

HES-SO // Valais filière Soins Infirmiers

Mémoire de fin d'étude réalisé pour l'obtention du diplôme d'infirmière HES

Le rôle spécifique de l'infirmière à domicile dans sa relation avec le patient



Figure 1

Résumé

Ce travail traite de la relation soignant-soigné à domicile, plus particulièrement du rôle de l'infirmière dans sa relation avec le patient, dans le contexte du domicile. Il a pour but de répondre à la question de recherche suivante :

Comment l'infirmière peut-elle favoriser, dans la continuité des soins et au fil du temps, une relation thérapeutique et professionnelle avec le patient âgé à domicile ?

Pour mener cette étude, je me suis d'abord documentée sur le thème choisi, puis j'ai posé des concepts théoriques en lien avec le sujet traité. J'ai posé des hypothèses de travail, que j'ai vérifiées lors de mon analyse. Puis j'ai fait des entretiens avec des infirmières du terrain, et enfin j'ai analysé les données récoltées à l'aide de mes concepts préalablement exposés.

Ainsi, en lisant ce travail, vous saurez si les infirmières à domicile développent des compétences spécifiques pour garantir une relation de qualité avec leur patient, et vous découvrirez également que la communication non-verbale joue un rôle primordial à domicile.

Ce travail est donc une étude qualitative, portant sur la relation à domicile, du point de vue infirmier. Je me suis en effet limitée aux avis des infirmières; les patients n'ont pas été consultés. Néanmoins, les situations évoquées sont celles de patients demandant des soins fréquents et sur une durée d'un an minimum.

Mots clés : Infirmière, soins à domicile, relation soignant-soigné, communication, personnes âgées, soins fréquents.

Remerciements

Je tiens à remercier plusieurs personnes, autant de l'école que de mon entourage, qui m'ont aidée à mener à bien ce travail, au long de mes recherches, de mes interrogations, de mon stress et de mon découragement parfois, et qui m'ont supportée pendant ces deux années de rédaction.

A Géraldine Marchand, ma directrice de mémoire, qui a su m'orienter et m'aider dans mes réflexions, et m'encourager à me surpasser pour ce travail. Merci pour toutes ces heures de relecture et de discussions.

A Sandy Piaget, mon mari, qui m'a aidée pour la mise en page et pour tout ce qui touche à l'informatique. Il a été mon plus grand supporter, et je lui suis reconnaissante pour toutes les fois où il a su me motiver pour continuer.

A ma famille, mes parents et mes sœurs, qui ont supporté mes sautes d'humeur, mon stress, et qui m'ont aidée à y voir clair et à y croire jusqu'au bout. Merci aussi pour votre soutien et vos prières qui m'ont fortifiée.

A Chris Schoepf, responsable des cours de méthodologie, qui s'est investie entièrement pour notre succès, et qui nous a donné de précieux conseils, jusqu'au bout.

A mes camarades de classe, avec qui je discutais de mon mémoire pendant les pauses, qui m'ont stimulée à me poser les bonnes questions, qui m'ont encouragée par leur amitié.

Aux infirmières du CMS de Martigny, qui ont collaboré avec moi et qui ont donné de leur temps pour répondre à mes questions.

A toutes les personnes qui m'ont encouragée, qui m'ont soutenue, qui ont prié pour moi, qui m'ont écoutée et qui se sont intéressées à mon travail.

Table des matières

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	4
1) INTRODUCTION	7
1.1) Présentation du sujet	7
1.2) Motivations.....	9
1.2.1) Motivations personnelles.....	9
1.2.2) Motivations socioprofessionnelles.....	10
1.3) Objectif	12
2) PROBLÉMATIQUE	13
2.1) Description de la problématique	13
2.2) Revue de la littérature	14
2.3) Question de recherche	15
2.4) Hypothèses	16
3) CADRE DE RÉFÉRENCE	18
3.1) Les centres médico-sociaux	18
3.1.1) Introduction	18
3.1.2) Cadre législatif.....	18
3.1.3) Quelques chiffres	19
3.1.4) Les prestations proposées.....	20
3.1.5) Au CMS de Martigny	20
3.2) L'infirmière en santé publique (ISP)	21
3.2.1) Le rôle spécifique de l'ISP.....	22
3.2.2) Le rôle de l'infirmière au CMS de Martigny	23
3.3) La communication	24
3.3.1) Principes généraux de communication	24
3.3.2) Les techniques de communication.....	25
3.3.3) Le contexte de communication.....	27
3.4) La relation soignant-soigné	29
3.4.1) Cadre éthique.....	29
3.4.2) Les acteurs : le soignant	30
3.4.3) Les acteurs : le soigné	31

3.4.4) La relation thérapeutique	31
3.4.5) Les attitudes aidantes	32
3.4.6) Les déviations	34
3.4.7) Les éléments à ne pas négliger	35
3.5) La distance thérapeutique	37
3.6) La personne âgée	38
3.6.1) Étape du développement.....	39
3.6.2) Autonomie et dépendance	40
3.6.3) La chronicité.....	41
3.7) La relation interpersonnelle thérapeutique.....	41
3.7.1) L'orientation.....	42
3.7.2) L'identification	42
3.7.3) L'exploitation	43
3.7.4) La résolution.....	43
4) MÉTHODOLOGIE	45
4.1) Approche de la recherche.....	45
4.2) Méthode d'investigations	45
4.3) Type et taille de l'échantillon	46
4.4) Construction de la grille d'entretien.....	46
4.5) Déroulement des entretiens.....	50
4.6) Analyse des données.....	51
5) ANALYSE	52
5.1) L'adaptation au domicile du patient.....	52
5.2) La relation fréquente.....	57
5.3) La distance thérapeutique.....	62
5.4) La prise en charge infirmière	66
5.5) Vérification des hypothèses	69
5.6) Réponse à la question de recherche.....	73
5.6.1) Créer un climat de confiance	73
5.6.2) Prendre en compte la famille.....	73
5.6.3) Favoriser le respect du patient	73
5.6.4) Utiliser les techniques de communication	74
5.6.5) Encourager son autonomie	74
5.6.6) Considérer le patient comme partenaire.....	74
5.6.7) Respecter le projet de soins.....	75
5.6.8) Evaluer ses prestations	75
5.6.9) Se situer dans une conscience éclairée.....	75
5.6.10) Avoir des objectifs relationnels.....	76
5.6.11) Rester vigilante.....	76

5.6.12) Soigner en équipe	76
5.6.13) Se ressourcer personnellement	77
6) SYNTHÈSE.....	78
6.1) Validité de ma recherche.....	78
6.1.1) Validité interne.....	78
6.1.2) Validité externe	79
6.2) Bilan de mes acquis	80
6.2.1) Bilan méthodologique	80
6.2.2) Bilan professionnel.....	81
6.2.3) Bilan personnel	82
6.3) Pour aller plus loin	83
BIBLIOGRAPHIE	84
Livres.....	84
Magazines et brochures	85
Documents de cours.....	85
CYBEROGRAPHIE	86
ANNEXES.....	89
Historique du CMS de Martigny	89
Les fonctions des CMS.....	90
Autres fonctions des CMS	90
Entretien semi-directif	92
Formulaire de consentement éclairé pour les infirmiers/ères participant au mémoire de fin d'étude	97

1) Introduction

Dans ce premier chapitre, je présente mon travail ainsi que les motivations qui m'ont poussée à choisir ce thème de recherche. Vous y découvrirez également les objectifs que je désire atteindre et qui serviront plus tard pour l'évaluation de mon étude.

Ce travail constitue mon mémoire de fin d'études, que je réalise afin d'obtenir mon diplôme d'infirmière¹ HES. Il portera sur le rôle infirmier dans la relation soignant-soigné, dans un cadre particulier, celui des soins à domicile, ou centres médico-sociaux (CMS). Je m'intéresserai au point de vue infirmier, non à celui des auxiliaires de soins ou autres professionnels de la santé, car le but de cette étude est d'avoir une meilleure connaissance de la profession d'infirmière, d'entreprendre une réflexion personnelle sur mes découvertes et de créer un lien entre la théorie (concepts) et la pratique du terrain. Je développerai ci-dessous les différents aspects de mon travail ainsi que le cadre choisi.

1.1) Présentation du sujet

Dans toute la Suisse, les hôpitaux et les familles sollicitent de plus en plus les soins à domicile. A partir de soixante-cinq ans, douze pour cent des retraités bénéficient de l'aide à domicile, puis quarante pour cent à partir de huitante ans, et ce chiffre est en constante augmentation selon les spécialistes du centre « Aide et soins à domicile »² (douze pour cent d'augmentation depuis 1998). Sur la région de Martigny, région sur laquelle portera mon enquête, les prestations totales sont au nombre de 62 321, avec 11 193 visites infirmières à domicile³. Les familles font appel à ces centres lorsqu'un parent âgé ne peut plus assurer ses activités quotidiennes et a besoin d'aide pour rester chez lui. Ils permettent ainsi à la personne âgée ou handicapée de rester à son domicile plus longtemps et de l'y maintenir jusqu'à sa mort si possible. Ils contribuent, également, à un retour plus rapide des malades dans leur milieu de vie tout en garantissant un suivi des soins. Actuellement, on

¹ Ce terme est utilisé autant pour désigner le personnel infirmier féminin que masculin.

² Jaccard Ruedin H, Weber A, Pellegrini S, Jeanrenaud C. « Le recours aux soins de longue durée varie fortement entre les cantons » In *Observatoire suisse de la santé* [En ligne]. Adresse URL : www.obsan.ch (Page consultée le 25.01.07).

³ Rapport d'activité 2006, soins et maintien à domicile, CMS subrégional de Martigny.

observe un effet de transfert des soins, du home vers le domicile⁴. Plus les CMS sont sollicités, moins il y a de demande pour un séjour en home. Une étude⁵ montre que la demande de placement en home a baissé de 2,5 % depuis le développement des soins à domicile.

Le séjour à la maison est souvent long et ce suivi s'inscrit parfois sur trente voire quarante années, suivant la pathologie du patient et ses désirs. Ce sont les centres médico-sociaux qui sont chargés de ce suivi à court, moyen ou long terme. Les infirmières et le personnel compétent sont amenés à voir ces gens quotidiennement sur une longue période, dans un cadre qui n'est pas le leur, mais celui du patient. L'irruption du soignant dans l'intimité du patient, la fréquence des soins, le contexte familial du patient et la mise à contribution du réseau primaire de celui-ci influencent la relation ainsi créée. L'infirmière doit alors adapter sa façon de considérer cette relation et adopter un rôle professionnel spécifique au suivi à domicile. Elle doit prendre en compte le rythme de vie du bénéficiaire de soin, ses demandes et ses ressources, autant physiques et psychologiques, que celles de son entourage.

Je développerai cette capacité relationnelle de l'infirmière à domicile, en prenant en compte le contexte de soin.

Tout d'abord, je présenterai mes motivations pour ce travail, puis je ferai un survol des centres médico-sociaux en Suisse, en approfondissant la situation du CMS subrégional de Martigny, dans lequel je ferais la suite de mes investigations. Ensuite, j'exposerai son concept de soin et les situations auxquels il répond jour après jour. Je poursuivrai par des recherches effectuées sur le terrain en interrogeant des infirmières de ce centre. Enfin, à l'aide de concepts théoriques, j'analyserai les données récoltées.

⁴ Voir index 1

⁵ Dr. Mazenauer B. « L'aide et les soins à domicile ne doivent pas devenir un luxe » In *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : www.spitex.ch/f/sub04/m_datei_download.cfm?b_e&f_i=621 (Page consultée le 25.01.07).

1.2) Motivations

1.2.1) Motivations personnelles

Au cours de ma formation, j'ai travaillé dans un centre médico-social durant le week-end et un soir par semaine, afin d'acquérir de l'expérience dans les soins et de m'assurer un revenu. J'ai pu constater que les conditions de soins ne sont pas identiques à celles proposées à l'hôpital et que la relation avec le patient dépend beaucoup du contexte. Le patient hospitalisé découvre un univers qui lui est étranger, et souvent déstabilisant ; il adopte un comportement de soigné, de receveur des soins⁶. A domicile, le patient est dans son environnement personnel, habituel et c'est le soignant qui fait alors irruption dans cette sphère privée. C'est, de ce fait, au soignant de s'adapter à l'univers qui l'entoure et non le contraire. C'est donc cette transformation du soin infirmier qui m'a paru motivante pour ma formation professionnelle et personnelle.

Ce constat m'a obligée à ajuster mes soins à cet endroit spécifique et intime, et à accommoder également ma manière d'aborder le patient. Cette modification dans la pratique infirmière peut avoir un côté désécurisant, par le fait que la relation avec le patient est différente. Il est dans son milieu, pas le soignant. Cela peut modifier ce rapport parfois fragile, ou au contraire le renforcer grâce aux découvertes du soignant sur le bénéficiaire de soins. Ce sont toute une multitude de facteurs qui vont influencer cette relation, et c'est l'impact de ces éléments sur la relation (positif, négatif, renforcement, ...) qu'il m'intéresse de découvrir en réalisant ce travail.

A ce titre, je citerai deux exemples vécus lors de mon apprentissage professionnel, qui m'ont interpellée et questionnée sur un plan personnel :

- le premier est celui d'une patiente que je voyais toutes les semaines dans ma tournée du soir, une patiente très demandeuse qui était logorrhéique (qui ne cesse de parler). Elle se plaignait souvent de collègues qui lui parlaient très familièrement et qui ne l'écoutaient même plus. Je trouvais cette façon de procéder peu professionnelle, et en même temps compréhensible aux vues du caractère et de la pathologie de la dame. Il m'arrivait moi-même de ne pas être très patiente avec

⁶ Raffault L., La distance thérapeutique à domicile, Travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier. Institut de Formation en soins infirmiers de Blois, 2003.

elle et de faire au plus vite le soin. Cette première expérience m'a permis de réfléchir sur mon rôle professionnel et sur la relation qu'une infirmière doit être en mesure d'offrir à son patient. Je n'étais pas satisfaite de la prise en charge de cette patiente, car la dimension du soutien relationnel n'était pas reconnue. Cela me posait également un problème personnel, car cette prise en charge n'était pas en accord avec mon idéal infirmier et avec ce que je voulais offrir personnellement à un patient.

- le deuxième exemple, ma seconde expérience, s'est produite, un peu plus tard, lors d'un de mes stages, où j'ai travaillé au CMS de Martigny. Mon statut a évolué, je suis passée du rôle d'auxiliaire de soins à celui d'infirmière stagiaire. Ce travail fut vraiment enrichissant pour moi. J'ai beaucoup apprécié la relation particulière qui s'instaurait entre le patient et moi, cette complicité qui se liait au travers des soins.

A domicile, le patient se permet des familiarités et des attitudes plus personnelles (tutoiement, salutations amicales, titre remplacé par mon prénom). Ce lien avec le patient est touchant. De plus, cette rencontre a lieu au domicile du patient, là où je peux, en tant que soignante, identifier avec précision les besoins quotidiens de la personne en tenant compte de son milieu de vie et de ses habitudes. Tous ces aspects m'ont donné envie d'y travailler plus tard, après quelques années d'expérience en milieu hospitalier.

