma formation : Chloé, Christelle, Laura, Caroline qui m'ont soutenu, conseillé, aidé et encouragé.

Aux quatre infirmières qui ont répondu à mes entretiens, qui m'ont accordé leur temps et leur expérience pour m'aider à avancer dans ma recherche.

Et à tous les patients et professionnels de santé qui ont croisé ma route et permis d'avancer et de me construire en tant que future professionnelle de santé.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION PROFANE.....	2
1. Description de la situation d'appel.....	2
2. Questionnement.....	3
3. Concepts et domaines abordés.....	4
4. Question profane.....	5
CADRE CONCEPTUEL.....	6
1. La relation soignant-soigné.....	6
1.1 Dans le domaine du soin.....	7
1.2 Le soignant : à l'origine	9
1.3 Le soigné : la personne prise en soins.....	10
1.4 Les soins infirmiers à travers la relation.....	13
2. La distance.....	15
2.1 La juste distance et la distance injuste.....	15
2.2 La proxémie.....	17
3. Le lieu de vie.....	21
3.1 Les différents lieux de vie.....	21
3.2 L'intimité et la pudeur.....	22
ÉTUDE EMPIRIQUE.....	25
1. Méthodologie.....	25
1.1 Choix de la population interrogée et lieux d'entretien.....	25
1.2 Choix de l'outil de travail et critique.....	25
1.3 Conditions de déroulement des entretiens.....	25

2. Analyse des données.....	26
2.1 Présentation des professionnels interrogés.....	26
2.2 Analyse par thèmes.....	27
3. Émergence de la question de recherche.....	32
3.1 Confrontation avec le cadre théorique.....	33
3.2 Question de recherche.....	35
3.3 Ouverture.....	36
CONCLUSION.....	37

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Mes trois années d'étude en soins infirmiers touchant à leur fin, il m'a tenu à cœur de choisir pour ce travail de fin d'étude un sujet qui me questionne depuis le début de ma formation. J'ai remarqué au cours de mes stages que l'infirmier occupait une place importante dans la prise en charge du patient, tant au niveau technique que relationnel. Le métier d'infirmier peut être riche en émotions et l'affect peut parfois perturber la prise en soin. J'ai donc choisi comme thème la juste distance dans la relation soignant-soigné. En effet, la recherche de cette juste distance m'a posé différents problèmes durant mes stages. Plusieurs situations m'ont interpellé et questionné durant ces trois ans. J'ai décidé dans ce travail de recherche d'en développer une.

Mon travail est composé de trois parties. Tout d'abord, j'exposerais ma situation d'appel ainsi que mon questionnement et mon cheminement jusqu'à ma question profane. Je développerais ensuite mon cadre conceptuel constitué de trois concepts : la relation soignant-soigné, la distance et le lieu de vie. Je finirais avec mon étude empirique comprenant l'analyse des entretiens que j'ai mené auprès de 4 Infirmières Diplômées d'État, suivi de l'émergence de ma question de recherche.

DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION PROFANE

1.1 Description de la situation d'appel

J'ai effectué un stage lors de ma deuxième année de formation en soins infirmiers dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). C'est une structure d'hébergement qui accueille des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical régulier. Ce foyer accueille des personnes cérébro-lésées ayant subi des traumatismes crâniens ou des AVC (Accident Vasculaire Cérébral) principalement. La population est constituée d'hommes et de femmes de 20 à 60 ans. 38 personnes résident dans le foyer et sont réparties selon 4 pavillons. Mon stage a duré 5 semaines et s'est déroulé de la façon suivante : alternance entre une semaine sur un pavillon avec les éducateurs spécialisés, les AMP (Aide Médicaux Psychologiques) et les Aides Soignants et une semaine à l'infirmerie à accompagner l'infirmière lors de divers rendez-vous médicaux ou pour la préparation des traitements des résidents. Les résidents étaient relativement autonomes. Durant la journée ils avaient un emploi du temps qui leur indiquait les activités auxquelles ils participaient (ces activités étaient basées sur leur projet de vie). Le rôle des éducateurs étaient donc d'aider les résidents dans les gestes de la vie quotidienne (faire à manger, mettre la table, faire la toilette, le ménage...) et veiller à ce qu'ils participent aux activités prévues (certains résidents avaient des troubles mnésiques, malgré les moyens mis en place, ils oubliaient rapidement leur emploi du temps). Lors de mes semaines avec les éducateurs, j'étais toujours sur le même pavillon tandis que lorsque j'étais à l'infirmerie, j'étais sur les quatre pavillons à la fois.

Lors de mon premier jour à l'infirmerie, après avoir passé une semaine sur le pavillon des Oliviers, je rencontre un résident du pavillon voisin. C'est un jeune homme de 23 ans, il s'appelle Mr H et vit dans le foyer depuis moins d'un an. Il a subi plusieurs AVC à l'âge de 10 ans et présente des troubles mnésiques accompagnés d'une aphasie et des troubles de la marche. Je me présente à lui en tant qu'étudiante infirmière et engage la conversation avec lui. Je lui demande

comment son emploi du temps est organisé ce jour là. Il me répond timidement puis retourne sur son pavillon. Plus tard dans la journée, je me rend sur son pavillon pour approvisionner les piluliers distribués par les éducateurs lors des repas. Je suis en train de ranger les piluliers lorsqu'il entre dans la pièce, s'assoit sans rien me dire. Il rompt le silence quelques instant plus tard pour me dire : « t'es trop belle ». Surprise je le remercie mais lui dit que même si j'ai presque le même âge que lui je suis ici en tant que professionnel de santé. Les jours suivants, il a continué à me faire des compliments sur mon physique puis m'a répété plusieurs fois qu'il était amoureux de moi. Je l'ai donc plusieurs fois recadré en lui réexpliquant mon rôle dans le foyer. Déstabilisée par la situation, j'en ai parlé à l'équipe soignante qui m'a dit qu'il agissait de cette manière avec toutes les nouvelles arrivantes et que ça lui passerait. J'ai donc fini par banaliser son comportement et je l'ai laissé dire. Mon stage touchant à sa fin, le résident avait toujours le même comportement avec moi. J'essayais de maintenir une distance professionnelle avec lui en employant le vouvoiement pour qu'il ne s'imagine pas des choses qui ne se produiraient pas mais il restait le même.

Mon dernier jour arriva, avant de quitter le lieu, je fis le tour du foyer pour dire au revoir à l'équipe et aux résidents. Mr H a passé toute la journée à me suivre car il savait que c'était mon dernier jour. Est alors venu le moment où je devais partir, je lui dis donc que je m'en vais et que j'ai été contente de le connaître, je lui tends la main comme je l'ai fait avec les autres résidents. Il me serre la main réticent puis se met à pleurer en me disant qu'il est très triste que je parte. Il me demande si je reviendrai le voir.

Cette situation m'a particulièrement affectée car j'ai été très touchée que Mr H soit autant impliqué dans la relation et qu'il soit par la suite déçu et ressente mon départ comme un abandon.

1.2 Questionnement

De mon point de vue, cette situation a suscité plusieurs question :

Pouvons-nous garder une distance professionnelle avec le patient sans briser l'alliance thérapeutique ?

L'étudiant créé-t-il la même relation avec le patient que l'IDE¹ ?

1 Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

L'âge du patient peut-il être un facteur favorisant ou au contraire une difficulté pour la relation que va entretenir l'étudiante avec lui ?

Notre âge influe-t-il sur notre relation avec les patients ?

Entretenons-nous la même relation avec les patients sur un lieu de vie que dans un service de court séjour ?

Comment réagir face à un patient trop impliqué dans la relation ?

Comment agir pour qu'un patient ne se sente pas abandonné lors du départ du soignant ?

Pouvons-nous ne pas « trop » s'attacher aux patients lors qu'on les côtoie tous les jours sur une longue période ?

Sommes-nous moins crédible en tant qu'étudiant qu'un professionnel de santé diplômé ?

Le port de la tenue peut-il influé sur notre relation avec les patients ?

L'utilisation du vouvoiement permet-t-elle de maintenir une distance professionnelle avec le patient ? Si nous utilisons le tutoiement, la distance reste-t-elle toujours une distance professionnelle ?

Qu'elle distance faut-il utiliser lorsque nous sommes face à des patients adhésifs ?

Ai-je réussi à maintenir une distance professionnelle avec ce résident ?

Ensuite, du point de vue du résident, nous pouvons nous demander si les troubles qu'il présentait peuvent-être un facteur expliquant son agissement avec l'étudiante ?

Aurait-il eu la même relation avec une étudiante plus âgée que lui ?

1.3 Concepts et domaines abordés

Comme exprimé précédemment, je me suis posée plusieurs questions suite à cette situation. De ces questions j'ai pu identifier différents concepts dont j'aimerais traiter tout au long de mon travail de fin d'étude. Le premier concept que je souhaite aborder est le concept de relation soignant-soigné qui pour moi est un concept majeur car dès que nous entretenons une relation avec un patient ou un résident on parle de relation soignant-soigné.

Le deuxième concept dont j'aimerais traiter est le concept de distance. Qu'elles sont les différentes distances dont nous disposons lorsque nous sommes en relation avec une personne, comment adapter la distance dans la relation soignant-soigné ?