1.2.2) Motivations socioprofessionnelles

Cette relation avec le patient, cette rencontre crée des conditions favorables pour permettre au patient de rester à son domicile, dans son propre milieu de vie, et d'y recevoir chaque jour les soins qui lui sont nécessaires. Ce lien ainsi créé est indispensable au bon fonctionnement des soins et cette collaboration fait partie de la plupart des compétences de l'infirmière. Tout projet de soin, tout acte infirmier est effectué avec le patient et pour le patient. Cette relation permet d'identifier les besoins du malade, de connaître son vécu et ses valeurs, et de dispenser des soins personnalisés. La communication avec le patient rend le soin plus humain. Pour notre profession, nous devons être attentives à cette relation et sans cesse nous remettre en question afin de trouver les moyens de l'améliorer et de l'approfondir, sans dépasser les limites de notre fonction.

A domicile, l'infirmière est souvent seule avec le patient, il arrive qu'elle soit la seule personne que le patient voit de la journée, et même de la semaine⁷, il est important que cette relation soit de qualité et considérée comme un objectif à part entière dans le projet de soins.

Cette relation s'inscrit dans les compétences spécifiques de l'infirmière HES, notamment :

- Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle (comp. 1). Les soins à domicile réalisent un projet de soins en accord avec le patient, suivant ses besoins et ses demandes spécifiques. L'infirmière dispense des prestations qui correspondent à ce projet et qui visent le mieux-être du patient. Mais pour cela, une communication de qualité doit s'établir, afin que le patient puisse être entendu et écouté, et que les soins répondent à ce qu'il souhaite réellement. Cette compétence n'est pas spécifique au domicile, elle se pratique à l'hôpital également, mais chez le patient, elle prend une importance particulière, car l'infirmière est souvent la seule professionnelle en contact avec le patient afin d'évaluer cette prise en charge individuelle.

- Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins (comp. 2). L'infirmière apprend à connaître le patient et son entourage dans le but de dispenser des soins adaptés au patient et à mobiliser ses ressources. Elle respecte les concepts de communication de sa profession (relation d'aide, écoute active, reformulation, validation, ...) dans le but de créer une relation de confiance qui permet au patient de s'exprimer, d'identifier et de formuler ses besoins, et d'être entendu. Elle élargit cette relation au réseau du patient dans le but d'améliorer le projet de soins et de le personnaliser.

- Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé (comp. 3). L'infirmière a un rôle de prévention et de promotion de la santé. Elle a un rôle de détection de pathologies ou de complications en effectuant les surveillances spécifiques au patient, à sa maladie et à son traitement. Elle lui apprend à avoir des comportements sains, visant une bonne hygiène de vie.

⁷ Entretien avec une infirmière du CMS de Martigny.

Elle met en place un réseau lui permettant de maintenir un niveau de vie de qualité en suppléant aux carences éventuelles (livraison de repas, aide pour la toilette, maintien d'une bonne hygiène corporelle, aide au ménage, ...). Tout ceci se réalise majoritairement par l'observation et la communication. C'est pourquoi la relation que le soignant construit avec le patient est essentielle pour favoriser la promotion de sa santé. Le patient reste lui-même et ose poser des questions, exprimer ses envies ; ainsi le soignant possède une juste vision des besoins du bénéficiaire de soins.

- **Collaborer au fonctionnement du système de santé** (comp. 7). L'infirmière à domicile collabore avec des professionnels de la santé tels que le médecin traitant, les spécialistes, des infirmières d'hôpitaux et d'EMS, des auxiliaires de soins, des assistantes sociales, ... Elle transmet les informations concernant le patient à ses divers professionnels et se charge de la coordination pour la prise en charge du patient par ses collaborateurs. C'est elle qui fait appel à ses collègues suivant le besoin du patient. Cette compétence nécessite de la part de l'infirmière à domicile une bonne communication avec les différents intervenants et également avec le patient, car rien ne se fait sans son accord. L'infirmière doit avoir clarifié avec lui au préalable ses demandes, car le patient à domicile ne désire pas toujours une prise en charge aussi importante qu'à l'hôpital. En effet, il reste avant tout attaché à son lieu de vie en tant que tel, sans le transformer en hôpital particulier.

Dans le cadre de mon mémoire, c'est surtout la compétence 2 (Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins) qui sera développée, car elle met en avant l'importance de la relation soignant-soigné dans le projet de soins. Les autres compétences seront utilisées pour déterminer le rôle spécifique de l'infirmière à domicile, et servent de support à la relation avec le patient, qui s'inscrit toujours dans le cadre professionnel du soignant.

1.3) Objectif

En réalisant ce mémoire de fin d'études, je souhaite découvrir le maximum d'éléments spécifiques à la relation à domicile. A partir de ceux-ci, je pourrai identifier et approfondir les moyens propres à l'infirmière pour permettre la construction d'échanges basés sur des valeurs professionnelles au domicile du patient.



Figure 2

2) Problématique

Dans ce deuxième chapitre, je vais présenter ma problématique, ou question spécifique de recherche. Je décrirai les étapes qui m'ont amenée à me questionner sur ce problème précis et les hypothèses de travail que j'ai formulées et que je vérifierai par la suite, lors de mon investigation sur le terrain.

2.1) Description de la problématique

Durant mon stage au CMS de Martigny et lorsque j'étais auxiliaire de soins au CMS d'Aigle, j'ai remarqué que je côtoyais souvent les mêmes patients. A Martigny, il y a environ 300 patients du service infirmier, cela peut varier rapidement mais c'est une moyenne sur l'année. Ces patients sont répartis suivant leur lieu d'habitation, sur deux services (Arpille et Chavalard). Avec ce nombre de bénéficiaires de soins, il est assez commun de prodiguer des soins au même patient plusieurs fois par semaine. Au fil des mois et des années, ce patient devient connu du service et de chaque infirmière. La relation qui lie ce patient et le soignant évolue, forte de ces rencontres fréquentes et des connaissances partagées. L'infirmière fait partie intégrante de son quotidien, et sa visite devient, en quelque sorte, un moment naturel, banal au cours

de la journée du patient. Se crée alors, un échange profond et riche entre le soignant et le soigné, selon le caractère du patient, ses demandes, et selon le caractère du soignant et ce qu'il est prêt à partager.

Mais cette fréquence de soins peut aussi devenir fatigante, autant pour le soignant que pour le patient, si ceux-ci ont une relation tendue, soit parce que le patient sollicite trop le soignant ou nécessite une prise en charge lourde, soit parce que le soignant perd sa patience et son empathie au fur et à mesure de ses rencontres avec le patient. Ces situations peuvent être le commencement de sentiments de frustration, d'ennui, d'insatisfaction de la part du soignant vis-à-vis de sa profession. Elles peuvent engendrer des conflits avec le patient, ainsi que des conflits dans les équipes de soins, et même des conflits intra personnels. Le soignant se retrouve confronté aux limites de ses capacités et de sa profession.

2.2) Revue de la littérature

Les informations citées ci-dessous sont un bref résumé des études sur la relation soignant-soigné et sur les soins à domicile, afin de mieux comprendre la situation actuelle sur le terrain.

Le patient type d'un CMS est une personne souvent seule⁸, surtout dans nos petites vallées. Il arrive que l'infirmière soit la seule personne qu'il voie de la journée, voire de la semaine. Aussi, la visite infirmière est attendue, c'est l'occasion de parler⁹, d'échanger quelques instants particuliers, où le dialogue peut porter parfois autant sur les voisins que sur le chat du propriétaire ou n'importe quels autres sujets de la vie quotidienne¹⁰. L'infirmière peut avoir des difficultés à rester dans un cadre strictement professionnel, où elle peut cibler son dialogue avec le patient sur des éléments de la santé. Mais, en tant que soignant, nous devons être attentifs au fait que cet échange est important pour le patient, et que cela fait partie intégrante du projet de soins¹¹. Cependant, cette relation a besoin d'un cadre, qui permet au professionnel de faire son métier en étant conscient de cet enjeu relationnel, mais tout en gardant ses objectifs de soins plus techniques. La communication a donc une

⁸ Jaccard Ruedin H, Weber A, Pellegrini S, Jeanrenaud C. « Le recours aux soins de longue durée varie fortement entre les cantons » In Observatoire suisse de la santé [En ligne]. Adresse URL : www.obsan.ch (Page consultée le 25.01.07).

⁹ Grousset, F. Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique. *Dossier soins*, 2003, n°681, p.30-31.

¹⁰ Bardet, F. *Infirmière à domicile, une aventure au quotidien*. Le Mont-sur-Lausanne :Éd Ouverture, 2005.

¹¹ Dupont B-M. La relation soignant-soigné, bien plus qu'un exercice technique. *Dossier soins n°680*, novembre 2003, p.30-31.

place centrale dans le soin à domicile, soit parce qu'elle est absente ou superficielle, soit parce qu'elle est trop présente et envahissante¹².

Le risque de cette relation est l'évolution vers un lien qui dépasse le cadre professionnel, volontairement ou non. En effet, il est assez rare de voir un patient proposer à une infirmière d'entretenir une relation privée, par contre, il est assez banal pour le soignant à domicile, de rencontrer par hasard le patient ou sa famille dans un lieu public, et de se faire accoster pour discuter de problèmes personnels liés à la prise en charge du patient, alors que le soignant est en congé¹³.

Le patient et sa famille, très concernée par le projet de soins, ont des attentes relationnelles envers le personnel infirmier : écoute, temps, empathie¹⁴,... Le soignant peut se sentir stressé et impuissant face à ces demandes¹⁵, qui ne sont pas toujours en adéquation avec les conditions de travail de l'infirmière (réduction du personnel, temps de soins chronométré,...) L'équilibre est difficile à trouver, entre une relation de qualité, où le patient est entendu et l'infirmière satisfaite, et une relation fusionnelle, où le patient est dépendant du soignant, et où l'infirmière se sent impuissante et frustrée face à la souffrance du patient. La limite est floue et souvent difficile à respecter¹⁶.

2.3) Question de recherche

En lien avec les éléments cités ci-dessus, ma question de recherche pour ce mémoire est la suivante :

Comment l'infirmière peut-elle favoriser, dans la continuité des soins et au fil du temps, une relation thérapeutique et professionnelle avec le patient âgé à domicile?

Dans le cadre de mon mémoire, la continuité des soins signifiera des soins effectués trois fois par semaine minimum chez le client âgé de septante ans et plus. J'ai choisi cette tranche d'âge car elle représente la majorité des clients du CMS¹⁷,

¹² Lebret J-M. « Réflexion philosophique sur la relation soignant-soigné » In *Cadre de santé* [En ligne]. Adresse URL : www.cadredesante.com/spip/spip.php?article334 (Page consultée le 25.02.2007).

¹³ Grousset, F. Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique. *Dossier soins*, 2003, n°681, p.30-31.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Aide et soins à domicile « Point fort n° 9 » In *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : www.spitex.ch/f/sub04/m_datei_download.cfm?b_e&f_i=1149 (Page consultée le 25.01.07).

de ce fait, les infirmières interrogées sur leur relation avec le client âgé pourront facilement faire référence à des situations de soins qu'elles rencontrent quotidiennement.

2.4) Hypothèses

Afin de répondre à ma question de recherche, j'émetts les hypothèses suivantes, que je vérifierai lors de mes recherches sur le terrain :

- L'adaptation au milieu de vie du patient permet à l'infirmière de créer une bonne relation avec le patient à domicile.

Une infirmière doit prodiguer des soins, pansements, injections sur une personne couchée dans un lit bas, ou effectuer une toilette dans une salle de bain étroite et peu éclairée, ce qui ne se produirait pas dans un milieu hospitalier. Cela lui demande de constamment ajuster sa façon de faire les soins, en fonction de la place, du milieu et des mobiliers à disposition. Cette adaptation est une marque de respect de l'infirmière envers son patient, qui peut favoriser la création d'une relation thérapeutique.

Par bonne relation, j'entends une relation répondant aux critères de la profession, à visée thérapeutique, comme développé dans mon concept plus bas (chap.3.4.4 La relation thérapeutique).

- Le contexte des soins à domicile permet au personnel infirmier de rencontrer le réseau familial du patient et de découvrir son milieu de vie, ce qui permet une récolte des données plus approfondie, une vision systémique de la situation du patient, une prise en charge globale et des contacts privilégiés.

L'infirmière pénètre dans le milieu de vie intime du patient et de sa famille. Elle a beaucoup d'informations à disposition, autant sur le milieu de vie du patient, que sur sa famille, son histoire de vie, son parcours professionnel. Elle peut utiliser cela pour mettre en place un projet de soins très personnalisé, en prenant en compte les différents acteurs du réseau du patient. Cette prise en charge spécifique sera réalisée et évaluée par le personnel infirmier qui, par un travail d'équipe, récolte le plus d'informations pertinentes possibles sur le patient.

- La relation fréquente (trois fois par semaine minimum) avec le patient âgé (septante ans et plus) exige de la part du soignant des compétences relationnelles spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.

La relation entre le patient à domicile et l'infirmière est différente de celle développée dans le contexte de l'hôpital, car le temps de l'hospitalisation est plus court, le contexte est plus stressant pour le patient (situation de crise, environnement étranger). A domicile, cette relation exige d'autres compétences pour l'infirmière, car le contexte dans lequel évolue la relation est différent, autant au niveau de la durée que du lieu de soins et des préoccupations du patient.

- La communication non-verbale joue un rôle très important à domicile, car elle prend en compte le milieu de vie du patient comme source d'informations conséquentes pour les soins.

Le milieu de vie du patient peut donner au soignant beaucoup d'informations utiles pour la prise en charge, si ces éléments sont observés, puis discutés et vérifiés avec le patient.



Figure 3

3) Cadre de référence

A cette étape de mon travail, je présente le cadre qui me permettra plus tard de faire mon analyse. Je pose des concepts théoriques qui sont en lien avec mon sujet de recherche et qui peuvent en éclairer des aspects spécifiques. Tout d'abord, je présente les CMS, qui seront les milieux spécifiques de ma recherche, ceci afin d'en distinguer les spécificités, car ils diffèrent des milieux hospitaliers en plusieurs points, ce qui va influencer la prise en charge infirmière et sa communication avec le patient. Cette présentation ne sera pas reprise pour analyser la suite de ma recherche, néanmoins elle est nécessaire pour poser le contexte de mon mémoire, et le cadre spécifique dans lequel il s'inscrit.

3.1) Les centres médico-sociaux

3.1.1) Introduction

Les centres médico-sociaux représentent l'ensemble des prestations d'aide et de soins à domicile visant le maintien à domicile. Ils regroupent les prestations d'aide et de soins destinés aux personnes qui ont besoin d'un soutien pour rester chez elles. Les centres de soins à domicile sont répartis sur l'ensemble du territoire national par district. L'association suisse se nomme Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. Chaque canton a son association, divisée en organisations locales. Au niveau valaisan, il y a six centres régionaux, dont quatre romands, et de nombreux points d'accueils décentralisés. Ces centres régionaux sont : Monthey, St-Maurice, Martigny, Sion, Hérens, Conthey.

Je présente ci-dessous les CMS au niveau cantonal et plus spécifiquement celui de Martigny, afin de poser le contexte de ma recherche et de comprendre le milieu dans lequel se font ses soins. De plus, j'émet dans mes hypothèses le fait que ce milieu joue une influence sur la relation soignant-soigné, il est donc important que je m'y intéresse et que je comprenne son fonctionnement.