Pour finir j'aimerais parler de la typologie du service : le lieu de vie. Je me questionne sur ce lieu car d'après l'expérience que m'ont apporté les stages de ma formation, la relation avec le patient n'est pas la même selon les typologies de stage ; nous n'entretenons pas la même relation avec un patient que nous voyons quelques jours qu'avec un patient que nous côtoyons tous les jours pendant plusieurs mois ou plusieurs années.

1.4 Question profane

Mon questionnement ainsi que les concepts dont je voulais traiter m'ont permis de cibler ma question profane sur le travail de recherche que je souhaitais effectuer :

En quoi la mise en place de la distance professionnelle influence-t-elle la relation soignant-soigné sur un lieu de vie ?

CADRE CONCEPTUEL

Au regard de ma situation d'appel et de ma question profane, j'ai souhaité aborder trois concepts qui sont la relation soignant-soigné, la distance et la typologie du service qui est le lieu de vie. A travers ces trois grands domaines, je parlerais de différents concepts qui les constituent.

1. La relation soignant-soigné

Pour développer ce premier concept, nous partirons de quelques définitions.

Le mot relation vient du latin *relation*² qui signifie récit, narration. C'est « *un rapport ou une liaison qui existe ou conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs ou deux phénomènes* »³. Lorsque deux personnes interagissent ensemble, elles sont alors en relation l'une avec l'autre, « *elles définissent, pendant ce temps d'échanges, bien plus que le commerce pour lequel elles se sont engagées à première vue.* »⁴

Dans un article de la revue Recherche en Soins Infirmiers, Gustave-Nicolas Fischer, un professeur de psychologie sociale a défini une relation comme étant : « *un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'exprime* »⁵

Spécificités de la relation : types et dimensions.

Le psychologie sociale, domaine des sciences humaines et sociales qui cherche à comprendre les comportements individuels et collectifs, a pu démontrer qu'il existait différentes types de relations : les relations interpersonnelles, les relations institutionnelles et les relations sociales.

2 LEXILOGOS. *Dictionnaire Latin Gaffiot*. Disponible sur :

<https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=relation> (Consulté le 11 Février 2019).

3 CNRTL. *Définition de relation*. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/RELATION> (Consulté le 11 Février 2019).

4 DESHAYS C. (2013), *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*, Paris : InterEditions, p. 9.

5 FISCHER G. N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherche en soins infirmiers n°56*. p. 4.

Edmond Marc et Dominique Picard ont publié un livre appelé « *Relations et communication interpersonnelles* » (2008) dans lequel ils ont identifié plusieurs dimensions qui constituent le contexte de la relation :

- le cadre qui comprend les éléments physiques et temporels
- la situation qui définit les enjeux de la rencontre ainsi que les rôles tenus par chacun
- l'institution comme par exemple l'institution scolaire, la famille, l'entreprise, l'hôpital...⁶

Il existe plusieurs types de relations interpersonnelles :

- les relations parent/enfant
- les relations avec la fratrie
- les relations avec la famille élargie (grands-parents, tantes, oncles, cousins, cousines)
- les relations amoureuses
- les relations d'amitiés
- les relations avec des personnes significatives non apparentées (voisin, connaissance, professeur, collègues de travail...) ⁷

Chaque relation est caractérisée par trois propriétés de base : elles peuvent être permanentes ou variables, imposées ou volontaires et symétriques ou asymétriques. Cela peut donc signifier que la relation repose sur la temporalité, le désir et la position.

1.1 Dans le domaine du soin.

La relation de soin est unique et singulière. Cependant, Monique Formarier dans un article sur la relation de soin dans la revue *Recherche en Soins Infirmiers en a* identifié sept principales :

6 MARC E., PICARD D. (2008), *Relations et communications interpersonnelles*, Paris : Dunod, p. 12-14.

7 UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Cours sur les relations interpersonnelles: définitions, caractéristiques et significations*. Disponible sur: <http://mapageweb.umontreal.ca/claes/psy3071/expose1.pdf> (Consulté le 26 Février 2019).

- La relation de civilité : elle comprend des obligations sociales pour le soignant telles que la gentillesse, la courtoisie, la politesse, la netteté...
- La relation de soins : relation la plus fréquente en milieu hospitalier, elle requiert des échanges avec le patient et la famille principalement durant les soins techniques ou de confort. C'est une relation de type informatif.
- La relation d'empathie : utilisation d'une empathie cognitive et non affective dans la relation.
- La relation d'aide psychologique : relation qui s'appuie sur la confiance et l'empathie. Relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider le patient, ponctuellement ou de manière prolongée.
- La relation thérapeutique : relation utilisée auprès des patients atteints d'une pathologie mentale. C'est une relation qui est employée en psychiatrie par des infirmières formées à la conduite d'entretiens thérapeutiques.
- La relation éducative : relation qui fait intervenir de l'éducation thérapeutique dans le but de changer les habitudes de vie du patient ou lui apprendre à pratiquer un auto-soin (injections, glycémies capillaires, sondages urinaires...).
- La relation de soutien social : relation dans laquelle le soignant apporte un soutien au patient et à son entourage. Il existe 4 types de soutien : émotionnel, d'estime, matériel et financier et informatif.⁸

⁸ FORMARIER Monique. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers n°89*. p. 33 à 42.

1.2 Le soignant : à l'origine

Lorsque j'ai commencé mes recherches sur la relation soignant-soigné, je me suis demandée comment définir ce qu'était un soignant mis à part une personne : « *qui donne des soins à quelqu'un* »⁹. J'ai donc pu m'apercevoir que la définition que je cherchais était complexe puisque qu'aucun auteur n'a réellement défini le terme de soignant.

Étymologiquement, le mot soignant provient du latin « *soniare* »¹⁰ qui signifie « s'occuper de ». D'après le Catalogue des Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF) du CHU de Rouen le soignant est un « *individu délivrant des soins aux personnes qui ont besoin de surveillance ou d'aide du fait d'une maladie ou d'une incapacité* »¹¹. Le terme concerne alors les professionnels de santé en général (médecins, infirmiers, aide-soignants, kinésithérapeute, psychologue...) mais aussi aux proches du patients qui peuvent jouer le rôle du soignant dans différentes situations.

Le Code de la Santé Publique a classé les professions de santé selon trois catégories :

- les professions médicales : médecins, sages-femmes et odontologistes
- les professions de la pharmacie : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens
- les professions d'auxiliaires médicaux : infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes...¹²

D'après l'article L4311-11 du Code de la Santé Publique : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute*

9 LAROUSSE. *Dictionnaire Larousse*. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228?q=soignant#72398> (Consulté le 25 Février 2019).

10 LEXILOGOS. *Dictionnaire Latin Gaffiot*. Disponible sur:

<https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=soignant> (Consulté le 25 Février 2019).

11 CHU ROUEN. *Catalogue des Index des Sites Médicaux de langue Français*. Disponible sur <http://www.chu-rouen.fr/cismef/> (Consulté le 25 Février 2019).

12 VIE PUBLIQUE. *Catégories des professions de santé*. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/professionnels-sante/qui-sont-professionnels-sante.html> (Consulté le 26 Février 2019).

personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu »¹³.

L'exercice de la profession est encadrée par un décret de compétence datant du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Le métier est également encadré par plusieurs textes de loi dont le décret 2004-802 du 29 Juillet 2004 du Code de la Santé Publique définissant les actes infirmiers, les personnes autorisées à exercer la profession et les spécialités ainsi que le Code de Déontologie Infirmier (décret 2016-1615 du 25 Novembre 2016) rédigé par l'Ordre National des Infirmiers qui vient étayer les articles du Code de la Santé Publique relatifs aux règles professionnelles.

1.3 Le soigné : la personne prise en soins

Après avoir défini le terme de soignant, il me semblait important de définir celui de soigné. D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le soigné est une personne : « *que l'on soigne moralement et physiquement, à qui l'on apporte des soins* »¹⁴. Le soigné est appelé à l'hôpital le patient, sur un lieu de vie comme un EHPAD¹⁵ ou un FAM c'est un résident.

Le soigné a des attentes et des besoins lors de son hospitalisation ou de sa vie en général. Chaque individu a des besoins fondamentaux comme l'a décrit Virginia Henderson, une infirmière américaine dans ses différents travaux d'étude.

Le besoin est une nécessité vitale à l'être humain, il est indispensable à l'individu pour se maintenir en vie et assurer son bien-être. Virginia a identifié 14 besoins fondamentaux d'ordre biologique, psychologique et social :

- respirer ;
- boire et manger ;
- éliminer ;
- se mouvoir et maintenir une bonne posture ;

13 Article L4311-1 du 23 Février 2017 Code de la Santé Publique.

14 CNRTL. *Définition du soigné*. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9/1> (Consulté le 25 Février 2019).

15 Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

- dormir et se reposer ;
- se vêtir et se dévêtir ;
- maintenir la température de son corps ;
- être propre et protéger ses téguments ;
- éviter les dangers ;
- communiquer avec ses semblables ;
- agir selon ses croyances et ses valeurs ;
- s'occuper en vue de se réaliser ;
- se recréer ;
- apprendre.¹⁶

Pour savoir si les besoins sont satisfaits ou non, Virginia utilise 3 autres concepts qui sont :

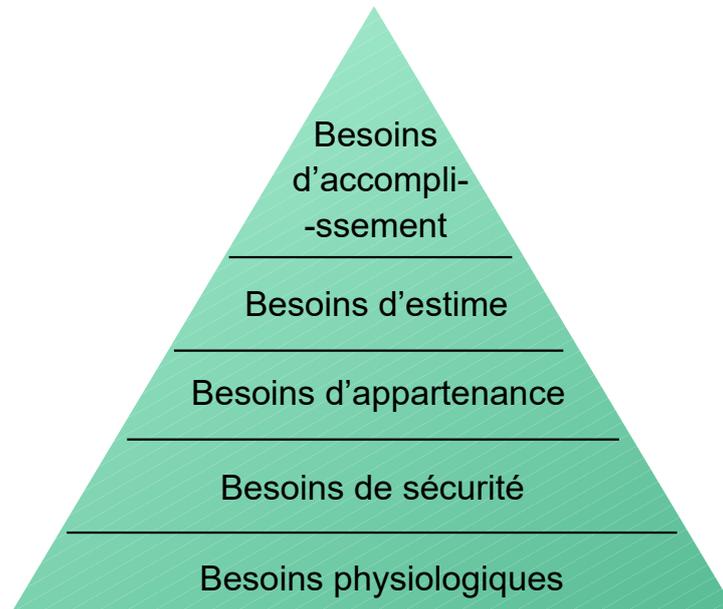
- l'indépendance : satisfaction d'un ou plusieurs besoins par des actions appropriées
- la dépendance : insatisfaction d'un ou plusieurs besoins car l'individu n'est pas en mesure d'effectuer les actions appropriées au besoin
- les sources de difficulté : cause de la dépendance de l'individu qui peuvent être physique, psychologique, sociale ou lié à un manque de connaissance

L'exploration des 14 besoins dans ses 3 dimensions permet une prise en soin globale et personnalisée du patient.¹⁷ Virginia s'est principalement inspirée de Abraham H. Maslow, un célèbre psychologue humaniste. Il est à l'origine de la pyramide des besoins¹⁸ dans laquelle il a hiérarchisé les besoins d'un individu :

16 TERRAT E., RAME A. (2005), *Démarche de soins à l'usage des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture*, Paris : Elsevier Masson, p13 à 14.

17 UE 3.1 S1 – Raisonnement et démarche clinique infirmière – Mme Arnal – 20 Septembre 2016.

18 LEONE C. (1996). Soins aux personnes âgées en institution de longue durée. *La revue de l'infirmière* n°11 p. 56 à 57.



Maslow en a donc déduit que les motivations d'une personne provenaient de ses besoins non satisfaits. D'après cette théorie, les individus s'efforcent d'atteindre la croissance personnelle et la réalisation de soi malgré les défis de la vie qui s'imposent à eux. Cette approche intègre à la fois les besoins physiques et les besoins psychologiques.¹⁹

En institution, plusieurs chartes existent garantissant le respect des valeurs fondamentales de la personne. A l'hôpital on peut retrouver par exemple la charte de la personne hospitalisée (Cf annexe n°1), la charte de l'enfant hospitalisé (Cf annexe n°2) ou encore la charte de la personne âgée dépendante (Cf annexe n°3).

Se référant aux textes de loi, l'article R4311-2 du Code de la Santé Publique qui encadre l'exercice de la profession d'infirmier stipule que : «*Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* »²⁰. Le métier d'infirmier requiert donc des compétences techniques et relationnelles. Dans la relation de soin, le professionnel de santé étant confronté au patient, on parle alors de relation soignant-soigné. Le terme de relation soignant-soigné a été abordé par plusieurs auteurs.

19 UE 1.1 S1 – Psychologie, sociologie, anthropologie – Mme Gounelle – 6 Janvier 2017.

20 Article R4311-2 du 8 Août 2004 Code de la Santé Publique.

1.4 Les soins infirmiers à travers la relation

Il n'y a pas de soins sans relation. Nous choisissons de développer plus particulièrement la relation d'aide.

La relation d'aide est un mouvement de la psychologie humaniste qui est né aux États Unis dans les années quarante. Ce mouvement a été fondé par Carl Rogers, un psychologue américain appartenant au courant humaniste (courant de la psychologie fondé sur une vision positive de l'être humain²¹). « *La relation d'aide en soins infirmier est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné.* »²² Elle repose sur les qualités et les comportements du soignant qu'ils doivent développer comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement, l'écoute, le respect et la congruence.

Il existe une différence entre la relation soignant-soigné et la relation d'aide. La relation d'aide vise à un changement du côté du patient concernant son état de santé, sa maladie ou sa vie en général. Elle repose donc essentiellement sur trois concepts :

- l'acceptation positive inconditionnelle : « *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit. Cette prise en considération du patient est renforcée par son aspect positif hors toute condition. Le patient trouvera là ce que la vie courante ne permet pas de rencontrer.* »²³

21 WIKIPEDIA. *Courant humaniste*. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_humaniste (Consulté le 27 Février 2019).

22 MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. (2008), *La relation soignant-soigné*, Rueil Malmaison : Lamarre Editions, p. 56.

23 Ibid. p. 58.

- l'authenticité : « *relation honnête, c'est-à-dire franche, sans mensonge ni artifice. Être authentique, c'est tenter (...) d'être soi même.* »²⁴
- l'empathie : concept qui se discerne de la sympathie, « *être empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si* »²⁵

24 Ibid. p. 59.

25 ROGERS C. (1980). *A way of being*, Boston : Houghton Mifflin, p. 59.

2. La distance

Théoriquement, la distance est « *un intervalle qui sépare deux points dans l'espace* »²⁶ ou un « *écart, différence entre deux choses, deux personnes* »²⁷. Tous les jours, nous employons le concept de distance, par exemple lorsqu'on programme un trajet en voiture ou à pied. Cette distance est quantifiée par une grandeur comme le mètre ou le kilomètre. On parle alors d'une distance physique qui peut être mesurée. Il existe cependant un autre type de distance qui est la distance psychique. C'est la distance que l'on peut mettre physiquement ou mentalement avec un individu lorsque l'on rentre en relation avec lui. On peut donc dire que le concept de distance est un concept dynamique car il peut être modifié selon les personnes ou les situations.

2.1 La juste distance et la distance injuste

En situation de soin, une certaine distance doit être maintenue avec le patient pour éviter que nos émotions perturbent la prise en soin et risquer de « s'attacher trop » au patient. Cependant, nous sommes confrontés à une personne humaine avec qui nous sommes en relation et nous ne pouvons pas refouler les sentiments qui peuvent naître de cette relation ou les émotions qu'elle peut engendrer. Nous pouvons alors nous demander si il existe une juste distance et si oui qu'elle est elle ? D'après Pascal Prayez : « *la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places.* »²⁸

Face au patient, certaines situations peuvent nous renvoyer à nos propres situations personnelles, nous disons alors qu'un effet miroir se produit et nous nous identifions au patient. D'après Pascal Prayez : « *l'identification à l'autre [...] nous fait perdre toute distance* »²⁹

26 LAROUSSE. *Dictionnaire Larousse*. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042> (Consulté le 25 Février 2019).

27 Ibid.

28 PRAYEZ P. (2006), *Julie ou l'aventure de la juste distance*, Rueil Malmaison : Lamarre Éditions, p. 213.

29 Ibid. p. 9.

La relation soignant-soigné confronte un professionnel de santé en position de force par le savoir qu'il possède et une personne vulnérable malade. Cependant la relation doit rester centrée sur le respect et la considération de l'autre même si la relation est asymétrique car : « *plus le malade est vulnérable, et plus la prise de pouvoir est facile : imposer un traitement, mobiliser le corps avec rapidité et brusquerie, ignorer ses plaintes...* »³⁰ Cette prise de pouvoir pourrait entraîner une distance froide et donc injuste car le patient serait abandonné à son sort et traité contre son gré.

Avec l'existence de la juste distance et de la distance injuste, nous pouvons nous demander quelles différences existe-t-il entre les deux. « *La distance hyper défensive est un éloignement physique et/ou symbolique qui s'oppose au contact (ou créé une rupture de contact). Une certaine froideur relationnelle domine l'interaction, car cette prise de distance annule toute dimension affective : c'est l' « asepsie émotionnelle ».* » *Seule l'intelligence technique est en œuvre, il n'y a pas de questionnement éthique.*³¹ Nous pouvons retrouver ce type de distance dans une relation commerciale comme par exemple la relation qu'entretient un commercial avec un client. Dans le cadre des soins, cette distance pourrait évoluer vers l'indifférence, la banalisation de la souffrance du patient et même jusqu'à la déshumanisation des soins. A l'inverse de la distance injuste, la juste distance peut être définie comme : « *une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L'affect n'est pas absent [...] mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre.* »³²

L'adaptation de la distance en fonction du patient n'est pas évidente pour le soignant. Trouver la juste distance est parfois compliqué car comme dit précédemment, un effet miroir peut se produire dans la relation et le soignant sera donc dans une distance excessive. Il est aussi possible qu'avec l'expérience et l'attachement qui a pu déjà être fait dans le passé, que le soignant aseptise la relation pour se protéger ou que le contexte soit

30 Ibid. p. 106.

31 Ibid. p. 220.

32 Ibid. p. 220.

insupportable pour le soignant et qu'il n'ait pas l'envie de s'impliquer émotionnellement.