3.1.2) Cadre législatif

En 1975, le Grand Conseil du canton du Valais vote un décret concernant la participation financière de l'Etat aux organisations médico-sociales avec une entrée

en vigueur au 1er janvier 1976. Cinquante pour cent du déficit des CMS valaisans est financé par l'Etat. Les communes se répartissent le reste du déficit selon leur nombre d'habitants. Selon la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie), les soins à domicile sont remboursés par les caisses maladies, avec une participation de dix pour cent par le patient jusqu'au montant de sa franchise annuelle¹⁸.

Il ne me paraît pas nécessaire de développer plus cet aspect dans mon mémoire, cependant, un historique plus complet des CMS du Valais, plus particulièrement celui de Martigny, est exposé en annexe. Vous y trouverez aussi les fonctions spécifiques des CMS, afin de comprendre quelles sont leurs activités.

3.1.3) Quelques chiffres¹⁹

Faits et chiffres sur l'aide et les soins à domicile d'intérêt public (en Suisse) :

- une association faîtière, 26 associations cantonales, 740 organisations locales.
- env. 200 000 patients pris en charge chaque année dont 42% de plus de 80ans et 74% à la retraite, dont 70% sont des femmes.
- 27 100 collaborateurs soit 11 000 emplois à plein temps.
- 11,5 millions d'heures effectuées (heures de soins facturables).
- 960 millions de francs de coûts totaux dont 291 remboursés par la LAMal.
- les infirmières diplômées représentant 29% des postes d'un CMS²⁰
- l'aide et les soins correspondent à 88% des occupations
- en Valais, il y a 1,5 à 2 postes infirmiers pour 1000 habitants

Ces chiffres nous permettent de voir l'importance des soins à domicile dans la prise en charge de la santé au niveau suisse. De plus, ils sont en constantes augmentation, ce qui montre bien l'expansion de ce milieu de soins, et l'importance qu'il va prendre ces prochaines décennies.

¹⁸« Prestation de l'assurance de base (LAMal) » In *ABC de l'assurance* [En ligne]. Adresse URL : http://www.comparez.ch/fr/assurance-maladie/abc-de-l-assurance/index_241.htm (page consultée le 3.07.07).

¹⁹ Aide et soins à domicile « Point fort n° 9 » In *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : www.spitex.ch/f/sub04/m_datei_download.cfm?b_e&f_i=1149 (Page consultée le 25.01.07).

²⁰ Aide et soins à domicile « Statistique de l'aide et des soins à domicile » In *Spitex* [En ligne]. Adresse URL : www.bag.admin.ch/.../8ull6Du36WcnojN14in3qSbnpWWZGyXmk6p1rJgsYfhyt3NhqbdqIV+bay9bKbXrZ6lhuDZz8mMps2qo6fo (Page consultée le 15.05.07).

3.1.4) Les prestations proposées²¹

Au niveau des soins infirmiers :

- Soins corporels.
- Pansements et enveloppements.
- Injections.
- Prises de tension.
- Conseils de santé.
- Accompagnement en fin de vie.
- Thérapie respiratoire.
- Administration de médicaments.

Chacun de ces soins est une occasion pour l'infirmière de construire une relation avec le patient, et de permettre un échange ciblé sur la santé du bénéficiaire de soins. Ils peuvent être aussi le prétexte d'une surveillance plus approfondie de l'état moral du malade, ne répondant alors pas forcément à une demande de soin physique, mais plutôt psychologique, le passage d'une infirmière pouvant rassurer le patient.

Les CMS proposent plusieurs autres prestations qui ne sont pas en lien direct avec les soins infirmiers et que je ne citerai pas ici, néanmoins vous pouvez les retrouver en annexe. Tous ces soins visent au meilleur maintien à domicile de la personne, et regroupe les caractères biologiques, psychologiques et sociaux.

3.1.5) Au CMS de Martigny

Le CMS de Martigny est une association de droit privé, regroupant six communes, Martigny, Trient, Fully, Salvan, Bovernier, Martigny-Combe, soit 25 000 habitants. Il offre des prestations à des personnes de tout âge, mais majoritairement à des personnes âgées. Il est composé d'une équipe de professionnels travaillant en collaboration (infirmières/iers, aides familiales, auxiliaires-aides au foyer, assistants sociaux, employés administratifs, ...)

Le service infirmier est séparé en deux (Arpille et Chavalard) avec 21 postes infirmiers soit un total de 1330%, dont la grande majorité est constituée d'infirmier/ère en santé publique. Cela représente sur l'année 2006, 11'193 visites à

²¹Aide et soins à domicile « Prestations » In *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : www.spitex.ch/f/ (Page consultée le 25.01.07).

domiciles, 483 visites ambulatoires et 62'321 prestations totales. Depuis ses débuts jusqu'à 2006, le budget de l'association a passé de 365'000 en 1982 à 4'342'000 frs²². Cette énorme augmentation va de paire avec l'expansion des soins à domicile, qui sont une branche maintenant reconnue dans la prise en charge du patient, et dans la continuité des soins proposés dans notre pays. Le CMS de Martigny fait partie des plus grands centres du Valais (6 centres subrégionaux), avec un champ d'action sur plusieurs communes, regroupant des activités infirmières diverses. Il participe à la qualité des soins infirmiers de notre canton, en travaillant en collaboration avec plusieurs organismes de santé, et en offrant des prestations diverses à un public large (nourrissons et mamans, enfants en scolarité, personnes handicapées, personnes âgées). C'est pourquoi le personnel infirmier se doit d'être bien formé et d'avoir un sens de la communication et de l'adaptation très développé, afin de rentrer en contact avec cette population variée.

L'objectif de ce centre est d' « améliorer votre qualité de vie individuelle et sociale en coresponsabilité avec vous et votre entourage, dans votre projet de vie. »²³

3.2) L'infirmière en santé publique (ISP)

Je développe ci-dessous la formation d'infirmière en santé publique, car cette formation est la seule spécialisation à nos jours qui aie été conçue pour le domicile. L'infirmière qui exerce à domicile, quelle aie ou non la formation d'ISP, devra développer les compétences qui sont liées à cette formation.

Cette spécialisation fait partie des anciennes formations infirmières (formations dispensées entre 1966 et 1997²⁴, qui précèdent celles des niveau I et niveau II, puis celle des infirmières HES). Elle est particulière aux infirmières en soins généraux. Antérieurement, la formation infirmière regroupait les infirmières en soins généraux, les infirmières en psychiatrie et les infirmières en hygiène maternelle et pédiatrique. Ces formations duraient trois ans et permettaient l'obtention d'un diplôme. Actuellement, la formation d'infirmière en soins généraux permet de travailler autant à l'hôpital qu'à domicile. La spécialisation d'ISP se fait en cours

²² Centre médico-social subrégional de Martigny *Assemblée générale du 26 avril 2007*.

²³ Brochure *Association du centre médico-social subrégional de Martigny*.

²⁴ « Une histoire qui invente le futur » In *Historique de la haute école de la santé La source* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.ecolelasource.ch/Decouverte/histoire.html> (page consultée le 10.07.07).

d'emploi ou en continu. Elle met l'accent sur la santé publique, la prévention et l'éducation à la santé. Elle regroupe des compétences d'enseignement au patient, de dépistage de maladies, de prévention des risques, d'accompagnement à domicile. L'infirmière scolaire fait partie intégrante de cette fonction. Actuellement, cette spécialisation n'est plus indispensable pour travailler à domicile. D'ailleurs, des infirmières que j'ai interrogées lors de mes entretiens, une seule a cette spécialisation. Les autres ont acquis les compétences spécifiques au cours de leurs expériences.

3.2.1) Le rôle spécifique de l'ISP

Il peut se diviser en trois grandes catégories, qui sont :

- La promotion de la santé, qui consiste à habiliter une population à prendre en main son état de santé en vue de l'améliorer. Ceci regroupe des champs d'activités comme l'élaboration d'une politique de santé publique, la création de milieu favorable à la santé, l'intensification de l'action communautaire, la réorientation des services de santé, l'acquisition de compétences professionnelles.
- La prévention des maladies, qui consiste essentiellement à l'enseignement sur divers sujets touchant la santé, comme l'hygiène de la reproduction et la santé familiale, la santé sexuelle, la prévention des maladies chroniques, la nutrition et la santé mentale.
- La protection sanitaire avec les maladies transmissibles, la protection contre les accidents, l'hygiène du milieu, les urgences²⁵.

Ces différentes activités se font à domicile, dans les écoles, dans nos lieux de travail (ex : les bureaux sans fumée) et dans nos rues. L'infirmière en santé publique a une grande fonction d'enseignement et de prévention, ce qui implique une faculté de communication et d'adaptation aux différents endroits et à la population changeante. La relation au patient est au cœur de son travail.

L'ISP côtoie des gens malades auxquels elle prodigue soins, soutien et enseignements. Elle s'occupe également de gens en bonne santé. Son rôle consiste alors au maintien de la qualité de vie par des enseignements et des conseils.

²⁵ « Le rôle de l'infirmier ou infirmière de santé publique au sein de l'office régional de la santé » In *Santé Manitoba*. Adresse URL : <http://www.gov.mb.ca/health/documents/roleors.pdf> (page consultée le 10.07.07).

3.2.2) Le rôle de l'infirmière au CMS de Martigny

A Martigny, les infirmières n'ont pas toutes la formation d'ISP, car elle n'est pas obligatoire pour le travail à domicile. Pourtant, si la formation n'est pas toujours la même, le cahier des charges et les fonctions de l'infirmière sont les mêmes pour tout le personnel infirmier. Le rôle de l'infirmière à domicile (pas forcément ISP) est le suivant :

- L'infirmière exerce son activité dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Elle collabore avec les différents partenaires du domaine de l'aide et du maintien à domicile, de la promotion et de la prévention.
- Elle exerce une activité médico-sociale dans les domaines de la promotion et de la prévention, du dépistage, de la surveillance, de la rééducation, des bilans de santé, des soins infirmiers et médicaux délégués, des tâches sociales et administratives.
- Elle est appelée à accomplir divers types de tâches, comme l'évaluation du niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie domestique, les soins infirmiers autonomes, l'appréciation des besoins de santé selon un concept global de systémie du patient et de son entourage, l'accompagnement de la clientèle et de son entourage dans son projet de vie à domicile, le soutien et l'orientation de ces derniers dans un nouveau projet (EMS, foyer de jour,...), elle supervise les soins délégués, elle effectue des soins infirmiers médicaux délégués²⁶.

Le rôle de l'infirmière à domicile du CMS de Martigny s'inscrit donc directement dans le rôle spécifique de l'ISP. Pourtant, un certain nombre d'infirmières n'ont pas suivi cette formation. Cependant, elles sont appelées à répondre au même genre de situation, et doivent développer des compétences de communication sur le long terme, alors qu'elles n'y sont pas préparées dans leur formation hospitalière. Effectivement, il est rare en hôpital d'être confronté régulièrement au même patient, à part dans les services d'hémodialyse.

²⁶Cahier des charges de l'infirmier/ère travaillant en santé communautaire pour le centre médico-social subrégional de Martigny.

3.3) La communication

La communication est le principal vecteur de la relation. C'est pourquoi dans ce chapitre, je vais clarifier certains termes et en développer d'autres.

Étymologiquement, ce terme signifie « mettre en commun ». Il est synonyme de communier, mettre en communauté. Progressivement, ce terme va prendre le sens de transmettre, d'échanger²⁷.

La communication est le principal outil du soignant, qui s'en sert pour connaître la personnalité de son patient, son milieu de vie, sa conception et sa perception du monde et de sa maladie.

3.3.1) Principes généraux de communication²⁸

- La communication se trouve partout : La personne envoie de façon continue toutes sortes de messages de communication, que ce soit dans ses gestes, sa posture, son expression orale, faciale et corporelle... De même, le professionnel envoie ce genre de signaux, que le patient reçoit et interprète. Mais le soignant doit aussi décoder les indices que le patient lui donne afin d'y attribuer une signification qui l'aide à mieux comprendre la personne et ses besoins.
- Il est impossible de ne pas communiquer : le langage corporel nous trahit, même si notre bouche ne dit rien. Le corps ne possède pas de filtres et parle pour nous, sans utiliser de mots.
- La communication se situe sur les plans cognitif et affectif :
 1. Le plan cognitif est intellectuel et informatif, il rapporte des faits, des événements qu'il transmet par des mots.
 2. Le plan affectif touche les émotions et les sentiments, les ressentis. Il se transmet par le langage non-verbal.
- En cas de messages verbaux et non verbaux contradictoires, la signification du message non-verbal est retenue : la communication passe à 93% par le langage non-verbal, c'est lui qui laisse la plus forte impression sur l'autre. Les mots traduisent notre raison, le non-verbal traduit nos opinions et notre sentiment.

²⁷ Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. Ed. Bréal, Paris, 2003.

²⁸ Chalifour J. *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste*. Ed. Lamarre, 1989.

Dans les soins à domicile, un des rôles de l'infirmière est l'enseignement au patient. Sa communication se situe alors sur le plan cognitif. Elle lui transmet un savoir qu'elle a acquis, et qui est bénéfique au patient. Mais elle doit aussi être à son écoute et accueillir ses émotions. Dans ce cas, l'échange se situe sur le plan affectif. L'infirmière doit avoir des compétences dans ces deux domaines. De plus, il n'y a pas que les paroles échangées qui ont de l'importance, mais toute la gestuelle : la façon dont l'infirmière observe le domicile du patient, sa réaction lorsque le patient lui propose un verre d'eau sale, l'attention qu'elle porte aux photographies encadrées au salon, ... Ce sont des situations spécifiques au domicile, qui n'ont pas forcément de lien direct avec les soins, mais qui vont influencer la relation avec le patient.

3.3.2) Les techniques de communication²⁹

Les techniques de communication sont un ensemble de méthodes permettant au soignant, dans ce cadre précis, d'améliorer sa relation avec le patient et d'approfondir leurs discussions. En voici quelques unes développées ci-dessous.

- les questions ouvertes : techniques simples permettant au soignant de faire préciser un point évoqué, de partager son point de vue ou d'apporter un complément d'information sur sa situation ou son ressenti. Le patient se doit de formuler une réponse, il ne peut pas répondre par « oui » ou par « non ». Ces questions permettent au patient d'explorer son ressenti et ses comportements, sans être influencé par l'avis du soignant. Dans les soins à domiciles, elles peuvent être utilisées pour comprendre l'histoire de vie du patient, les ressources qu'il a face à la situation, ou les demandes de soins dont il a besoin.

Ex : « Comment faites-vous pour vous faire à manger avec le bras dans le plâtre ? »

- les questions fermées sont celles où le soignant attend une réponse par « oui » ou par « non ». Elles permettent la recherche d'une information simple et précise, un complément d'information dont le soignant a besoin. L'infirmière à domicile peut s'en servir pour évaluer son soin, ou découvrir si ce qu'elle fait convient au patient.