Lorsque la juste distance n'est pas respectée, il existe un risque inévitable pour le soignant vis à vis du patient : l'attachement. Selon le site internet CNRTL, l'attachement est : « *ce qui unit une personne, une collectivité à une personne, une collectivité, une fonction, un inanimé concret par des liens de dépendance (dévouement, service, parenté, intérêt)* »³³

Le psychologue britannique John Bowlby a travaillé sur le concept d'attachement et en a déduit une théorie. Il décrit l'attachement comme étant un : « *lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec son caregiver pendant la première année de sa vie* »³⁴. Il a décrit six modèles d'attachement : le solitaire autonome, le dépendant, le surprotecteur, l'angoissé, l'attachement négatif et l'attachement sain.³⁵ Selon Catherine Mordacq dans son livre *Attachement et séparation : Paradoxe de la relation soignant-soigné*, l'attachement est : « *un comportement visant à obtenir et maintenir une proximité physique et psychologique avec un autre être. Son but est de procurer assez de sécurité pour pouvoir explorer. C'est une protection contre la peur. Tout attachement à une fin et amène à une séparation* »³⁶

L'attachement peut donc mener à une grande implication du soignant mais également du patient dans la relation de soins. En s'impliquant trop, la prise en soins peut être modifiée et donc ne pas être optimale.

2.2 La proxémie

Edward T. Hall, célèbre anthropologue américain et spécialiste de l'interculturel, s'est intéressé aux distances sociales. Le concept de proxémie est né, nous pouvons le définir comme : « *l'ensemble des observations concernant l'usage que l'humain fait de l'espace qui l'entoure et le sépare des autres* »³⁷.

33 CNRTL, *Définition de l'attachement*. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/attachement> (Consulté le 16 Avril 2019).

34 TERENO S., SOARES I., MARTINS E., SAMPAIO D., CARISON E. (2007) La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir* n°19. p. 152.

35 RAINE S., MORDACQ C., SOULAGNET-BASCOU M-C., MARTEL F., CHARRON J-M (1990), *Attachement et séparation : paradoxe de la relation soignant-soigné*, Lyon : Amiec, p. 16 à 19.

36 Ibid. p.15.

37 Ibid. p.15.

Il a pu déterminer quatre distances dans l'expérience humaine et ce qui les distinguait les unes des autres :

- Distance publique (au delà de 3,60m) : les protagonistes sont plus ou moins éloignés les un des autres. Si on s'éloigne, la silhouette se déforme, le corps s'aplatit et perd son volume, les détails du visage deviennent imperceptibles « *Il y a peu d'interaction à cette distance : la communication est avant tout verbale* »³⁸ Le sujet parle avec une voix haute sans pour autant crier, on ne peut pas déterminer la couleur de ses yeux, sa tête paraît plus petite.³⁹
- Distance sociale (de 3,60m environ à 1,20m) : les deux protagonistes communiquent verbalement. Ils parlent à voix haute et entretiennent un contact visuel. On retrouve cette distance dans les relations de voisinage, les rencontres professionnelles, commerciales ou lors des débuts de consultation médicale. Au niveau de la distance physique, il y a au moins 1,20m qui sépare les deux personnes, elles ne peuvent donc pas se toucher. L'échange reste verbal : « *car les protagonistes sont en interaction avec des mots et non directement avec leur corps.* »⁴⁰
- Distance personnelle (de 1,20m à 45cm) : chaque protagoniste peut toucher l'autre car la distance physique devient plus proche. « *Le corps de l'autre est là, à portée de main, et il va de soi qu'on ne tolère sa présence que s'il y a un degré maximal de confiance pour ne pas craindre un mauvais coup ou tout geste qui ne nous conviendrait pas.* »⁴¹ On peut retrouver cette distance dans les relations amicales. La tonalité de la voix est moins élevée. Le corps n'est plus perçu dans sa totalité mais nous arrivons à observer plus précisément certaines parties du corps.

38 PRAYEZ P., (2006), Op. Cit. p.15 à 16.

39 HALL T. E. (1966), *La Dimension cachée*, Paris : Éditions Points, p.155 à 156.

40 Ibid. p.16.

41 PRAYEZ P., (2006), Op. Cit. p.16 à 17.

- Distance intime (de 45cm jusqu'au contact physique) : la communication non verbale prime. Nous pouvons tout de même retrouver des dialogues qui restent peu construits et se font dans un murmure. Les sens utilisés changent, la vue laisse place à l'odorat pour percevoir ce qui nous entoure. *«La dimension non verbale l'emporte sur la communication verbale, et le contact physique.»*⁴²

La distance intime est utilisée dans trois contextes différents :

- la violence lorsque deux personnes se battent et font un corps à corps ;
- la rencontre amoureuse et sexuelle ;
- l'attitude de soutien, de protection, de tendresse.⁴³

Les distances interpersonnelles peuvent cependant être différentes selon les cultures. D'après Edward T. Hall : *« la distance choisie dépend des rapports inter-individuels, des sentiments et activités des individus concernés »*⁴⁴.

Nous pouvons par exemple, comparer les Italiens et les anglais *« un Italien est proche de son interlocuteur, il s'exprime facilement avec des gestes, voire des contact »*⁴⁵ contrairement à : *« un Anglais qui, traditionnellement, ne touche pas son interlocuteur et ne s'en approche pas autant. »*⁴⁶

Nous pouvons également mettre en place des stratégies pour mettre à distance certaines personnes. Il existe des situations où nous sommes obligés de partager une intimité physique avec des inconnus comme dans les transports en commun aux heures d'affluence. Ses stratégies permettent d' *«effacer tout caractère intime à cette proximité physique non voulue :*

- *rigidité corporelle et immobilité pour éviter les interactions avec les autres corps ;*
- *contraction de notre « cuirasse » musculaire pour nous « blinder » ;*

42 Ibid. p. 17.

43 Ibid. p. 17.

44 HALL T. E., (1966), Op. Cit. p.158.

45 PRAYEZ P., (2006), Op. Cit. p. 18.

46 Ibid. p. 18.

- *évitement du regard.*⁴⁷

Ces stratégies permettent alors de « survivre » à cette proximité dans les transports en commun pendant un certain temps.

A l'inverse, lorsque nous sommes très proche d'une personne et que l'on souhaite s'en éloigner, l'utilisation de la voix peut être une stratégie pour briser cette distance intime non souhaitée. En effet « *le fait de parler à voix forte le repousse symboliquement en distance sociale* »⁴⁸ Comme dit précédemment, Hall a démontré qu'en distance intime, la communication verbale était peu présente ou en faible tonalité, l'utilisation d'une voix forte peut donc « briser » la distance intime.

Dans la relation de soin, nous pouvons observer que les soignants parlent souvent fort aux patients quelque soit leur âge, on peut alors se demander si l'utilisation de cette tonalité ne serait pas inconsciemment une manière pour le soignant de maintenir la distance avec un patient.⁴⁹

47 Ibid. p. 20.

48 Ibid. p. 20.

49 Ibid. p. 21.

3. Le lieu de vie

3.1 Les différents lieux de vie

Il existe différentes structures médico-sociales accueillant les enfants, les adultes et les personnes âgées selon le degré de handicap. Je peux par exemple citer parmi les structures hébergeant des adultes le FAM (Foyer d'Accueil Médicalisés) qui est une « *structure d'hébergement qui accueille des adultes gravement handicapé ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courantes ou d'un suivi médical régulier* »⁵⁰, et les MAS (Maison d'Accueil Spécialisées) qui « *proposent un hébergement permanent à tout adulte handicapé gravement dépendant dont les capacités de décisions et d'actions dans les actes de la vie quotidienne sont altérées* »⁵¹.

Une des structure les plus connues accueillant les personnes âgées est l'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes): « *structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes* »⁵².

Il existe aussi différentes structures accueillant les enfants handicapés comme les IME (Instituts Médico-Educatifs) et les ITEP (Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques).

Nous pouvons d'après ces différents exemples citer de nombreux établissements accueillant des personnes dépendantes afin de palier à leurs difficultés qui correspondent à des établissements de lieu de vie. Nous pouvons également dire que les infirmières libérales interviennent sur des lieux de vie puisqu'elles travaillent directement au domicile des patients et rentrent au cœur de leur intimité.

Les établissements médicaux sociaux tel que les FAM et les MAS sont régis par l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles. Plus

50 SERVICE PUBLIC. *Définition du Foyer d'Accueil Médicalisé*. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15255> (Consulté le 8 Février 2019).

51 SERVICE PUBLIC. *Définition de Maison d'Accueil Spécialisée*. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2006> (Consulté le 8 Février 2019).

52 SERVICE PUBLIC. *Définition d'établissement pour Personnes Âgées Dépendantes*. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763> (Consulté le 11 Février 2019).

généralement les établissements médico-sociaux sont encadrés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi du 21 février 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires plus connue sous le nom de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire).

Lorsque nous travaillons avec des résidents vivant dans des établissements médico-sociaux, nous entrons en contact direct avec leur lieu de vie puisque l'établissement est devenu leur domicile. Nous pouvons alors dire que nous sommes confrontés à l'intimité du résident qui nous reçoit chez lui.

3.2 L'intimité et la pudeur

Après avoir abordé ce qu'étaient les établissements médico-sociaux, nous aborderons le concept d'intimité qui pour moi est un concept omniprésent dans la relation de soin et plus précisément sur un lieu de vie.