Ex : « Est-ce que vous avez assez chaud avec une couverture ? »

- la formulation est la technique qui utilise la répétition d'un mot de la phrase pour créer une relance. Cette manière de faire permet au patient d'approfondir son idée et

²⁹ Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. Ed. Bréal, Paris, 2003.

de rester dans le fil de ses pensées. Elle crée aussi un effet miroir qui donne au patient l'impression d'être entendu et compris. A domicile, l'infirmière peut l'utiliser lorsqu'elle aide le patient à gérer son angoisse, ou lorsqu'elle veut obtenir plus d'information sur la vie du patient et sur son quotidien. Le patient peut avoir de la difficulté à exprimer ses besoins, et cette technique permet à l'infirmière de l'encourager.

Ex : *Patient* - J'ai l'impression d'être observé.

Soignant - Observé ?

Patient - Oui, comme si quelqu'un me suivait et regardait ce que je fais.

- la reformulation est une technique qui reprend les propos du patient de manière synthétique sous une autre forme. Elle commence souvent par les mots « si j'ai bien compris » et fini par « c'est bien cela ? » ou autre formule semblable. Cela permet au soignant de vérifier auprès du patient s'il a bien compris ses propos, de pouvoir recentrer l'entretien sur un élément particulier ou encore de montrer une écoute active et intéressée. L'infirmière à domicile peut l'utiliser pour obtenir un complément d'information sur les propos du patient, et pour vérifier un élément qu'elle comprend. Elle peut aussi s'en servir avec la famille du patient, afin de clarifier leur demande.

Ex : *Patient* - J'ai mal au ventre depuis que le médecin m'a ausculté ce matin et j'ai peur qu'il m'ait déplacé un organe.

Soignant - Si je comprends bien, vous avez des douleurs à l'estomac depuis votre auscultation, ce qui vous inquiète ?

Patient - Oui, mais la douleur est plus basse que l'estomac, plutôt vers le nombril.

- la confrontation consiste à reformuler deux propos du patient, qui semblent antagonistes, afin de clarifier avec le patient la situation et de lui faire prendre conscience de cette apparente incohérence. L'infirmière peut l'utiliser pour clarifier une prise de médicament oubliée, ou confronter le patient sur un propos qui semble erroné selon les informations dont elle dispose.

Ex : « Vous m'avez dit que vous veniez de faire le ménage, pourtant je vois qu'il y a de la poussière sur les meubles et que la baignoire est sale ? »

Tous ces éléments sont d'ordre verbal et s'inscrivent dans la communication verbale. Mais une grande partie de notre façon de communiquer passe par le canal

non-verbal. C'est le langage du corps, les gestes, la proxémie (distance physique), l'expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, l'apparence et les odeurs. L'ensemble d'un message passe à 38% par l'intonation et à 55% par le langage gestuel. Le professionnel se doit d'être attentif au non-verbal du patient, à sa manière d'exprimer sa douleur (il fait une grimace mais ne dit rien) ou de parler de sa maladie. A domicile, l'environnement du patient, les odeurs de son appartement, sont des éléments non-verbaux permettant d'obtenir des informations précieuses sur le patient. Le professionnel pourra alors se servir de techniques de communication verbale pour vérifier ses impressions par rapport aux éléments non-verbaux que lui transmet le domicile du patient. Un appartement non soigné, laissé à l'abandon peut être le signe d'une dépression, l'état d'une cuisine peut en dire long sur le mode d'alimentation du propriétaire. Mais ces éléments doivent être discutés avec le patient avant d'être interprétés et transmis. La communication verbale et celle non-verbale ne doivent pas être en contradiction, mais elles doivent se compléter et apporter un élément de plus à l'autre, afin d'avoir la meilleure compréhension possible de l'individu et une meilleure transmission du message.

Le soignant doit être également attentif à son propre langage non-verbal. Il doit maîtriser son intonation de voix, sa manière de se positionner, l'expression de son visage lorsqu'il parle avec le patient ou lorsque le patient lui montre une plaie par exemple. Le patient remarquera ces détails sur le soignant et il est important que le professionnel soit congruent, sinon son message ne sera pas crédible aux yeux du patient et il ne pourra pas établir une relation de confiance avec lui.

3.3.3) Le contexte de communication³⁰

La communication met en relation plusieurs acteurs, dans un milieu précis, avec des intentions et des perceptions qui diffèrent d'un individu à l'autre. Nous allons voir les différentes étapes de la communication et les différents intervenants :

- L'intention est le désir de transmettre une idée ou une décision à l'autre. Elle peut être directe ou dissimulée.
- Le message est l'information qu'on veut faire passer à l'autre.
- L'émetteur est la personne qui envoie un message.
- Le récepteur est la personne qui reçoit le message.

³⁰ Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. Ed. Bréal, Paris, 2003.

- Les parasites sont les éléments qui altèrent la communication et empêchent une bonne compréhension du message. Ils peuvent être de nature physique (bruits), psychologique (préjugés) ou sémantique (significations mal comprises).
- Le décodage est le travail fait par le récepteur pour comprendre le message.
- La rétroaction est la réponse du récepteur à l'émetteur, afin que la communication se poursuive.

A domicile, le cadre de cette relation est toujours le même, il se situe chez le patient. L'émetteur est soit l'infirmière, soit le patient, selon la discussion. Les parasites peuvent être multiples : la radio, les odeurs, l'état de l'appartement qui peut amener l'infirmière à un jugement de valeur, la personne âgée qui selon les villages va encore parler avec des expressions de patois,...



Figure 4

3.4) La relation soignant-soigné

Dans ce chapitre, je vais développer le concept de la relation soignant-soigné, en m'arrêtant sur le cadre de cette relation, basée sur des fondements éthiques. Je parlerai des deux intervenants, soit le soignant dans son rôle professionnel, et le soigné, la personne à domicile. J'expliquerai les spécificités de cette relation, qui a un but thérapeutique, puis j'exposerai les attitudes infirmières qui permettent à l'échange d'être de qualité, et enfin je parlerai des déviations de cette relation, qui peuvent arriver et provoquer un déséquilibre malsain pour les deux acteurs.

En premier lieu, il importe de donner à cette relation un cadre défini et une dimension éthique, afin qu'elle soit, avant tout, d'ordre professionnel et pas seulement d'ordre individuel.

3.4.1) Cadre éthique

« Le respect des droits de l'homme, et notamment du droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain font partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'individualité ou de maladie, de sexe, de nationalité, de politique, de race ou de statut social.

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectées. L'infirmière s'assure que l'individu reçoit suffisamment d'informations pour donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir. L'infirmière respecte le caractère confidentiel des informations qu'elle possède et ne communique celles-ci qu'à bon escient. »³¹

L'infirmière doit :

- respecter des valeurs éthiques définies par sa profession, comme l'intégrité de la vie, la justice, l'autonomie, la vérité, la fidélité, le respect, la confiance, le souci de faire le bien et d'éviter de nuire, la dignité de l'individu, sa personnalité et ses valeurs, son mode de vie et sa sphère privée, son entourage.
- soutenir et aider le patient et ses proches dans l'obtention d'informations relatives à son traitement et à ses soins.

³¹ Conseil international des infirmières *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, 2000. Page 2.

- mettre à disposition du patient et de ses proches son savoir et ses compétences professionnelles.
- garder confidentielles les données du patient.
- créer un climat de confiance qui permet au patient de s'exprimer sans être jugé.
- utiliser judicieusement ses ressources physiques et psychiques pour le bien du patient³².

Ces éléments se traduisent à domicile entre autre par le respect du secret professionnel. Par exemple, dans les petits villages où la population se connaît bien, il est assez courant d'entendre une patiente demander des nouvelles d'une amie, patiente elle aussi du CMS. L'infirmière doit alors respecter le secret professionnel, malgré les questions de la première patiente.

De plus, elle met à disposition du bénéficiaire de soins et de sa famille les ressources du CMS, que ce soit d'autres professionnels (aide soignante, assistante sociale, ...) ou des conseils judicieux pour la prise en charge (aménagement de l'appartement, ...). Ces exemples font parties du quotidien de l'infirmière à domicile, et sont le reflet de valeurs professionnelles et éthiques de notre métier.

3.4.2) Les acteurs : le soignant³³

L'infirmière est une professionnelle de la santé qui a acquis des compétences techniques et relationnelles au cours de son apprentissage et de ses expériences. Ses prestations se construiront toujours autour du malade et de sa maladie. Le soignant a des devoirs et des droits propres à son métier et à son rôle de professionnel. Il se doit d'adopter des comportements qui sont en accord avec sa profession et avec les besoins du malade. L'infirmière prend soin du patient, elle le touche, l'écoute, mais pour pouvoir bien communiquer avec lui, elle doit apprendre à se connaître, à se positionner, en tant que professionnel et individu.

Malheureusement, le manque de personnel et l'arrivée de nouvelles technologies diminuent le temps passé au chevet du patient à communiquer avec lui. La plupart du temps, l'infirmière profite d'un soin pour faire en même temps du relationnel. Cela peut nuire à son attention pour le patient, et provoquer une sorte de frustration et de tension chez l'infirmière, qui essaie de prodiguer des soins de

³² Roth H. Zierath M. *L'éthique dans les soins infirmiers*. ASI-SBK, Berne, 1999.

³³ Grousset S. « Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique » *Dossier soins* n°681, p.30-31.

qualités et qui confronte son idéalisme de la profession à la réalité parfois beaucoup plus stressante.

De plus, l'infirmière est un être humain, avec ses occupations extérieures, son humeur, son caractère. Les attentes du patient peuvent parfois être mal vécues et il arrive que la professionnelle disparaisse au profit de l'individu. Ainsi, la porte est ouverte pour toutes sortes de déviances dans ce jeu relationnel (cf. Les déviances, chp. 3.4.6).

A domicile, l'infirmière se retrouve seule avec le patient. Elle est la seule personne garante de cette qualité professionnelle. Elle peut encore aménager son emploi du temps et ses priorités de manière libre, en accord avec le patient. Mais cette solitude peut aussi devenir pesante dans les situations difficiles. Elle peut se retrouver face à elle-même et face à ses peurs, désemparée devant les besoins du patient. Elle doit donc développer un mécanisme d'adaptation spécifique à son métier à domicile, qui lui demandera d'effectuer des soins dans un endroit plus petit qu'elle ne l'aimerait, avec du matériel qui n'est pas le sien mais celui du patient, tout en essayant de garder une qualité de soins qui répondent à des critères d'ergonomie, d'efficacité, de sécurité, de propreté et d'éthique.

3.4.3) Les acteurs : le soigné

Le soigné est par définition le demandeur de soin. C'est un malade, physique ou psychique, ou une personne en perte d'autonomie. Il a besoin de soins, d'écoute, d'attention et de réconfort. Le patient, particulièrement lorsqu'il est confronté à un changement dans son état de santé, a besoin d'être rassuré. Il est confronté à sa souffrance et à sa perte d'autonomie. Il a besoin d'aide et de soutien. Il est en attente de soins mais aussi en attente de relationnel, de personnes qui ne le traitent pas comme un corps mais comme un individu³⁴.

3.4.4) La relation thérapeutique

Afin que la relation avec le patient soit d'ordre professionnel et non personnel, l'infirmière gardera comme priorité les besoins du patient. Les liens avec le patient devront respecter le code déontologique et les spécificités de l'institution dans lesquelles se déroule le soin³⁵.

La relation avec le patient aura pour but de :

³⁴ Lebret J-M. « Réflexion philosophique sur la relation soignant-soigné » In *Cadre de santé* [En ligne]. Adresse URL : www.cadredesante.com/spip/spip.php?article334 (Page consultée le 25.02.2007).

³⁵ Ibid.

- Connaître l'histoire de vie du patient.
- Encourager le patient à formuler ses envies.
- Identifier ses besoins.
- Evaluer ses ressources.
- Etablir un projet de soins en partenariat avec le patient, son entourage et l'équipe soignante.
- Entretenir une relation de confiance dans le secret professionnel.
- Dispenser des soins dans une atmosphère de respect et d'écoute.

La communication avec le patient doit viser à améliorer son confort et sa qualité de vie. Elle vise un but thérapeutique, c'est-à-dire une amélioration de son état physique et psychique. Pour cela, l'infirmière fixe avec le patient des objectifs et des buts à atteindre. Elle est, tout au long du parcours des soins, une partenaire et une aide pour le patient. Le projet de soins est exécuté en collaboration avec le patient, et la relation thérapeutique est un outil à part entière dans les soins dispensés³⁶.

Au CMS de Martigny, cette relation est au centre du projet de soins qui utilise la communication comme outil pour améliorer la qualité de vie individuelle et sociale en coresponsabilité avec le patient et son entourage, dans son projet de vie³⁷.

Il n'est pas rare d'ailleurs que cette relation soit le motif principal d'une prise en charge. En effet, certains patients n'ont pas forcément besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, mais plutôt besoin d'être soutenus et rassurés, d'être encouragés ou encore cadrés. L'infirmière intervient dans ces cas précis pour un entretien, sans forcément faire de gestes techniques. Il se peut cependant qu'une prise de tension soit l'excuse d'un passage hebdomadaire afin de vérifier l'état d'un patient, et de maintenir un contact avec l'extérieur.

3.4.5) Les attitudes aidantes

Ces techniques de communication visent à améliorer la relation avec le patient, dans le but de favoriser les échanges entre les deux acteurs et de progresser vers un objectif thérapeutique pour le patient.

L'empathie : Blouin et Bergeron définissent l'empathie de la manière suivante :
« capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses

³⁶ Raoult A. *Démarche relationnel : relation d'aide et relation d'aide thérapeutique*. Ed. Vuibert, Paris, 2004

³⁷ Brochure *Association du centre médico-social subrégional de Martigny*.

émotions³⁸». Il ne s'agit pas de prendre la place du patient et de s'identifier à lui, mais de comprendre ce que le patient vit, comprendre ses émotions et ses ressentis. Carl Rogers en dit : « il convient de comprendre le monde du patient comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier le « comme si ³⁹». Cette attitude demande une acceptation du patient, de sa situation, de son ressenti, de ses valeurs, sans jugements et sans préjugés. Le soignant va à la découverte de l'autre, laissant de côté ses propres sentiments pour accueillir ceux de la personne soignée. Il ne doit pas se laisser dépasser par son ressenti, même si la situation provoque en lui beaucoup d'émotions. L'infirmière est là pour aider le patient à faire face à sa situation, à le soutenir et à l'encourager.

La congruence⁴⁰ : ce terme désigne un état d'harmonie avec soi-même et avec l'environnement qui l'entoure. Être congruent avec le patient, c'est souhaiter être en harmonie avec lui et avec ce qu'il exprime. Pour cela, il faut être authentique. Le soignant doit être en accord avec ce qu'il ressent et l'exprimer de manière authentique. Son langage verbal et non verbal doit exprimer la même chose. Le soignant exprime son ressenti et ses impressions, afin de faire avancer la discussion et de vérifier si ce qu'il perçoit du patient correspond à ce que le patient ressent. Cela peut favoriser chez le patient l'expression de ses émotions et l'identification du problème.

L'écoute⁴¹ : cette attitude demande une grande disponibilité du soignant pour le patient. Il ne convient pas d'entendre le patient, mais bien de l'écouter et de prendre le temps d'être attentif à ce qu'il dit. Il y a plusieurs niveaux d'écoute (3), et l'infirmière doit tendre au troisième niveau, qui concerne l'écoute du patient, de ses propos, la réceptivité de son langage non-verbal et de ses émotions. L'individu peut dire une chose, en exprimer une autre par son langage non-verbal, et en ressentir une autre. L'infirmière doit être attentive à tous ces points. Pour cela, elle a besoin de prendre du temps avec le patient, et de l'écouter attentivement.