L'intimité est une : « *vie intérieure profonde, nature essentielle (de quelqu'un) ; ce qui reste généralement caché sous les apparences, impénétrable à l'analyse* »⁵³ ou encore: « *vie privée propre à tel individu ou tel couple ; ce qui est strictement personnel et généralement préservé des curiosités indiscrètes* »⁵⁴.

Selon le psychiatre Serge Tisseron: « *l'espace public engage ce que l'on partage avec le plus grand nombre, l'espace privé que l'on partage seulement avec des personnes choisies. L'espace intime, quant à lui est ce que l'on ne partage pas, ou seulement avec quelques très proches* »⁵⁵. Comme l'a indiqué Catherine Marin, psychologue au centre hospitalier de Vienne dans un article de la revue *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, c'est au domicile que se vit le plus d'intimité

53 CNRTL. *Définition de l'intimité*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/intimit%C3%A9> (Consulté le 08 Mai 2019).

54 Ibid.

55 FORMARIER M., JOVIC L. (2009), *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon : Éditions Mallet Conseil, p. 212.

car : « *le chez soi est probablement le lieu privilégié qui garantit la stabilité de l'identité et de l'intimité* »⁵⁶.

Cependant, dans la relation de soin, on est fréquemment confronté à l'intimité d'une personne. Par exemple lorsque on effectue un soin qui nécessite que la personne se dénude comme un pansement ou une toilette mais aussi quand on pénètre dans l'espace privé de la personne : sa chambre. En effet la chambre d'un patient ou d'un résident constitue un lieu privé où règne l'intimité.

Le respect de l'intimité, à l'hôpital ou dans des établissements privés est un droit de la personne. Ce droit est d'ailleurs stipulé dans le code de déontologie infirmier du 25 Novembre 2016 : « *L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches.* »⁵⁷. Ce droit est aussi abordé dans la charte de l'enfant hospitalisé et de la personne hospitalisée. Il apparaît également dans la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement où il est indiqué que tout usager d'établissement médico-social se voit assuré du : « *respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement* »⁵⁸.

Il est donc nécessaire de préserver l'intimité du patient lors de sa prise en soin. Cela peut être fait par des choses simples comme fermer la porte de sa chambre, frapper à la porte lorsqu'on veut entrer, lui laisser le droit de s'isoler si il le souhaite, privilégier les chambres simples selon ses souhaits...

Le concept d'intimité est directement lié à celui de juste distance défini précédemment. En effet : « *la bonne distance envers les normes intimes d'un patient est toujours singulière* ».⁵⁹ Il est également lié à celui de pudeur. La pudeur est une : « *disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature*

56 MARIN C. (2018). Sur les traces de l'intimité. *Jusqu'à la mort accompagner la vie* n°134. p. 5 à 6.

57 LEGIFRANCE. *Code de déontologie des infirmiers*. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo> (Consulté le 16 Mars 2019).

58 Article L311-3 du 28 Décembre 2015 du Code de l'action sociale et des familles.

59 LE BRETON D. (2018). La pudeur à l'hôpital et dans les soins. *Soins* n°831. p. 33.

sexuelle, ou de montrer, d'observer, de faire état de choses considérées comme étant plus ou moins directement d'ordre sexuel ». ⁶⁰ La pudeur à l'inverse de l'intimité concerne donc directement le corps d'une personne. Elle peut aussi se traduire par : « *la crainte d'être vu dans une posture que l'individu considère comme strictement intime* » ⁶¹. Dans la relation de soin, la pudeur commence par le regard qui est porté sur l'individu et se poursuit par les questions posées par le soignant. Il est donc nécessaire, au même titre que l'intimité, de respecter la pudeur du patient comme il le souhaite. Il est d'ailleurs stipulé dans l'arrêt du Conseil d'État datant du 19 septembre 2014 que la protection de la pudeur est assurée sur la base du consentement et la dignité. ⁶²

60 CNRTL. *Définition de la pudeur*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/pudeur> (Consulté le 08 Mai 2019)

61 LE BRETON D., (2018), Op. Cit. p. 32.

62 Arrêt n°361534 du 19 Septembre 2014 du Conseil d'État.

ÉTUDE EMPIRIQUE

1. Méthodologie

1.1 Choix de la population interrogée et lieux d'entretien

J'ai choisi d'effectuer 4 entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien (Cf annexe n°4) que j'avais construit au préalable et testé sur un infirmier de mon stage précédent. Mon guide est composé d'une introduction que j'ai exposé aux professionnels de santé avec ma présentation, le thème de mon travail de fin d'étude, l'objectif de mon travail, les modalités de l'entretien ainsi que 5 questions s'additionnant à leur présentation et à leur mot de fin. J'avais également préparé des questions de relance afin de reformuler au mieux mes questions principales si les infirmiers ne les comprenaient pas ou ne savaient pas comment répondre.

Je me suis tournée vers des professionnels travaillant sur un lieu de vie en lien avec ma situation d'appel et ma question profane. J'ai donc réalisé 3 entretiens avec des infirmières travaillant en Maison d'Accueil Spécialisé et en Foyer d'Accueil Médicalisé et un avec une infirmière exerçant en EHPAD.

1.2 Choix de l'outil de travail et critique

Après la retranscription de mes entretiens, j'aurais une critique à faire sur ma façon de les mener. En effet, j'ai eu l'impression de trop parler et de ne pas laisser les professionnels répondre jusqu'au bout. J'ai aussi eu l'impression que mes questions n'étaient pas assez précises car il m'a fallu utiliser beaucoup de questions de relance lors de certains de mes entretiens. J'aurais aussi aimé interroger une infirmière libérale pour confronter avec les autres professionnels sur les différents lieux de vie.

1.3 Conditions de déroulement des entretiens

Comme exposé précédemment, j'ai introduit dans mon guide d'entretien les modalités de déroulement des entretiens. La première condition était

l'anonymat que j'ai pu respecter en modifiant les prénoms des IDE et en les remplaçant par des villes (Londres, Paris, Madrid et Rome) et également les noms des structures que je n'ai pas cités. Les deuxième et troisième conditions sont la confidentialité et l'enregistrement des entretiens que j'ai respectés en supprimant mes enregistrements après les avoir retranscrits.

2. Analyse des données

Pour analyser mes entretiens, je les ai retranscrits dans un premier temps. Par la suite j'ai construit une matrice dans laquelle j'ai regroupé les thèmes qui revenaient le plus souvent (Cf annexe n°5). Cette matrice m'a permis d'avoir une vue d'ensemble des entretiens et de croiser les données pour les analyser.

2.1 Présentation des professionnels interrogés

Londres est diplômée depuis 1998. Elle a effectué des remplacements en clinique, à l'hôpital et en Ehpad. Elle a également exercé quelques années en tant qu'infirmière libérale. Elle travaille sur un lieu de vie depuis 12 ans. Aujourd'hui elle exerce en FAM et MAS.

Paris est diplômée depuis 2017. Elle a travaillé en Ehpad et en psychiatrie depuis son diplôme. Elle travaille en lieu de vie depuis 2 ans. Elle exerce en FAM et MAS depuis février 2019.

Madrid est diplômée depuis 2005. Elle a travaillé dans une agence d'intérim, à l'étranger dans différents pays, dans différentes MAS et en SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile). Elle travaille depuis 6 ans en FAM et MAS.

Rome est diplômée depuis 2 ans. Elle a travaillé dans un service d'endocrinologie à l'hôpital pendant 6 mois puis est partie travailler en Ehpad. Elle travaille sur un lieu de vie depuis 1 an.

J'ai donc pu interroger quatre infirmières de parcours professionnels différents, diplômées depuis plus ou moins longtemps, avec une expérience en lieu de vie plus ou moins longue et face à des pathologies diverses et variées.

2.2 Analyse par thèmes

J'ai donc pu identifier plusieurs thèmes et concepts qui revenaient régulièrement dans mes entretiens.

- Pourquoi travailler sur un lieu de vie ?

Les IDE se sont confiées sur leur souhait et leur préférence de travailler en lieu de vie. Ce qui ressort le plus de mes entretiens chez les quatre infirmières interrogées est la **temporalité de la prise en soin** et la différence avec l'hôpital. Selon Londres : *« le rythme est différent, on a plus de temps qu'à l'hôpital, ce sont des personnes qui ont beaucoup d'angoisses vis à vis des soins, c'est nécessaire de prendre du temps. »* Pour Paris : *« nous sommes tout le temps en contact avec les mêmes résidents, on a le temps d'apprendre à les connaître, de créer un contact, ce qui est beaucoup plus compliqué à l'hôpital quand les patients ne restent que 2-3 jours. C'est plus facile au niveau relationnel de créer une relation de confiance. Je pense que le fait de les voir régulièrement nous permet de bien les connaître et savoir comment il faut réagir en fonction des individus car ils ont tous des pathologies différentes et en général ils sont tous différents. De bien les connaître, je trouve que ça permet de faire un travail plus approfondi, on s'adapte mieux au résident et la prise en soin est personnalisée. »*

Madrid pense également que le temps est nécessaire pour : *« bien les prendre en charge et d'être avec eux. Ce lien est différent de celui qu'on crée avec les patients à l'hôpital où on voit défiler les personnes sans les connaître réellement. On a plus le temps de créer une relation sur le long terme. »* Elle aborde également le concept d'habitude que les autres IDE n'ont pas évoqué : *« C'est ce qui est intéressant avec l'habitude, on sait ce qui va toucher le résident ce qui nous permet d'orienter notre relation avec la personne. »*

Rome rejoint les trois autres IDE sur le temps qui est pris pour les résidents en lieu de vie, elle fait cependant la distinction entre le technique et le relationnel : « *On est moins dans le soin technique et plus dans le soin relationnel.* » ce qu'aucune autre IDE n'avaient abordé. Elle parle également **d'accompagnement de la personne** plutôt que de soin : « *On n'est pas concentré sur la pathologie mais on est plus là pour aider, on est plus dans l'accompagnement de la personne. A l'hôpital on est plus centré sur la pathologie et les patients restent 2-3 jours, on crée moins de lien avec le patient et on a pas le temps de faire du relationnel contrairement à l'Ehpad.* »

Les 4 IDE ont donc toutes exprimé avoir plus de temps en lieu de vie et pouvoir être plus présente pour les résidents.