L'accueil des émotions⁴² : la maladie et les soins sont souvent des périodes empreintes de beaucoup d'émotions, par les changements qui s'opèrent et les deuils à faire. Certains patients peuvent avoir des difficultés à reconnaître leurs émotions,

³⁸ Blouin M., Bergeron C. et al., *Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : Termes techniques d'évaluation*, Les Publications du Québec, 1995, p.31.

³⁹ Rogers C., *Le développement de la personne*, Dunod, 1991.

⁴⁰ Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. Ed. Bréal, Paris, 2003.

⁴¹ Ibid.

⁴² Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. Ed. Bréal, Paris, 2003.

ainsi qu'à y faire face. D'autres seront soumis à une avalanche d'émotions et seront très démonstratifs. Dans tous les cas, l'infirmière doit repérer les émotions du patient, l'aider à les reconnaître et à les exprimer à sa façon. En exprimant elle-même ses propres émotions, l'infirmière encourage le patient à faire de même et lui donne le droit d'exprimer ses doutes, ses peurs, ses questionnements. L'infirmière l'aide à les gérer et à les canaliser, afin qu'il puisse mieux les vivre.

A domicile, le patient est souvent seul durant la journée, et l'infirmière est un contact important avec le monde extérieur. La communication joue un rôle important et le patient en est demandeur. L'infirmière à domicile va utiliser ses attitudes afin d'entrer en contact avec le patient et de créer une relation de confiance, puis de la maintenir. Ses attitudes sont des aides à la relation, et doivent rester le fil conducteur de la communication avec le patient, car elles garantissent une relation professionnelle à but thérapeutique.

3.4.6) Les déviations⁴³

Ce terme désigne tout comportement qui s'écarte de la norme⁴⁴. Dans la relation soignant-soigné, les déviations se produisent lorsque l'équilibre relationnel n'est pas respecté, que l'un ou l'autre des acteurs n'est pas satisfait par cette relation. Je vais expliciter plusieurs déviations, celles du patient comme du soignant car chacune d'entre elles va influencer l'autre partenaire dans la relation. Cependant, les déviations du patient ne seront pas l'objet de mon enquête sur le terrain. Elles seront peut-être mentionnées, mais l'accent sera mis sur celles du soignant.

En voici quelques exemples :

1) Déviations du patient

- la dépendance: cette attitude survient lorsque le patient abandonne son autonomie et s'en remet au soignant pour prendre des décisions à sa place ou exécuter des tâches banales qu'il pourrait faire lui-même. Le soignant peut prendre cette attitude comme une marque de confiance de la part du patient, mais aussi comme un refus de s'impliquer et un laisser-aller.

- la régression : lorsque le patient est en situation de difficultés physiques ou psychologiques, il adopte des attitudes régressives, un comportement infantile. Ce sont des attitudes peu structurées, mal adaptées aux exigences de son entourage. Le patient se concentre alors uniquement sur le moment présent, il est incapable

⁴³ Ibid.

⁴⁴ *Le petit Larousse illustré*, 100^e éd., Paris, 2005.

d'anticiper l'avenir ou de tenir compte de ses expériences passées. Il se désintéresse des événements qui ne l'impliquent pas et se recentre progressivement sur lui. Il devient alors égocentrique, dépendant et exigeant. Il est en demande de maternage. Pour les soignants, cette attitude peut devenir difficile à supporter, car le patient se montre peu coopérant aux soins et aux demandes des soignants.

2) Déviances du soignant

- l'identification projective : Il arrive que le professionnel se trouve en face d'un patient auquel il peut s'identifier ou identifier un de ses proches. Le soignant est confronté à la douleur du patient qui devient une souffrance pour lui-même, laquelle supprime ses défenses et son objectivité. Cette situation devient difficile pour le soignant, car elle est douloureuse. De son côté, le patient n'a pas la place d'exprimer ses propres affects, car le soignant, inconsciemment, n'a pas envie de les entendre.

- le jugement de valeur : cette stratégie est souvent utilisée par le soignant pour prendre de la distance par rapport à un patient difficile. Le soignant catalogue le patient, lui mettant une étiquette d' « hystérique » ou encore « patient parano » en exagérant la situation. Ce genre de stratagème montre peu de respect pour le patient et compromet une relation basée sur l'empathie et la confiance.

Il est facile à domicile d'entrer dans ce genre de déviances, car le soignant est seul face au patient, et peut, à force de le côtoyer, identifier ses propres problèmes et besoin à ceux du patient. Le lien ainsi créé peut favoriser une sorte de complicité affective, et une dépendance de la part du patient, qui va demander à avoir telle ou telle infirmière pour ces soins. De plus, le fait de connaître le milieu de vie du patient peut pousser le soignant à avoir des préjugés et des jugements de valeur, parfois même inconsciemment. Et la prolongation des soins peut parfois rendre un patient plus difficile à soigner. Le fait de mettre une étiquette sur le patient rendra la situation plus facile à supporter.

3.4.7) Les éléments à ne pas négliger⁴⁵

Dans la relation avec le patient, il y a certains éléments que l'infirmière ne peut pas mettre de côté et qui sont présents dans cette interaction avec le bénéficiaire de soins. Les éléments que je cite ci-dessous en font partie, même si certains peuvent

⁴⁵ Association des infirmières et infirmiers du N-B. « Norme sur la relation thérapeutique entre l'infirmière et le client ». [En ligne] Adresse URL : http://www.aiinb.nb.ca/pdf_new_fr/Publications/General_Publications/Standards_for_the_therapeutic_Nurse-Client_Relationship_French.pdf (page consultée le 12.03.08).

paraître en contradiction avec une relation de partenariat avec le patient. Cette ambiguïté sera analysée dans la suite de mon mémoire.

-Le pouvoir : Il y a, au sein de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le patient, un déséquilibre du pouvoir. En effet, même si l'infirmière croit être sur un pied d'égalité avec son patient, elle a, en réalité, plus de pouvoir que lui parce qu'elle détient l'autorité (en raison de sa position au sein du système de santé), elle possède des connaissances médicales, notamment sur la pathologie du patient et sur son traitement, elle a des ressources pour les soins dont le patient a besoin et de l'influence sur les autres prestataires de soins.

-La confiance : Le patient, en faisant appel à l'infirmière, s'attend à ce qu'elle possède les connaissances et les compétences requises pour sa prise en charge. Il se fie à elle pour être soigné. Cette marque de confiance est particulièrement importante compte tenu du fait que, dans cette relation, le patient est dans une position vulnérable (perte d'autonomie, maladies). L'infirmière doit tout mettre en œuvre pour consolider cette confiance que lui accorde le patient, et pour lui montrer qu'il a raison de la lui octroyer.

-Le respect : Le respect de la dignité et de la valeur du patient est un élément fondamental de la relation thérapeutique. L'infirmière doit donc connaître et comprendre la culture et les valeurs propres au patient et en tenir compte lorsqu'elle lui prodigue des soins. Plus la connaissance du patient sera grande, plus l'infirmière sera à même de lui prodiguer des soins qui respectent ses valeurs et ses besoins.

-L'intimité : L'infirmière rentre dans la sphère privée du patient, surtout à domicile, et lui prodigue des soins qui renvoient souvent à l'intimité du patient, que ce soit physique, psychique ou spirituel.

Ces éléments sont indissociables et doivent être présents dans la relation. En effet, le patient a besoin d'être en confiance avec l'infirmière pour lui dévoiler son intimité. De même, l'infirmière doit faire preuve de respect devant l'intimité du patient. Le pouvoir relatif qu'a l'infirmière doit se montrer dans les connaissances qu'elle partage au patient, et dans les ressources qu'elle met à sa disposition. Ce pouvoir doit être au service du patient, en impliquant le respect du patient, sinon il peut être perçu négativement, comme un élément qui éloigne l'infirmière du patient, non comme un élément positif au projet de soins.

3.5) La distance thérapeutique

Afin de rester ciblée au domaine spécifique de mon mémoire, je vais exposer ce concept en l'orientant sur la distance thérapeutique à domicile.

Le mot distance se rapporte à un certain éloignement. Pour E. Hall, il existe quatre types de distance⁴⁶, soit :

- La distance intime : (de 0 à 40cm) la présence de l'autre envahit notre sphère intime, le corps de l'autre est perceptible par plusieurs facteurs sensoriels : vision, chaleur, respiration, haleine. Il y a fréquemment un contact physique.
- La distance personnelle : (de 41 à 125cm) c'est la distance à laquelle l'individu se sent à l'aise avec l'autre, sans être menacé ou envahi par sa présence.
- La distance sociale : (de 120 à 360cm) le contact physique avec l'autre est impossible, il n'y a pas de détail intime perceptible. Les sujets abordés sont souvent impersonnels.
- La distance publique : (de 361 à 750cm) la distance est telle que le personnage en lui-même se réduit à son discours. C'est la distance qu'il y a entre un politicien et son public, entre un chanteur et ses fans. L'accent est mis sur le discours, la personne amplifie ses gestes et doit articuler chaque mot.

Dans les soins infirmiers, à domicile plus particulièrement, la distance avec le patient est celle de la distance intime le plus souvent. Les soins engendrent des contacts physiques et créent une sorte d'espace affectif dans lequel le patient et le soignant évoluent. La distance ne doit pas être trop importante, sinon l'infirmière n'est pas en contact direct avec son patient, elle ne le comprend pas et ne lui accorde pas l'attention requise. Mais une distance trop intime peut être difficile à vivre pour les deux acteurs, car leur lien sera tel qu'il affecte l'objectivité du soignant. Par exemple, le professionnel va privilégier un patient précis par rapport à d'autres. Ou encore, la mort d'un patient aimé peut être difficile et produire une situation de burn out chez le soignant⁴⁷.

Il faut donc distinguer la distance physique de la distance psychique. Afin que celle-ci soit appropriée, elle doit prendre en compte l'affect, ou la dimension émotionnelle, et l'intellect, la dimension rationnelle :

⁴⁶HALL E., *La dimension cachée*, Ed. Seuil, Collection Point Essais, Paris, 1989.

⁴⁷Raffault L., *La distance thérapeutique à domicile*, Travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier. Institut de Formation en soins infirmiers de Blois, 2003.

-La conscience émotionnelle⁴⁸ : elle se base sur les affects, sur l'émotion que la personne ressent. Elle est subjective, personnelle, et intuitive. Cette conscience est propre à chacun, à chaque patient et chaque infirmière. Mais elle peut être mal interprétée ou conduire à des distorsions, des exagérations des faits.

-La conscience rationnelle : elle se base sur les faits, sur la logique et l'analyse, sur les données scientifiques et observables, évaluables. Elle met de côté tout le ressenti et se concentre sur l'analyse.

-La conscience intégrée ou éclairée : elle se base sur les émotions et sur la logique, c'est la conscience qui regroupe l'émotionnel et le rationnel. Elle permet au soignant de rester humain tout en étant objectif. L'infirmière doit tendre à cette conscience-là pour être dans une vraie relation thérapeutique, une vraie distance thérapeutique qui lui permet à la fois d'être proche du patient et de lui montrer de l'empathie et de la compréhension, et à la fois de conserver son rôle professionnel.

La distance thérapeutique est donc variable en fonction de chacun, elle n'est jamais fixe et demande une autoévaluation fréquente. Dans les soins à domicile, les infirmières sont amenées à s'occuper pendant plusieurs années des mêmes patients, et la relation créée avec eux évolue. La distance au patient peut être parfois difficile à maintenir. Pourtant, la bonne distance est une preuve de sécurité pour le patient, car il est entendu et respecté, il est traité objectivement et sans préjugés. De même pour le soignant, qui n'est pas trop impliqué émotionnellement et qui est à même de dispenser des soins de qualité⁴⁹.

3.6) La personne âgée

Dans ce concept, je vais exposer les caractéristiques de la personne âgée, personne de plus de soixante-cinq ans. En effet, mon étude porte sur la relation que l'infirmière entretient avec ces personnes, et il est nécessaire de comprendre qui elles sont, leurs caractéristiques et leurs spécificités par rapport à d'autres bénéficiaires de soins. Cela va jouer un rôle dans la relation avec le personnel soignant, car on n'aborde pas une personne âgée comme un enfant, ou une personne malade psychiquement. Cela aura une influence sur le type de communication, sur les sujets abordés et sur les affects en jeux.

⁴⁸ Dr. Villeneuve E. « Mode de pensée » In *Association québécoise de l'organisation limite de la personnalité*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.personnalitelimite.org/pensee.html> (page consultée le 12.03.08).

⁴⁹ Ibid

3.6.1) Étape du développement

La personne âgée se situe à une étape de vieillissement, mais il faut distinguer deux types de vieillissement : le vieillissement primaire, qui correspond aux changements irréversibles qui touchent toute personne à un moment ou à un autre, et le vieillissement secondaire, dû aux diverses pathologies. Au CMS, on rencontre ces deux types de vieillissement parmi les patients.

Le vieillissement de la personne a un impact sur sa qualité de vie⁵⁰ :

Impact sur la santé : ralentissement des fonctions intellectuelles, affaiblissement de certaines capacités mentales, notamment le calcul, difficulté à l'orientation dans l'espace, ralentissement de la formulation des idées et du langage.

Impact relationnel : baisse des facultés auditives et visuelles, qui provoque une difficulté dans la communication.

Impact psychique : changements corporels importants, image qui ne correspond plus à nos désirs, bilan de vie, deuils multiples et importants (conjoint, fratrie, connaissance, autonomie, projets, ...)

La vieillesse se ressent certes au niveau biologique, dans le fonctionnement du corps, mais aussi au niveau relationnel : les personnes âgées font face à la mort de leurs proches, de leur famille, de voisins du même âge. Ils ne peuvent plus compter que sur la génération suivante, qui ne partage pas les mêmes souvenirs si chers à leur cœur, et qui ne ressent pas le décalage par rapport à l'évolution de la société⁵¹. Le soignant est là pour aider ses personnes dans leurs difficultés physiques, mais bien aussi psychiques et relationnelles. L'infirmière à domicile doit mettre ses capacités relationnelles au profit du bien-être du patient, qui aime tant relater ses souvenirs, ou parler de sa famille. C'est souvent un moyen de palier au manque relationnel et de faire revivre quelques instants les bons moments du passé. L'infirmière doit être attentive à laisser le patient en parler, d'être un soutien lorsque la mémoire commence à faillir, afin de garder intact cette partie d'eux-mêmes qui leur est propre. Pour cela, elle peut se servir des photographies souvent exposées au domicile, ou de cartes ou courriers de la famille. La maison familiale est propice à ce genre de communication et peut être un réel atout pour l'infirmière qui y accorde son attention.

⁵⁰ Solioz E. La psychologie du développement : développement cognitif et psychosocial de l'âge adulte à la vieillesse, *Module D3M3*, 2004.

⁵¹ Célérier M-C., Oresve C., Janiaud-Gouitaa F., *La rencontre avec le malade*. Dunod, 1999.

3.6.2) Autonomie et dépendance

Selon l'ASI, être autonome signifie pouvoir disposer librement de soi⁵², ce qui implique la possibilité de choisir, ou le désir et la volonté de choisir. L'autonomie se manifeste par « un pouvoir être et un pouvoir faire ». Une personne peut donc être dépendante sur le plan physique, mais autonome sur le plan intellectuel.

Je distinguerai quatre domaines de l'autonomie⁵³ :

- Autonomie des sentiments : la liberté, le pouvoir et la volonté d'avoir ses propres sentiments face aux personnes, aux événements et aux choses.
- Autonomie de l'esprit (spirituelle) : la liberté, le pouvoir et la volonté de choisir le sens et la valeur que l'on donne aux événements et à sa vie.
- Autonomie physique ou corporelle : la liberté, le pouvoir et la volonté de décider de son corps dans les activités de la vie quotidienne.
- Autonomie sociale : la liberté, le pouvoir et la volonté de choisir son réseau social.

A domicile, la personne faisant appelle au CMS aura probablement une autonomie limitée dans un de ces domaines, le plus souvent dans l'autonomie physique. Mais chacun de ces champs d'autonomie va influencer sur l'autre : une personne non autonome physiquement, va avoir de la difficulté à sortir de chez elle, ce qui va influencer son autonomie sociale, elle ne pourra plus choisir qui rencontrer, mais elle aura comme cercle social les personnes qui sont d'accord de venir chez elle. Elle aura donc une liberté limitée dans le choix de ses relations.

L'infirmière à domicile doit être consciente de ces pertes d'autonomie, qui auront une influence sur plusieurs domaines de la vie du patient, et les prendre en compte lors de son recueil de données, mais aussi lors de ces visites, afin d'évaluer les besoins du patient et de proposer une prise en charge adéquate.

La dépendance peut se définir comme une perte d'autonomie, mais aussi comme une déficience qui rend le sujet incapable de pourvoir à ses besoins élémentaires⁵⁴, c'est-à-dire une anomalie portant sur un organe ou une fonction et qui empêche la personne d'être autonome dans ses activités de la vie quotidienne.

Le niveau de dépendance du patient va influencer la communication avec lui, elle va la cibler sur ses besoins et sur la stimulation des autres fonctions encore autonomes. Mais la dépendance du patient peut aussi favoriser des déviations

⁵² Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées, ASI, 2001.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Bonnet M. *Vivre âgé à domicile : entre autonomie et dépendance*, L'Harmattan, Paris, 2001.

relationnelles, comme la dépendance affective, la régression, l'identification au patient. Il est nécessaire d'avoir un regard critique sur la communication avec le patient dépendant, afin de ne pas favoriser ce type de relation.

3.6.3) La chronicité

La chronicité est l'état d'aboutissement d'un processus pathologique à évolution plus ou moins lente⁵⁵. C'est un état réel avec des signes cliniques objectivables, qui perturbe l'autonomie du patient. Ce terme renvoie souvent à une perte d'espoir chez le patient, car il n'y a plus de chance de guérison.

La chronicité peut conduire à l'isolement du patient, au désintérêt, à la disparition de l'initiative, au découragement et au recours à des automatismes.

Chez le patient à domicile, patient âgé et ayant recours au CMS plusieurs fois par semaine, il y a des probabilités qu'il soit atteint d'une maladie chronique. Bien sûr, il faut distinguer les effets naturels du vieillissement du corps humain (sénescence⁵⁶) qui peuvent aboutir à une certaine dépendance, et les effets qui sont la conséquence de maladies chroniques. Dans ce dernier cas, ils seront propres à la pathologie du patient, et demanderont une prise en charge spécifique.

De plus, les répercussions sur le psychique du patient peuvent être importantes, tant au niveau de l'image corporelle que de l'estime de soi ou encore de son rôle dans la société. L'infirmière doit en être consciente, afin d'être attentive à ces différentes modifications et d'accompagner au mieux le patient dans sa gestion de la maladie.

3.7) La relation interpersonnelle thérapeutique⁵⁷

Dans les soins à domicile, l'infirmière fait irruption chez le patient, avec son accord préalable. Cette rencontre et la relation qui y fait suite a été décrite et analysée par Hildegard E. Peplau. Certes, elle fut analysée dans un contexte hospitalier, mais les étapes rencontrées sont assez semblables à domicile, mais dans un sens inversé. En effet, le patient désécurisé de l'hôpital ne le sera pas à la

⁵⁵ EVSI Formation de Niveau 1, Module 5 et 6, RAR, Avril 1998.

⁵⁶ « La sénescence est définie comme étant l'ensemble des phénomènes naturels de la vieillesse »
<http://www.aquadesign.be/news/article-3595.php> (page consultée le 11.12.07)

⁵⁷ Hildegard E. Peplau – « Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers » (1952) – Extraits[En ligne]. Adresse URL :
www.sideralsante.fr/bibliotheque/peplau.pdf (page consultée le 5.12.07).

maison, par contre ce sera l'infirmière qui pourra ressentir cela, en pénétrant dans un univers inconnu, celui du patient.

Cette théorie de la relation soignant-soigné convient bien au domicile, car elle décrit précisément les différentes étapes que l'on peut rencontrer en soignant chez le patient. H. Peplau prend en compte dans son concept la notion d'un patient comme un être bio-psycho-socio-spirituel en constante évolution. Elle encourage l'infirmière à prendre en compte l'environnement du soin, ainsi que la culture et les mœurs du patient. Elle doit aussi connaître l'histoire de vie du patient afin d'être une personne ressource et de nouer une relation interpersonnelle : l'infirmière fait son travail selon le patient et ses besoins, le patient dépend de l'infirmière pour recevoir les soins et les ressources dont il a besoin. Chacun a besoin de l'action et de la participation de l'autre. Les deux sont pleinement acteurs de la relation et des soins.

La notion de ressource est très développée dans la théorie de Peplau, et elle l'est également à domicile. L'infirmière est la personne clé qui introduit d'autres professionnels dans le réseau de soins du patient, selon ses besoins et ses demandes.

Quatre étapes se chevauchent dans la relation infirmière – patient : l'orientation, l'identification, l'exploitation et la résolution. Chacune est caractérisée par des rôles et des tâches pour l'infirmière et pour le patient. Au fil de la relation, les étapes changent ainsi que la relation, ce qui entraîne une évolution des rôles de l'infirmière et du patient, selon les besoins de l'un et de l'autre.

3.7.1) L'orientation

La première phase, dite étape « d'orientation » est la période au cours de laquelle le patient identifie à la fois son problème de santé et les personnes ressources qu'il peut mettre à contribution pour gérer ce problème.

Dans sa démarche de recherche d'une aide professionnelle, il exprime un besoin : un problème de santé est apparu. Il a besoin d'aide et la recherche auprès de l'infirmière. Il est en quête de sens et de clarification de sa maladie. L'infirmière est présente afin de l'aider à comprendre et à clarifier ce qui lui arrive.

3.7.2) L'identification

La deuxième étape est celle de l'identification : l'infirmière s'aide de la communication pour favoriser l'expression des émotions du patient pendant les soins infirmiers qui lui sont prodigués. Le patient doit faire face à certaines émotions

qui lui sont peu familières : l'impuissance, la dépendance, l'envie de pleurer, etc... Il identifie l'infirmière comme étant la personne qui peut lui venir en aide.

Tant qu'il n'y a pas eu communication entre l'infirmière et le patient, cette dernière ne sait rien des besoins du patient liés à l'apparition du problème de santé.

Dans les soins à domicile, c'est à cette période qu'intervient la première prise de contact entre l'infirmière et le patient. Il est demandeur de soins, et fait appelle à elle pour une prise en charge. L'infirmière va établir le contact et prendre un premier rendez-vous, afin de laisser au bénéficiaire de soins l'opportunité d'exprimer ses besoins et ses demandes. Elle sera là pour écouter ses problèmes et valider ses émotions, lui montrer intérêt et empathie face à sa situation. Le patient se sentira entendu et compris, et pourra exprimer ses besoins devant l'infirmière, reconnaissant qu'elle peut l'aider.

3.7.3) L'exploitation

Ensuite, vient l'étape d'exploitation : après avoir mis en place une relation interpersonnelle avec l'infirmière, le patient passe à une étape de pleine utilisation des services qui lui sont offerts. Selon l'idée qu'il se fait de sa situation, il va tenter de diverses manières de tirer le meilleur parti de sa relation avec l'infirmière et d'exploiter pour son intérêt et ses besoins personnels tous les biens et services mis à sa disposition.

Dans cette étape de la relation, l'infirmière à domicile lui propose les ressources dont elle dispose, personnellement et par le centre médico-social, afin que le patient soit à même de participer au projet de soins et d'en tirer le meilleur profit. Souvent, cela se fait en partenariat avec la famille et avec les autres acteurs du réseau de la santé (médecin, ergothérapeute, ...).

3.7.4) La résolution

Pour finir, vient l'étape de résolution : « à mesure que ses anciens besoins sont satisfaits, le patient s'en détourne spontanément et adapte ses aspirations aux nouveaux objectifs qui ont commencé à se dessiner lorsqu'il explorait et exploitait les possibilités du service infirmier. Le patient dépasse le problème de santé auquel il vient d'être confronté (y compris le cas échéant en tenant compte des séquelles qui

en résultent). Lors de cette phase, il se libère progressivement de l'identification aux personnes qui l'ont aidé, et restaure ses capacités d'autonomie. »⁵⁸

Au domicile du patient, il est rare que le patient n'ait plus besoin d'aide et retrouve son autonomie. Cela peut arriver si l'intervention infirmière avait pour but seul l'aménagement du domicile, ou un enseignement pour la prise d'un médicament par exemple, mais une personne âgée ne retrouvera pas subitement son autonomie. Cette phase est donc peu adaptée aux soins à domicile, à l'exception de situations bien particulières.

Ces quatre étapes ne sont pas fixes, elles peuvent se vivre de façon propre à chaque patient et infirmière, et demande de leur part de s'adapter l'un à l'autre. Le patient vient avec des questions, des demandes et des attentes. L'infirmière vient avec ses ressources et ses compétences. C'est à eux de trouver leur façon de vivre ses étapes et d'interagir dans la relation.



Figure 5

⁵⁸ Hildegard E. Peplau – « Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers » (1952) – Extraits[En ligne]. Adresse URL : www.sideralsante.fr/bibliotheque/peplau.pdf (page consultée le 5.12.07).

4) Méthodologie

Dans ce chapitre, j'expose la méthodologie que j'ai utilisée pour construire ce travail ainsi que les critères choisis pour la récolte de données sur le terrain.

4.1) Approche de la recherche

J'ai choisi d'utiliser une approche de recherche et d'investigation descriptive et qualitative⁵⁹, en me basant sur des entretiens semi-directifs, afin de recueillir le maximum d'informations. Cette étude a pour but l'analyse de la relation soignant-soigné, analyse qui vise à découvrir le type et la qualité des échanges entre professionnel et patient. Elle prendra donc en compte le ressenti et l'expérience des soignants. Pour ce faire, je vais recueillir les points de vue et opinions d'infirmiers/ères du CMS de Martigny. Ensuite, j'analyserai les données récoltées au vue des concepts déjà posés.

4.2) Méthode d'investigations

Pour réaliser mon mémoire, je vais entreprendre des entretiens semi-directifs⁶⁰ au CMS de Martigny, en interrogeant des infirmières diplômées, ISP ou non, en fonction des disponibilités. J'ai choisi de pratiquer des entretiens semi-directifs et non des questionnaires, car je veux avoir une relation directe avec la personne, un moment de partage dans lequel elle peut s'exprimer librement. De plus, je trouve qu'un entretien permet un meilleur échange car il prend en compte tout le côté non-verbal, même s'il n'est pas retranscrit après dans mes documents de travail. Il me semble plus approprié d'avoir un échange direct sur la relation plutôt que de l'écrire sur un questionnaire. Cela favorise l'expression de l'opinion personnelle, permet d'avoir une meilleure compréhension, et de pouvoir reformuler. Ce sera donc aussi pour moi un atout en matière de communication, cela me permettra d'acquérir de l'expérience dans ma pratique et de pouvoir, au besoin, y recourir dans l'exercice de ma profession.

⁵⁹ Quivy R., Campenhoudt L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Ed. Dunot, Paris, 2006, 3^e éd.

⁶⁰ Ibid.

4.3) Type et taille de l'échantillon

Mes entretiens seront réalisés au CMS de Martigny, dans les conditions les plus favorables pour ma récolte de données. Je choisirai ces infirmières selon les critères suivants :

- Infirmière diplômée (pas forcément des infirmières en santé publique),
- travaillant dans le centre depuis au moins deux ans, et maximum dix ans
- ayant un pourcentage de travail de cinquante pour cent minimum.

Ces professionnels de la santé seront interrogés sur leur vécu en tant que soignant, par rapport à la relation qu'ils ont avec leurs patients. Je leur demanderai d'avoir une réflexion sur la relation qu'ils ont avec certains patients répondant aux critères suivants :

- patients (homme/femme) âgés de plus de septante ans,
- recevant des soins au moins trois fois par semaine (des soins infirmiers),
- étant patient au CMS depuis un an minimum.

Je n'interrogerai pas les patients, pour des raisons de fiabilité. En effet, les patients du CMS ont des pathologies différentes, perçoivent la visite infirmière de façon différente selon les soins prodigués et n'ont pas tous les mêmes besoins relationnels suivant leur réseaux familiaux. Cela ne me permettrait pas de réaliser une recherche satisfaisante, avec des résultats reflétant la réalité. De plus, je souhaite que ce mémoire soit vraiment centré sur le rôle infirmier, sur sa façon de communiquer avec le patient et d'entrer en relation avec lui dans un contexte spécifique comme le domicile. Le but n'est pas de faire une étude sur le ressenti du patient, mais bien sur celui de l'infirmière.

Mon mémoire sera donc avant tout une analyse qualitative sur la base de ses entretiens. Je réaliserai entre six et huit interviews, en testant au préalable mon questionnaire sur une des infirmières du même CMS, afin de vérifier s'il me permet d'obtenir les informations recherchées.

4.4) Construction de la grille d'entretien

Afin de réaliser mon questionnaire en vue des entretiens, j'ai pris comme outil principal mon objectif de travail ainsi que ma question de recherche et mes

hypothèses de départ⁶¹. J'ai construit une grille me permettant de visualiser chaque hypothèse et concept, et de poser une question en lien avec ceux-ci. Le but de ma grille d'entretien est de répondre à ma question de recherche et de vérifier l'exactitude de mes hypothèses, ou au contraire de les infirmer.

Pour que les critères de départ de mon investigation soient respectés (pourcentage de travail, ancienneté au CMS,...), j'ai d'abord posé quelques questions d'ordre personnel, puis vient les questions en rapport direct avec mes concepts principaux. Je les ai structurés en tableau, comme suivant :

⁶¹ Schoepf C., *L'entretien*, document de cours A3D7M50, 2007.