- Relation soignant-soigné

Londres et Paris m'ont toutes les deux parlé de ce qu'elles faisaient au quotidien dans leur travail. Londres dit : « *on est auprès d'eux pour les rendez-vous médicaux, on les **accompagne**. Après on est dans la relation avec eux pour les soins, ça peut être des pansements, un suivi diabétique, ça peut être pas mal de chose. C'est beaucoup d'**observation** et de **connaissance** du résident. On fait un peu du cas par cas parce qu'on a des résidents qui vont adorer les soins et être en demande de soin, trop pour certains alors on est obligé de les freiner.* » Cependant elle affirme aussi : « *qu'il y a beaucoup de soin relationnel pour préparer au mieux les résidents qui peuvent être réticents aux soins.* »

Paris base sa relation avec les résidents uniquement sur les soins techniques : « *A la MAS, on s'occupe essentiellement des patients qui ont besoin de soins. On fait tout ce qui est **accompagnement** médicaux, toujours à l'aide d'un éducateur.* »

Chez Madrid et Rome, la notion de relation professionnelle apparaît. Madrid définit la relation qu'elle entretient avec les résidents comme étant : « *une relation professionnelle mais en même temps un petit peu **attentionnée*** ». Elle dit aimer : « *communiquer au maximum avec eux lorsque je dois faire des soins pour essayer de détourner leur attention et que ça devienne moins désagréable pour eux.* »

Pour Rome, elle dit entretenir : « *relation professionnelle car je maintiens une distance professionnelle en tant que professionnelle qui est là pour prodiguer des soins mais je suis aussi très présente pour les résidents. Je suis importante pour eux comme un membre de leur famille. Je fais aussi le lien avec leur famille. Le fait de les voir tous les jours est un avantage car on **partage** beaucoup de choses avec eux.* »

- Tutoiement/vouvoiement

Les IDE ont toutes les quatre orienté les entretiens vers leur manière de communiquer avec les résidents et en particulier avec la notion de tutoiement et de vouvoiement. Sur ce point là, les infirmières ne communiquent pas toute de la même manière. Rome et Madrid disent ne jamais tutoyer les résidents alors que Paris dit : « *j'ai tendance à les vouvoyer parce que j'ai du mal à tutoyer en général.* » mais : « *par contre je les appelle par leur prénom.* ».

Londres dit que pour sa part : « *c'est variable au niveau du tutoiement et du vouvoiement, je m'adapte en fonction du résident car certains préfèrent être tutoyés et d'autre vouvoyés.* ».

Paris souligne qu'elle : « *juge pas [ses] collègues qui tutoient les résidents car ici c'est un peu particulier, on est sur un lieu de vie, on voit les résidents tous les jours donc le tutoiement n'est pas forcément une marque de proximité ou de non respect.* ». Contrairement, Madrid affirme que : « *Quand on tutoie, on enlève tout de suite une barrière. Nous de notre côté, on réfléchit et on est capable de faire la part des choses mais les résidents de leur côté au vu de leur pathologie n'ont pas la même réflexion.* »

Selon Rome, le vouvoiement est une manière de maintenir une juste distance avec le résident: « *il faut garder le vouvoiement pour garder une distance professionnelle.* »

- Toucher

Après m'avoir parlé toute les quatre de la **communication verbale** avec les résidents, trois d'entre elles m'ont parlé de la **communication non verbale** qui inclue le contact physique, le toucher ou encore la proximité corporelle.

Paris indique qu'elle s'adapte à chaque résident : « *Certains résidents aiment le contact physique, d'autre préfère le contact verbal, chacun est différent et on s'adapte à ça.* ».

Pour Madrid, la communication ne passe pas forcément par le toucher : « *Je pense qu'il ne faut pas qu'on ait trop de proximité avec eux, ils ont tendance à être très tactiles, à nous mettre la main sur l'épaule, à vouloir nous faire des bisous, moi c'est pas trop mon truc.* » alors que Rome dit : « *on est plus proche physiquement en Ehpad avec les résidents qu'avec les patients à l'hôpital car déjà on fait beaucoup de soins de nursing.* ». Elle met aussi en avant la relation de confiance créée au fil du temps : « *vu que c'est des prises en soin très longue, il y a une relation de confiance qui se créait, les résidents acceptent plus facilement qu'on soit proche et qu'on les touche.* »

- Juste distance

Comme le disait précédemment Rome, Madrid exprime également que : « *le vouvoiement est pour [elle] une manière de maintenir cette juste distance afin que le résident ne pense pas qu'[elle] soit un copain pour lui mais un professionnel de santé* ». Elle parle aussi de la distance physique : « *Garder toujours la distance autant verbale que physique. On dit qu'il faut garder le mètre ou les cinquante centimètre de distance et c'est ce que je fais.* ». Selon elle si une juste distance n'est pas maintenue avec les résidents : « *ils ne comprennent pas pourquoi on leur dit non, pourquoi on va lui dire de faire ça et du coup ça peut créer des conflits.* ». Elle affirme aussi que la séparation entre l'infirmerie et les pavillons sur le foyer permet de maintenir une juste distance et d'éviter l'attachement : « *on est plus éloigné puisque on passe juste sur les pavillons mais chez les éducateurs ça peut arriver.* »

Londres a eu du mal à répondre à la question, après plusieurs secondes le silence se rompt : « *La juste distance c'est difficile. Je crois qu'il faut prendre du recul en tant que soignant, ça paraît important, de pas avoir trop d'affect parce qu'on les côtoie tous les jours donc c'est vrai qu'il faut essayer d'avoir une bonne distance avec eux pour être opérationnelle.* ». Elle met en avant les émotions qui peuvent émerger de la relation soignant-soigné dans des situations particulières. Elle exprime cependant que : « *il peut y avoir des situations délicates comme*

quand il y a des décès » mais que : « ça [ne lui est] jamais arrivé, ça [lui est] difficile de [me] répondre ce [qu'elle] met en place pour maintenir une juste distance, ça se fait naturellement. »

Pour Paris, il suffit de trouver un juste milieu : *« être proche et être à l'écoute mais aussi recadrer quand il y a besoin lorsque les résidents sont envahissants. »*. La juste distance : *« se met en place petit à petit à force de connaître la personne »* et : *« il est nécessaire de travailler sur du long terme avec eux pour trouver cette juste distance »*. Elle signale également que : *« si la juste distance n'est pas respectée, la prise en charge sera de moins bonne qualité. »* et qu' : *« il est important de garder en tête que ce sont des résidents, que ce ne sont pas des gens de notre famille même si avec le temps on aurait tendance à les considérer comme des proches. »*.

Rome, elle, ne définirait pas la juste distance précisément pour un seul individu, c'est pour elle : *« une proximité avec un autre individu mais qu'il n'y a pas de normes, qu'on ne peut pas définir exactement ce qu'est la juste distance, elle est variable en fonction de l'individu qu'on a en face, de son vécu, de son histoire de vie. »* Elle s'exprime sur **les risques d'une distance trop proche** : *« Quand on est trop proche on est **moins efficace** sur le plan du soin. Si il n'y a pas cette distance, ça peut être un frein à la prise en charge. »*. Il s'agit également pour elle de trouver le juste milieu et de s'adapter au résident : *« Même si il y a cette distance professionnelle il ne faut pas qu'elle soit trop présente ni pas du tout, il faut **que ça soit bénéfique**, il faut trouver le juste milieu pour être proche du patient afin qu'il ait confiance en nous, qu'il puisse se livrer sur son vécu, ce qu'il ressent etc. Et qu'on puisse **l'accompagner** comme lui il veut. »*

- Attachement

Une seule infirmière s'est prononcée sur l'attachement et la distance qu'il fallait maintenir vis à vis des résidents. Paris se dit : *« que à tout moment ils peuvent changer d'établissement ou décéder et donc qu'il faut garder cette distance car ça pourra nous affecter et affecter le résident. »*

- Intimité

Le concept d'intimité a été abordé par les quatre IDE de manière similaire sur certains points mais différents sur d'autres. En effet Paris et Londres ont abordé uniquement le rapport au corps nu et aux soins. Pour respecter l'intimité Paris dit : « *[fermer] la porte lorsqu'on effectue un soin, [demander] aux autres résidents de sortir de la chambre. Pour [elle] c'est comme dans un service classique à l'hôpital.* » Madrid utilise également les mêmes « techniques » pour préserver l'intimité des résidents, elle met l'accent sur les chambres seules: « *pendant les toilettes ils ont chacun leur chambre pour la plupart et une salle de bain partagée parfois.* ».