Concept	Question	Hypothèses
Relation soignant-soigné	Le contexte des soins à domicile nécessite-t-il de votre part une adaptation au milieu de vie du patient ? si oui, laquelle ? Et par rapport aux soins en eux-mêmes ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation au milieu de vie du patient permet à l'infirmière de créer une bonne relation avec le patient à domicile.
Relation soignant-soigné	En quoi cette adaptation influence-t-elle sur votre relation avec le patient ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation au milieu de vie du patient permet à l'infirmière de créer une bonne relation avec le patient à domicile.
Rôle ISP	Quels sont les moyens que vous utilisez pour développer une relation professionnelle avec le patient de septante ans et plus, que vous voyez minimum trois fois par semaine ? Relation professionnelle=à but thérapeutique, visant le mieux-être du patient	<ul style="list-style-type: none"> • La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.
Distance thérapeutique	Quelles peuvent être les difficultés rencontrées dans la relation fréquente avec le patient âgé (plus de septante ans)? (manque d'expérience à domicile, difficulté de mettre une distance, manque d'intérêt du patient envers sa prise en soins)	<ul style="list-style-type: none"> • La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.
Rôle ISP	Quelles sont vos ressources	<ul style="list-style-type: none"> • La relation fréquente (min. trois fois par

	<p>pour y faire face ? (équipe soignante, réseau, ...)</p> <p>Quels moyens, compétences, utilisez-vous pour garder cette relation fréquente thérapeutique ?</p>	<p>semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.</p>
<p>Distance Thérapeutique</p>	<p>Pour vous, quelles seraient les limites dans la relation soignant-soigné à ne pas dépasser, afin de rester professionnel ? (attachement trop grand, intérêt autre que pour la profession, non objectivité, favoritisme)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.
<p>Relation interpersonnelle thérapeutique</p>	<p>En quoi le fait de connaître le domicile du patient, de connaître sa famille et son réseau, favorise-t-il la prise en charge du patient ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le contexte du soin à domicile permet au personnel infirmier de rencontrer le réseau familial du patient et de découvrir son milieu de vie, ce qui permet une récolte des données plus approfondie, une vision systémique de la situation du patient, une prise en charge globale et des contacts privilégiés. • La communication non-verbale joue un rôle très important à domicile, car elle prend en compte le milieu de vie du patient comme source d'informations conséquentes pour les soins.

4.5) Déroulement des entretiens

Pour effectuer mes entretiens, j'ai pris contact avec le CMS de Martigny et demandé à l'infirmière responsable d'afficher les documents d'informations pour participer à mon mémoire. Les documents envoyés comprenaient une lettre d'explication sur mon MFE, une lettre de consentement éclairé⁶² pour que les infirmières en prennent connaissance en toute liberté, et un formulaire d'inscription. J'ai laissé un délai de trois semaines entre l'envoi des lettres et le délai d'inscription.

Au total, sept infirmières se sont inscrites. Puis une infirmière a refusé l'entretien, mais une autre infirmière a bien voulu la remplacer. J'ai donc pu effectuer sept entretiens, dont un pré-test.

J'ai effectué mon pré-test au domicile d'une infirmière du CMS. Au préalable, je ne comptais pas l'utiliser pour mon analyse. Mais lors de la réécoute de l'entretien, les informations récoltées me semblaient très pertinentes et intéressantes à relever dans mon analyse. L'infirmière ayant fait le pré-test correspond aux critères de sélection de mon mémoire, je garde donc ces informations pour mon analyse, avec son accord.

Les autres entretiens qui ont suivis, soit six entretiens enregistrés, se sont tous déroulés au CMS de Martigny, en tête à tête dans une pièce calme. Ils ont duré entre vingt et trente-cinq minutes chacun. Je les ai effectués sur deux après-midi, avec une petite pause entre chacun afin de me recentrer sur mon questionnaire. Chaque entretien s'est déroulé de la même manière : j'ai introduit mon travail à l'aide de la lettre que j'avais fait circuler dans le service, j'ai fait signer la feuille de consentement éclairé qui expliquait le déroulement de l'entretien et les différents principes éthiques pour le respect des données. Je leur ai donné l'occasion de me poser des questions, puis j'ai commencé l'enregistrement. J'ai suivi ma grille d'entretien, en reformulant certaines questions selon leur demande. A la fin de l'entretien, je leur ai laissé la possibilité de rajouter quelque chose qui leur semblait pertinent sur la relation, mais aucun n'a trouvé nécessaire de rajouter une information. J'ai donc clôt l'entretien et arrêté l'enregistrement.

Chaque participant a répondu à toutes les questions et s'est montré collaborant et désireux de me fournir les réponses les plus fidèles à leur vécu et à

⁶² Cette lettre, ainsi que le formulaire d'inscription, se trouve en annexe de mon travail.

leur points de vue. Ils m'ont souvent cité des exemples de leur pratique, tout en conservant l'anonymat de leur patient.

Au bout du sixième entretien, j'ai atteint le seuil de saturation des données⁶³. Les réponses apportées étaient très semblables à celles que j'avais déjà obtenues, quoique exprimées parfois différemment, mais le contenu était le même. J'ai néanmoins effectué mon septième entretien, afin de vérifier si j'avais bien atteint le seuil de saturation. Ce fut effectivement le cas.

4.6) Analyse des données

Pour faciliter l'analyse des données récoltées lors de mes entretiens, j'ai retranscrit chaque entretien par écrit. J'ai ensuite mis en page ma retranscription de manière à voir pour chaque question toutes les réponses des infirmières. Cela me permet d'analyser ainsi mes données par question, qui sont ensuite regroupées par thème.

Lors de mes entretiens, j'ai posé des questions personnelles sur l'infirmière interrogée, afin de vérifier qu'elle répondait à mes critères d'inclusion. Ces questions avaient aussi pour but de m'aider dans mon analyse des données. Cependant, je n'ai pas retranscrit ces données, car elles permettent de reconnaître les personnes interrogées : j'ai interrogé sept infirmières du CMS, soit presque la moitié. Et les données personnelles récoltées, spécialement la question sur les formations infirmières entreprises, donnent des informations précises permettant d'identifier certains soignants. Pour cela, ces indications ne figurent pas dans mon mémoire.

⁶³ Schoepf C., *La validité d'une recherche qualitative*, document de cours A3D7M50, 2007.



Figure 6

5) Analyse

Dans ce chapitre, je vais analyser les données que j'ai récoltées au cours de mes entretiens, à l'aide des concepts que j'ai développés auparavant dans mon mémoire.

Pour procéder à cette analyse, je vais reprendre les thèmes de mes questions d'entretiens et faire des liens entre les points de vue des infirmières du CMS et les éléments développés dans mon cadre théorique. Pour cela, j'ai identifié quatre thèmes principaux dans mon mémoire, à savoir, l'adaptation au domicile du patient, la relation fréquente, la distance thérapeutique et la prise en charge infirmière. J'ai ensuite classé mes questions d'entretiens selon ces thèmes.

J'ai utilisé les concepts que j'ai développés dans mon cadre de référence pour en faire une analyse qualitative.

Enfin, pour terminer ce chapitre, je vérifierai mes hypothèses de départ, ou les infirmerai, et je répondrai à ma question de recherche.

5.1) L'adaptation au domicile du patient

Concernant ce thème, j'ai posé deux questions aux infirmières du CMS. Ces questions ont pour but de vérifier l'hypothèse suivante : *L'adaptation au milieu de vie du patient permet à l'infirmière de créer une bonne relation avec le patient à domicile.*

Question 1 : Le contexte des soins à domicile nécessite-t-il de votre part une adaptation au milieu de vie du patient ? Si oui, laquelle ? Et par rapport aux soins en eux-mêmes ?

Les infirmières⁶⁴ ont répondu à l'unanimité par l'affirmative : « Oui, c'est un contexte particulier, propre à la personne soignée »⁶⁵. Il faut non seulement s'adapter au milieu de vie du patient, qui est différent à chaque fois, mais aussi au patient, à sa famille et à son réseau. C'est une adaptation à faire « au cas par cas, car chaque personne et chaque environnement est différent » et « en plus, il y a la relation avec la famille et l'entourage, donc c'est plus relationnel ». Pour plus de la moitié des infirmières interrogées, ce milieu est le contraire de l'hôpital, où c'est le patient qui s'adapte au milieu et aux horaires. A domicile, c'est le soignant qui doit s'adapter, sur le plan relationnel, mais aussi dans les soins : « l'ergonomie est plus difficile selon le milieu de vie du patient ».

Les priorités sont fixées avec le patient, dans le respect de ses habitudes, de ses demandes, de ses horaires, le plus possible, afin de respecter son autonomie. Ainsi, selon le concept d'autonomie, le patient est pris en compte dans son autonomie physique, car il est encouragé à faire les choses par lui-même, mais en plus les infirmières mettent sur pied une prise en charge qui lui permettent de maintenir le plus possible son autonomie physique, notamment par l'aménagement du domicile. Le patient est aussi autonome pour ces décisions, ou autonomie des sentiments selon le concept : les infirmières me l'ont exprimés par le fait que le patient est le décideur des soins, c'est lui qui « a le pouvoir de dire oui ou non aux soins et on doit respecter même si on voit d'autres besoins ».

Ainsi, si on regarde ces éléments par rapport au concept de la relation soignant-soigné, les infirmières du CMS créent par leur adaptation au milieu de vie du patient un climat de confiance et de respect, qui place la relation avec le patient dans un cadre éthique, qui lui permet d'exprimer ses valeurs, ses coutumes et ses habitudes, et ses croyances individuelles et familiales. L'infirmière respecte ainsi les valeurs éthiques définies par sa profession.

⁶⁴ Ce terme désigne des professionnels autant masculin que féminin.

⁶⁵ Tous les éléments mis en apostrophes dans ce chapitre sont des citations reprises de mes entretiens avec les infirmières du CMS.

De plus, l'infirmière, en créant ce lien avec le patient à son domicile, utilise les compétences de la relation thérapeutique, selon ce concept, car elle garde comme priorité les besoins du patient, ainsi que ses demandes, plutôt que de faire ce qui est le plus confortable ou pratique pour elle. Une infirmière me citait l'exemple d'un patient qui finissait de déjeuner quand elle arrivait. Au lieu de lui demander de continuer plus tard, elle s'asseyait avec lui pour boire une tasse de café, et en profitait pour évaluer ses capacités mnésiques ou parler de ses activités sociales. Elle prenait donc le temps de connaître le patient, de l'encourager à formuler ses envies, et en même temps elle pouvait évaluer ses ressources. Tous ces éléments font donc de ce simple café un moment de relation thérapeutique centré sur le patient.

Dans cette question, trois des infirmières interrogées ont évoqué le pouvoir du patient à domicile : il est décideur des soins, il est chez lui, l'infirmière est l'intruse (mot utilisé dans deux de mes entretiens). Par ce terme de pouvoir, les infirmières faisaient référence surtout au pouvoir de décision du patient, sur la prise en charge définie avec eux, mais aussi sur l'aménagement de leur domicile. Ce pouvoir, positif si l'on considère qu'il est le garant d'une prise en charge respectueuse des demandes du patient, peut être exercé de manière négative quand les désirs du patient sont contradictoires avec l'ergonomie du soignant : refus d'aménagement du domicile, de mesures prises pour améliorer les soins (exemples cités : refus de matériels de soins, refus de matériels auxiliaires comme une cigogne pour aider au transfert du patient). L'infirmière, qui normalement est placée en position de pouvoir dans cette relation⁶⁶, se retrouve alors dépendante du bon vouloir du patient. C'est ainsi une inversion des rôles dans ce cas particulier, qui pourrait avoir une influence sur la relation : difficulté à respecter le patient ? À éprouver de l'empathie ? C'est effectivement le cas pour une des infirmières interrogées, qui a de la difficulté à respecter les désirs du patient si celui-ci ne considère pas ses demandes.

Par rapport aux soins en eux-mêmes, plusieurs infirmières interrogées expriment la solitude du domicile. L'infirmière est seule avec le patient, seule face aux soins et à ses responsabilités. Elles soulèvent le besoin de maîtriser les soins, d'avoir de l'assurance dans les gestes infirmiers : « on peut pas faire appel à

⁶⁶ Association des infirmières et infirmiers du N-B. « Norme sur la relation thérapeutique entre l'infirmière et le client ». [En ligne] Adresse URL : http://www.aiinb.nb.ca/pdf_new_fr/Publications/General_Publications/Standards_for_the_therapeutic_Nurse-Client_Relationship_French.pdf (page consultée le 12.03.08).

quelqu'un d'autre si on ne maîtrise pas le soin ». Mais aussi l'autonomie dans les décisions qu'elles prennent au domicile du patient : « [...] l'équipe est pas présente au domicile du patient [...] on peut pas se permettre de consulter l'équipe pour des décisions urgentes [...] les choses peuvent pas toujours attendre le lendemain [...] en plus le patient est seul ». A domicile, l'infirmière est donc plus autonome, et son jugement clinique est mis en valeurs.

Question 2 : En quoi cette adaptation influence-t-elle sur votre relation avec le patient ?

Toutes les infirmières interrogées sont d'accord pour dire que le fait de s'adapter au cas particulier du patient amène beaucoup de respect dans cette relation. Le patient se sent écouté, et cela permet de créer une relation de confiance. Si on se base sur les éléments de la relation soignant-soigné, le respect et la confiance sont primordiaux : le respect que l'infirmière lui témoigne amène le patient à se confier et à exprimer ses besoins, en sachant que l'infirmière est la personne qui peut l'aider. L'infirmière aura alors tous les éléments dont elle a besoin pour mettre en place un projet de soins qui correspond au patient, et qui soit en accord avec ses attentes et ses valeurs.

Cela rejoint le concept de Peplau, avec la phase d'identification : c'est la phase où le patient et l'infirmière se rencontre et parle d'un projet de soins. L'infirmière, comme elle le fait à domicile, entre en relation avec le patient et l'aide à identifier ses besoins et lui montre qu'elle est la personne qui pourra l'aider.

Cette phase favorise donc la relation, selon les infirmières interrogées, et elle donne le temps de connaître le patient, d'évaluer son état de santé et ses ressources. Une des infirmières m'a aussi exprimé le fait que respecter le patient à domicile permet au patient de mieux respecter l'infirmière qui vient avec des soins pas toujours agréables mais nécessaires : « Le fait de respecter leur environnement et leurs habitudes amène aussi le respect du patient par rapport aux soins donnés et aux horaires. » Car pour certaines, le fait de s'introduire chez les gens, à leur domicile, pour des soins mandatés par le médecin, demande parfois beaucoup de négociation selon le patient et les soins à lui apporter : l'infirmière n'est pas en position de pouvoir car elle n'est pas dans son élément, mais elle est à égalité avec le patient : « il y a une égalité entre le patient et nous ». Elle doit alors utiliser toutes

les techniques de communication qu'elle connaît pour entrer en contact avec le patient et négocier les soins, les horaires de passage, le matériel demandé, ...

Deux des infirmières que j'ai interrogées m'ont cité comme élément favorisant cette prise de contact le fait de ne pas porter de blouse blanche : « y a pas la barrière de la blouse blanche, sauf pour les soins d'hygiène, donc pas cette notion de supériorité ». Pour elles, la blouse blanche porte la représentation de la supériorité, alors que dans la relation soignant-soigné, la notion de supériorité ou de pouvoir est exprimée par rapport à nos connaissances et le fait que le patient est demandeur de soins, donc dans une position de vulnérabilité. Pour une autre infirmière interrogée, la blouse blanche l'aide à être identifiée en tant que soignante, et lui permet d'affirmer son rôle. Elle la porte le plus souvent possible.