Madrid, elle, souligne qu'en tant que soignant : « *on est habitué à rentrer dans l'intimité de la personne* ». A son tour elle : « *essaye de ne pas rentrer dans leur chambre lorsqu'ils souhaitent être seul* », elle notifie également que : « *l'infirmierie c'est l'infirmierie et donc on essaye de faire le maximum de soins ici pour que les résidents viennent comme une consultation chez le médecin.*

On sépare d'un côté le cocon qu'est le pavillon ou leur chambre et les soins. Ce que moi je pense c'est que leur chambre c'est leur maison » et finit par dire que l'intimité n'est pas seulement : « *que le rapport au corps* ».

Rome aborde également le rapport au corps mais notifie aussi que le secret professionnel participe au respect de l'intimité des résidents : « *on ne dévoile pas leur pathologie devant les autres résidents, on ne parle pas d'eux à haute voix dans le couloir.* »

3. Émergence de la question de recherche

L'analyse des entretiens m'a permis de confronter les dires des infirmières avec mon cadre théorique, j'ai donc pu remarquer qu'il y avait des convergences, des divergences mais aussi des complémentarités qui s'ajoutaient à mes recherches.

3.1 Confrontation avec le cadre théorique

J'ai donc pu observer des points communs entre mon cadre théorique et ce qu'on pu rapporter les infirmières lors des entretiens.

En effet, Madrid m'a confié garder la distance verbale et physique en maintenant le résident à cinquante centimètres d'elle minimum. Edward T. Hall avait défini dans son concept de proxémie quatre distances principales qui étaient quantifiées : distance publique, sociale, personnelle et intime. Cependant, pour lui une distance de cinquante centimètres correspondrait à une distance personnelle utilisée principalement lors des relations amicales. Je peux alors dire que le concept de proxémie est un concept dynamique et propre à chacun.

Madrid a également évoqué que l'intimité ne s'arrêtait pas uniquement au rapport avec le corps mais qu'il y avait aussi la vie quotidienne du résident. Elle considère leur chambre comme leur maison dans laquelle ils n'ont pas obligatoirement envie de réaliser les soins. J'avais précédemment défini ce qu'était l'intimité au sens large du terme : « *vie intérieure profonde, nature essentielle (de quelqu'un) ; ce qui reste généralement caché sous les apparences, impénétrable à l'analyse* »⁶³. L'intimité reste un droit de la personne et sa chambre est un lieu privé où elle seule peut décider de nous faire entrer ou pas.

J'ai par la suite pu relever des divergences entre mes entretiens et mon cadre théorique.

Par exemple, Paris a basé la relation qu'elle avait avec les résidents uniquement sur les soins techniques et n'a pas abordé le relationnel. Comme l'avait dit Monique Formarier, il existe 7 relations de soins différentes : la relation de civilité, la relation de soins, d'empathie, d'aide psychologique, thérapeutique, éducative et de soutien social . Chacune a des caractéristiques et des particularités différentes, cependant la personne soignée reste au centre de la

63 CNRTL. *Définition de l'intimité*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/intimit%C3%A9> (Consulté le 08 Mai 2019).

relation et les soins techniques sont présents au même titre que les soins relationnels.

Au niveau de l'intimité, Paris et Londres m'ont parlé seulement du rapport au corps nu du résident. Cependant comme je l'ai défini précédemment, l'intimité correspond à la fois au corps de la personne mais aussi à son espace privé et à ce qu'elle ne souhaite pas partager avec des personnes inconnues. Les deux infirmières ne voit donc pas l'intimité de la personne dans sa globalité.

Pour finir, les infirmières ont pu aborder des concepts ou des thèmes dont je n'avais pas traité dans mon cadre conceptuel.

Par exemple, toutes les quatre m'ont dit que la temporalité de la prise en soin était différente en lieu de vie et qu'elles pensaient avoir plus de temps à consacrer aux résidents pour construire une relation de confiance. Dans mes recherches je n'ai pas trouvé d'ouvrages ou d'articles traitant de la temporalité de la prise en soin. J'en déduis donc que la relation soignant-soigné en lieu de vie est principalement basée sur la confiance qui règne entre chacun puisque le temps le permet. Cependant, cela ne signifie pas non plus qu'il est impossible de créer une relation de confiance à l'hôpital dans des services de court séjour, je pense que la relation est juste différente.

La notion d'accompagnement a aussi été abordé par Rome lors de l'entretien ce à quoi je n'avais pas pensé. En effet, sur un lieu de vie les résidents sont stabilisés au niveau de leur pathologie, on est donc présent pour palier à leur perte d'autonomie et donc les accompagner au mieux dans leur vie quotidienne. Ce concept d'accompagnement a aussi été employé par les 3 IDE travaillant en MAS et FAM mais elles parlaient d'accompagnements médicaux.

Madrid et Rome ont associé le terme de relation professionnelle et de distance professionnelle. Pour elles une relation professionnelle est une relation où elles maintiennent une distance professionnelle avec les résidents. Je n'avais pas employé le terme de relation professionnelle dans mes recherches théoriques où je parlais uniquement de relation soignant-soigné.

Un point supplémentaire que je n'avais pas abordé dans mon cadre conceptuel : la communication. Les quatre infirmière m'ont parlé de leur communication avec les résidents que ce soit au niveau de la communication verbale avec le tutoiement et le vouvoiement ou à celui de la communication non verbale avec la proximité physique et le toucher. Madrid et Rome ont exprimé utiliser le vouvoiement pour maintenir une juste distance ce dont je n'avais pas non plus abordé. La communication est donc aussi une notion importante dans la relation que les IDE entretiennent avec les résidents.

Paris ajoute qu'il est nécessaire de travailler sur du long terme pour trouver une juste distance à adopter avec les résidents. Je n'avais pas traité de la temporalité dans la recherche de la juste distance car je pense que le temps n'importe pas forcément sur cette distance, il peut aider comme pour l'instauration d'une relation de confiance mais n'est pas obligatoire. Par exemple, dans des services de court séjour nous arrivons plus ou moins à adopter une juste distance avec les patients.

Rome exprime qu'il n'y a pas de normes à la juste distance, qu'on ne peut pas la définir exactement car elle est différente selon les personnes que nous prenons en soin. En effet je n'ai pas trouvé de définition pouvant expliquer exactement ce qu'était la juste distance et avec du recul sur mes recherches et mes entretiens, je me rends compte qu'elle est variable selon différents paramètres.

3.2 Question de recherche

Suite à la confrontation entre mon cadre conceptuel et mon étude empirique, j'ai remarqué que certains termes revenaient régulièrement dans mes entretiens dont je n'avais pas traité dans mes recherches. Par exemple le concept d'accompagnement a été abordé par les quatre infirmières interrogées que se soit au niveau des accompagnement médicaux ou de l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne. Je peux donc en conclure que le concept

d'accompagnement est omniprésent dans la relation qu'entretiennent les IDE avec les résidents en lieu de vie.

J'ai aussi pu observer que la communication avec les résidents était importante pour les quatre infirmières, tant au niveau de la communication verbale que de la communication non verbale. Suite à cette réflexion, une nouvelle question a émergé :

De quelle manière la communication non verbale développée par l'IDE en lieu de vie participe à l'accompagnement d'un résident ?

3.3 Ouverture

De nombreux auteurs se sont penchés sur le concept d'accompagnement et de communication non verbale. J'ai choisi de reprendre les études que Maela Paul a conduit sur l'accompagnement pour introduire ma nouvelle question. Dans son livre *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, elle le définit comme une démarche qui : « *correspond au passage de la commande à la demande. La première s'inscrit dans un cadre institutionnel comme service défini avec ses contraintes. La seconde émane, non pas de la volonté exprimée par une personne d'être accompagnée, mais de l'accueil d'une personne considérée comme sujet et donc seule à même de dire ce qu'elle désire pour elle même* »⁶⁴.

La communication non verbale est définie selon Paul Watzlawick comme étant un moyen de : « *communiquer attitudes, émotions et état présent. Chaque geste, chaque mouvement des yeux, des mains, des muscles du visage, a une signification particulière et traduit la nature même du comportement reflet d'un état antérieur* »⁶⁵. La communication verbale va de pair avec la communication non verbale mais il a été prouvé que la perception non verbale prime sur ce qui est dit par la personne.

64 PAUL M. (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'Harmattan, p. 127 à 128.

65 WATZLAVICK P. (1987), Pragmatics of human communication. A study or interactional patterns, pathologies and paradoxes. In PITARD L., PERUZZA E. (2010), *Cahiers des sciences infirmières U.E 4.1, 4.2 et 4.7*, Paris : Elsevier Masson, p. 152.

CONCLUSION

Pour conclure ce travail de fin d'étude, je dirais que ce sujet reste pour moi vaste et complexe. En effet, j'ai compris grâce à mes recherches et aux entretiens que j'ai mené que la distance était directement liée à la relation de soin et inversement. Elle reste cependant abstraite pour les infirmières qui n'arrivaient pas à mettre des mots précis dessus. J'en déduis que la distance est propre à chacun, au soignant que l'on est où que l'on souhaite devenir, au patient, au résident, au lieu où nous exerçons... J'ai aussi remarqué que la communication et l'accompagnement occupaient une place importante dans la relation et qu'il ne fallait pas les négliger.

Ce travail m'a permis de m'enrichir professionnellement et humainement. J'ai pris un réel plaisir à découvrir les ouvrages traitant de ce sujet et les différents points de vue des auteurs mais aussi à réaliser des entretiens avec les infirmières qui étaient de réels échanges entre professionnels de santé. Ce travail est pour moi une manière de construire la professionnelle de santé que je souhaite devenir et je garderais toujours en tête que la relation avec le patient n'est pas innée, elle se construit avec le temps. C'est un partage de qualités humaines entre deux personnes.

Je finirais avec une phrase qu'une infirmière a prononcé lors d'un entretien : « *nous soignons avec notre tête mais aussi avec notre cœur* », la distance que nous essayons de maintenir ne doit donc pas devenir un frein à la prise en charge du patient ou du résident.

BIBLIOGRAPHIE

- Les ouvrages

DESHAYS C. (2013), *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*, Paris : InterEditions, 225 p.

MARC E., PICARD D. (2008), *Relations et communications interpersonnelles*, Paris : Dunod, 126 p.

TERRAT E., RAME A. (2005), *Démarche de soins à l'usage des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture*, Paris : Elsevier Masson, 110 p.

MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. (2008), *La relation soignant-soigné*, Rueil Malmaison : Lamarre Editions, 223 p.

ROGERS C. (1980). *A way of being*, Boston : Houghton Mifflin, 416 p.

PRAYEZ P. (2006), *Julie ou l'aventure de la juste distance*, Rueil Malmaison : Lamarre Éditions, 200 p.

RAINE S., MORDACQ C., SOULAGNET-BASCOU M-C., MARTEL F., CHARRON J-M (1990), *Attachement et séparation : paradoxe de la relation soignant-soigné*, Lyon : Amiec, 176 p.

HALL T. E. (1966), *La Dimension cachée*, Paris : Éditions Points, 256 p.

FORMARIER M., JOVIC L. (2009), *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon : Éditions Mallet Conseil, 328 p.

PAUL M. (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'Harmattan, 352 p.

WATZLAVICK P. (1987), Pragmatics of human communication. A study or interactional patterns, pathologies and paradoxes. In PITARD L., PERUZZA E. (2010), *Cahiers des sciences infirmières U.E 4.1, 4.2 et 4.7*, Paris : Elsevier Masson, 247 p.

- Les articles

FISCHER G. N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherche en soins infirmiers n°56. p. 4.*

FORMARIER Monique. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers n°89*. p. 33 à 42.

LEONE C. (1996). Soins aux personnes âgées en institution de longue durée. *La revue de l'infirmière n°11* p. 56 à 57.

TERENO S., SOARES I., MARTINS E., SAMPAIO D., CARISON E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir n°19*. p151 à 188.

MARIN C. (2018). Sur les traces de l'intimité. *Jusqu'à la mort accompagner la vie n°134*. p. 5 à 6.

LE BRETON D. (2018). La pudeur à l'hôpital et dans les soins. *Soins n°831*. p. 33.

- Les documents électroniques

LEXILOGOS. *Dictionnaire Latin Gaffiot*. Disponible sur : https://www.lexilogos.com/latin_dictionnaire.htm (Consulté le 11 Février 2019).

CNRTL. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/> (Consulté le 11 Février 2019).

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Cours sur les relations interpersonnelles: définitions, caractéristiques et significations*. Disponible sur: <http://mapageweb.umontreal.ca/claes/psy3071/expose1.pdf> (Consulté le 26 Février 2019).

LAROUSSE. *Dictionnaire Larousse*. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> (Consulté le 25 Février 2019).

CHU ROUEN. *Catalogue des Index des Sites Médicaux de langue Français*. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/cismef/> (Consulté le 25 Février 2019).

VIE PUBLIQUE. *Au cœur du débat public*. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/> (Consulté le 26 Février 2019).

WIKIPEDIA. *L'encyclopédie libre*. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal (Consulté le 27 Février 2019).

SERVICE PUBLIC. *Le site officiel de l'administration française*. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/> (Consulté le 8 Février 2019).

LEGIFRANCE. *Le service public de la diffusion du droit*. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 16 Mars 2019).

CHU MONTPELLIER. *Charte des patients*. Disponible sur : <http://www.chu-montpellier.fr/fr/patients-et-visiteurs/votre-hopital/droits-et-devoirs-des-patients/chartes-des-patients/> (Consulté le 01 Mars 2019).

FNAPAES. *Image page de garde*. Disponible sur: <https://www.fnapaef.com/single-post/2018/05/11/Personnes-%C3%A2g%C3%A9es-familles-professionnels-quelles-relations-possibles-Comment-faire-des-familles-des-partenaires-du-prendre-soin> (Consulté le 26 Mai 2019).

- Les cours magistraux

UE 3.1 S1 – Raisonement et démarche clinique infirmière – Mme Arnal – 20 Septembre 2016.

UE 1.1 S1 – Psychologie, sociologie, anthropologie – Mme Gounelle – 6 Janvier 2017.

- Les textes juridiques, législatifs et réglementaires

-Article L4311-1 du 23 Février 2017 Code de la Santé Publique.

-Article R4311-2 du 8 Août 2004 Code de la Santé Publique.

-Article L311-3 du 28 Décembre 2015 du Code de l'action sociale et des familles.

-Arrêt n°361534 du 19 Septembre 2014 du Conseil d'État.

Annexe n°1

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8 La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe n°2

Charte de l'enfant hospitalisé



6.
Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âges pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

10.
L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toutes circonstances.

9.
L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.

7.
L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

5.
On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

4.
Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et à leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

8.
L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

2.
Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3.
On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propre au service, afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

1.
L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants.

Annexe n°3

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

1. Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

2. Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

3. Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

8. Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

9. Droits aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

11. Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée dépendante en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche, une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne âgée dépendante

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

14. L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Annexe n°4

GUIDE D'ENTRETIEN

Je suis étudiante en soins infirmiers en troisième année. Dans le cadre de mon mémoire sur la relation soignant-soigné, je réalise des entretiens avec des infirmiers travaillant sur des lieux de vie afin d'analyser la relation entre l'IDE et le patient/résident. Les entretiens resteront confidentiels, ils seront enregistrés vocalement pour être retranscrit et seront par la suite détruits. Les infirmiers seront tout au long de mon travail anonymisés.

Présentation du professionnel interrogé :

- Année du diplôme
- Parcours professionnel
- Depuis combien de temps dans l'établissement ?
- Pourquoi travailler sur un lieu de vie ?

1/ Quels types de relation entretenez-vous avec les résidents dans votre activité de soignant ?

2/ Quels éléments peuvent influencer cette relation ?

3/ Pour vous qu'est ce que la juste distance à adopter avec les patients/résidents avec qui vous êtes en contact ?

4/ De quelle façon respectez-vous l'intimité de la relation lorsque vous êtes auprès des résidents ?

5/ Comment la mise en place d'une distance professionnelle peut favoriser une meilleure relation avec le patient ?

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe n°5

MATRICE D'ANALYSE

IDE Concepts/thèmes	Londres	Paris	Madrid	Rome
Diplômée depuis				
Parcours professionnel				
Ancienneté en lieu de vie				
Avantages du lieu de vie				
Relation soignant-soigné				
Tutoiement/vouvoiement				
Communication non verbale				
Juste distance				
Attachement				
Intimité				

« A la recherche de la juste distance »

Lors d'un stage en foyer d'accueil médicalisé, une situation m'a questionné. Suite à cette situation une question est née : « en quoi la mise en place de la distance professionnelle influence-t-elle la relation soignant-soigné sur un lieu de vie ? »

Il m'est arrivé plusieurs fois de m'attacher aux patients ou résidents durant ma formation. J'ai donc choisi de travailler sur la distance professionnelle dans la relation de soin.

Mon travail de recherche est composé de deux parties : la recherche conceptuelle abordant les concepts de relation soignant-soigné, de distance et de lieu de vie ainsi que la recherche empirique composée de l'analyse des entretiens semi-directifs que j'ai réalisés auprès de 4 infirmières travaillant en lieu de vie.

Suite à cette analyse, des points de convergences, de divergences et des complémentarités sont apparus et m'ont conduit à l'émergence d'une nouvelle question : « De quelle manière la communication non verbale développée par l'IDE en lieu de vie participe à l'accompagnement d'un résident ? ».

Mots clés : Relation soignant-soigné, Distance, Lieu de vie

« In Search Of The Right Distance »

During an internship in a nursing home, I was intrigued by a situation that made my initial question emerge : « how does setting up a professional distance influence the caregiver relationship with an institutionalized patient ? »

Many times I became attached to the patients or residents during my internships. So I chose to work on the professional distance in the caregiver/patient relationship.

My final report is composed of two parts. First, the bibliographic research which is approaching the concepts of caregiver/patient relationship, the distance and the theme of public space. Likewise, the empirical research is composed of the analysis of semi-structured interviews that I did with 4 nurses working on the concept of public space.

Following this analysis, focal points, divergences and complementarities appeared and led me to let my question for further research arise : «How the non verbal communication developed by the nurse in public space participates to the care of a resident?»

Keys words : Caregiver/patient relationship, Distance, Public space