Cette blouse nous confronte à plusieurs représentations au niveau des infirmières : barrière, supériorité, identification de la profession. Chez les auteurs qui ont écrit sur le sujet, les avis divergent également : Pierrette Lhez présente le vêtement infirmier comme un élément rassurant, qui donne confiance au patient car il identifie une professionnelle avec des compétences⁶⁷, pour beaucoup d'autres, cette blouse blanche renvoie au fantasme de l'infirmière sexy⁶⁸, qui ne porte rien sous son uniforme, et pour d'autres encore, elle est perçue comme une barrière, le rappel de ces infirmières piqueuses et parfois castratrices⁶⁹. Personnellement, je pense que ces représentations dépendent beaucoup de l'âge des patients, et des souvenirs liés à des expériences antérieures avec un professionnel en uniforme blanc. Il serait intéressant de demander aux patients âgés du CMS quelles sont leurs représentations, mais ce n'est pas le sujet de mon mémoire.

L'adaptation des soins au patient demande parfois l'adaptation de son domicile aux soins : un aménagement qui favorise la sécurité du patient, son autonomie, et qui crée un milieu favorable à sa santé. Ce rôle propre de l'infirmière à domicile est parfois difficile à pratiquer chez certains patients, comme me l'exprimaient quelques infirmières. Le patient peut ressentir ce changement comme une intrusion dans sa sphère privée, et l'infirmière a alors besoin de beaucoup négocier pour qu'il l'accepte, ou alors de trouver d'autres façons de maintenir sa

⁶⁷ Lhez P., *De la robe de bure à la tunique pantalon*. INTEREDITIONS, 1997.

⁶⁸ Midy F. « Les infirmières : image d'une profession » [En ligne] Adresse URL : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf> (Page consultée le 11.04.08).

⁶⁹ Midy F. « Les infirmières : image d'une profession » [En ligne] Adresse URL : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf> (Page consultée le 11.04.08).

sécurité à son domicile. Pour cela, elle a besoin de la collaboration de son entourage, mais aussi d'une bonne connaissance du patient, et de ses besoins réels, car elle exerce son « rôle de prévention et d'éducation en comprenant le patient ». Elle aménagera ainsi chaque domicile en fonction des besoins personnalisés du patient, mais aussi en fonction de ses ressources personnelles et de son entourage, en fait en fonction de tout ce qu'elle connaît du patient. Cet aménagement fait partie intégrante de son rôle professionnel, notamment dans le but de prévenir les accidents, de maintenir une bonne qualité de vie et de favoriser l'autonomie du patient. Tout cela « demande de l'expérience car on ne voit pas toujours la situation du premier coup, il faut sans cesse retravailler sur la relation, sur les objectifs ».

Ainsi, ce qui ressort principalement sur le thème de l'adaptation, est l'effet positif qu'elle a sur la relation : elle favorise le respect, la confiance et la création d'une relation basée sur les besoins du patient. L'infirmière a une meilleure connaissance du patient, de son réseau familial et social, et de ses besoins. Cette relation s'inscrit dans un cadre éthique, et elle fait référence au rôle spécifique de l'ISP. Mais elle a aussi des caractéristiques propres au domicile, comme le pouvoir relatif du patient, le soignant qui est parfois considéré comme un intrus, les difficultés d'ergonomie.

5.2) La relation fréquente

Concernant ce thème, j'ai posé deux questions aux infirmières du CMS. Ces questions ont pour but de vérifier l'hypothèse suivante : *La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.*

Question 1 : Quels sont les moyens que vous utilisez pour développer une relation professionnelle avec le patient de septante ans et plus, que vous voyez minimum trois fois par semaine ?

Quatre des infirmières que j'ai interrogées m'ont dit avoir besoin d'une prise en charge claire et adaptée pour suivre un patient fréquemment. Elles ont besoin d'un mandat précis du médecin, et d'objectifs thérapeutiques fréquemment mis à jour et discutés avec le patient. Plus la prise en charge sera définie, plus la relation

fréquente avec le patient sera appropriée et restera thérapeutique, car elle restera dans un cadre professionnel. Ces soignantes m'ont exprimé le besoin d'être en accord avec leur rôle professionnel afin de garder une limite dans cette relation. Elles doivent sans cesse se repositionner en tant que soignantes, pour garder une attitude professionnelle et un regard vigilant. Car dans la relation fréquente, une des difficultés est la distance, mais aussi la routine, qui surprend le soignant et qui lui enlève son regard observateur. L'infirmière doit alors « se forcer à bien observer, à être vigilante, à regarder le patient dans sa globalité car il est vite fait de tomber dans la routine ». La relation fréquente, si elle veut être thérapeutique, doit être considérée comme faisant partie du projet de soins à part entière, ce qui sous-entend qu'elle demande des objectifs de soins et des évaluations. Pour cela, les infirmières du CMS utilisent les techniques de communication afin de garder la relation à un niveau professionnel, comme elles me l'ont dit : « utiliser les techniques de communication, la relation d'aide, l'écoute active, l'empathie la confrontation pour garder notre relation sur un plan professionnel ».

Ce ne sont pas tant les sujets de la relation qui sont importants, mais la manière de les aborder : plusieurs infirmières me citaient la nécessité de s'intéresser au patient dans sa globalité, comme d'ailleurs nous le dit le concept de la relation thérapeutique. Mais ce terme de globalité, dans le contexte du domicile, demande de prendre en compte les loisirs du patient, ses finances, s'intéresser à sa famille, à ses animaux. Les infirmières m'ont ainsi évoqué leurs discussions avec les patients à propos de match de foot, de leurs vaches et des vignes. Ces sujets sont donc, à mon avis, plus large qu'à l'hôpital, même s'il m'arrive de discuter de certaines choses semblables. Cependant, ils n'auront pas une aussi grande importance à l'hôpital, car ils ne jouent pas de rôle dans les soins. A domicile, les infirmières peuvent discuter avec le patient de son animal domestique, mais en plus elles le rencontrent inévitablement. Il arrive même qu'il influence la manière de faire les soins : « Monsieur porte une sonde. Les lavages de vessie sont nécessaires. Mon godet est en équilibre sur un carton. Alors que je me tourne pour remplir à nouveau ma seringue, je vois le chat laper le sérum physiologique avec délice ! Cette fois je l'ai vu... Mais les autres fois ?⁷⁰ ».

⁷⁰ Bardet, F. *Infirmière à domicile, une aventure au quotidien*. Le Mont-sur-Lausanne : Éd Ouverture, 2005. p. 155-156.

La relation thérapeutique dès lors ne traite plus seulement de la santé physique, mais regroupe tout ce qui fait le quotidien du patient. Je remarque donc que le contexte du domicile influence sur la relation et sur la communication. C'est d'ailleurs ce que dit le concept de communication, qui reprend le fait que l'émetteur et le récepteur communique dans un contexte précis, qui va alors influencer la communication, au niveau des informations données, et des parasites. Si je reprends ce concept, est mentionné aussi dans cette communication le décodage que le récepteur doit faire du message. Pour les infirmières du CMS, elles m'ont aussi cité l'importance de connaître le milieu rural dans leur interprétation des besoins du patient. En effet, pour certaines d'entre elles, le milieu rural comporte ses règles qu'il faut connaître : tutoyer les gens est une marque de respect, ne pas s'offusquer du langage parfois familier, des maisons vétustes, ... On peut considérer ces éléments comme faisant partie du décodage que l'infirmière doit faire dans certains villages pour comprendre son patient et ses habitudes de vie. De même, le domicile du patient va comporter des parasites qui vont aussi influencer sur la relation : animaux domestiques ou parasites physiques, préjugés sur la propreté des lieux ou parasites psychologiques.

Mais si les infirmières m'ont cité ces éléments, aucune d'entre elles ne les ont exprimés avec une connotation négative : ce sont des éléments à prendre en compte, car ils peuvent surprendre et être mal interprétés, pourtant ils ne portent pas préjudice à la relation, bien au contraire, ils leur donnent des informations supplémentaires sur le patient, et sont pris en compte dans le projet de soins. Ces infirmières font ainsi preuve d'empathie dans leur relation avec le patient, car elles font l'effort de connaître et de comprendre le milieu de vie de leur patient, ou comme l'exprime Carl Rogers « il convient de comprendre le monde du patient comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier le « comme si »⁷¹ ».

Dans cette relation durable qui s'établit, une infirmière m'a expliqué aussi cette évolution qu'elle remarque dans la relation : « il y a plusieurs étapes dans la relation avec le patient, la rencontre et évaluation où on cerne le problème, les besoins, les attentes, les ressources, le contexte de vie du patient. Cette étape passe par le verbal mais aussi par l'observation, par des choses pas toujours objectivables, par la subtilité. Ensuite, la relation se développe sur la durée, avec la chronicité. Souvent

⁷¹ Rogers C., *Le développement de la personne*, Dunod, 1991.

les besoins du patient augmentent avec le temps et la fréquence, mais il faut veiller à lui donner les moyens de rester le plus autonome possible. » Cette infirmière met en avant le concept de Peplau, qui reprend ces étapes de la relation, en les classant en quatre étapes, qui comprennent notamment l'identification, que cette infirmière évoque comme phase « où on cerne le problème ». Cette phase est assez courte à domicile, mais comme le soulève cette infirmière, le patient peut avoir des besoins qui vont en augmentant, et cette phase peut alors revenir assez régulièrement, surtout si l'on considère la clientèle des CMS, qui est majoritairement âgée.

Ensuite, elle évoque la relation qui se développe, la phase où le patient prend connaissance des possibilités et des ressources que le CMS peut lui offrir. Cette étape est nommée par Peplau comme la phase d'exploitation. C'est à cette étape que l'infirmière doit « lui montrer de l'intérêt et de l'écoute, le faire participer aux soins, à sa prise en charge » pour le garder partenaire du soin et non spectateur de sa prise en charge. C'est pour cela qu'une infirmière me disait qu'elle insistait toujours sur l'objectif des soins avec le patient, et sur le maintien de son autonomie, afin que le patient soit toujours investi dans les soins et dans le projet mis sur pied pour lui, pour qu'il se sente vraiment considéré comme un partenaire de l'équipe soignante. Cela le responsabilise aussi envers les soignants : de même que l'infirmière le respecte et respecte ses demandes, lui aussi est chargé de respecter l'équipe soignante et leurs demandes.

Ainsi, une relation de partenariat peut vraiment être établie : le patient est conscient que l'infirmière a des ressources à lui proposer (cette notion peut être ressentie comme du pouvoir), mais l'infirmière ne peut rien faire sans la collaboration du patient, car elle a besoin qu'il se livre à elle et qu'il respecte des consignes de traitement, pour établir un projet de soin adéquat.

Le pouvoir de l'infirmière, selon la relation soignant-soigné, se retrouve alors au service du patient, et le pouvoir du patient (cf. chapitre sur l'adaptation au domicile) se retrouve au service de l'infirmière.

Question 2 : Quelles sont vos ressources pour faire face aux difficultés que vous rencontrez dans cette relation fréquente? Quels moyens, compétences, utilisez-vous pour garder cette relation fréquente thérapeutique ?

La plupart des infirmières interrogées m'ont cité l'équipe soignante comme principale ressource : parler des difficultés en équipe, en discuter avec le médecin traitant et avec la famille du patient, faire un tournus auprès du patient. Peplau reprend ce principe dans sa phase d'exploitation, qui vise non pas à être la seule ressource du patient, mais à mettre en place un réseau de professionnels pour encadrer le patient. Cette diversité des professionnels entourant le patient permet de garder une certaine distance, et surtout permet au patient de ne pas être dépendant d'une infirmière, mais d'un réseau : car un risque de cette relation trop fréquente est la dépendance du patient à une infirmière, ou encore un trop grand attachement.

Une autre infirmière m'a aussi exprimé son besoin de « se ressourcer personnellement, se recharger les batteries, être en forme pour être bien dans son rôle professionnel ». Grousset⁷² exprime d'ailleurs que l'infirmière est aussi un être humain à part entière, avec ses occupations extérieures, son humeur et son caractère, qui peuvent influencer sur ses prestations. Mais il met en avant le fait que l'infirmière doit apprendre à se connaître et à se positionner en tant que professionnelle, si elle veut être thérapeutique dans sa relation avec le patient. Ainsi, comme l'exprimait cette infirmière, la vie privée a un impact sur la vie professionnelle, et l'infirmière doit donc trouver un moyen d'équilibrer sa vie de manière à pouvoir se situer en tant que professionnel quand elle est avec le patient.

Deux des infirmières m'ont parlé de leur besoin d' « analyser la situation, prendre du recul, faire un tournus, oser dire non » pour faire face au patient dans une prise en charge fréquente. Le Dr. Villeneuve⁷³ reprend ces termes sous le nom de conscience rationnelle, émotionnelle et éclairée : dans ce cas, l'infirmière exprimait son besoin de rationaliser les émotions qu'elle ressent parfois au domicile du patient, afin d'en avoir une vision plus éclairée, plus distante mais qui lui permet de prendre conscience des éléments qu'elle ressent tout en considérant les éléments objectivables, qu'elle entend. Car il est facile de tomber dans des récurrences avec

⁷² Grousset S. « Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique » *Dossier soins* n°681, p.30-31.

⁷³ Dr. Villeneuve E. « Mode de pensée » In *Association québécoise de l'organisation limitée de la personnalité*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.personnalitelimite.org/pensee.html> (page consultée le 12.03.08).

le patient que l'on rencontre souvent. Se positionner de manière éclairée permet alors de faire la part des choses entre ce qui est réel (objectif), et ce qui est ressenti (propre à l'infirmière, subjectif).

Une autre infirmière m'a cité son besoin d' « être attentif, avoir un regard critique sur la relation avec le patient pour discerner les débordements ». Cette infirmière m'exprimait son besoin d'être toujours vigilante avec le patient, même si elle le voit plusieurs fois par semaine. En effet, la routine peut vite s'installer et l'infirmière peut alors « écouter d'une oreille le patient », alors qu'il a besoin de cette relation. Elle doit aussi faire des surveillances précises, en lien avec la prise en charge. Donc, elle doit chaque fois se concentrer, se fixer des objectifs de relation, être attentive au patient, et bien connaître son rôle et ses limites, afin de « discerner les débordements ».

Ainsi, par rapport à ce thème de la relation fréquente, les infirmières identifient clairement qu'elles ont besoin de connaître leur rôle professionnel et leurs limites afin de rester thérapeutiques. Elles utilisent les techniques de communication pour situer leurs entretiens sur un plan professionnel, car elles prennent en compte le patient dans sa globalité de vie, en s'intéressant aussi à des domaines qui ne sont pas exclusivement de la santé physique. Elles remarquent une évolution de la relation selon la durée de la prise en charge, et doivent adapter leur relation au gré du temps, en mettant en place une prise en charge pluridisciplinaire. Elles utilisent l'équipe soignante et le réseau du patient comme ressources dans les soins et dans la relation, elles se situent dans une conscience éclairée afin d'être le plus objectif possible. Le patient est considéré comme un partenaire des soins, qui a aussi un rôle important à jouer dans cette relation.

5.3) La distance thérapeutique

Concernant ce thème, j'ai posé deux questions aux infirmières du CMS. Ces questions ont pour but de vérifier l'hypothèse suivante : *La relation fréquente (trois fois par semaine minimum) avec le patient âgé (septante ans et plus) exige de la part du soignant des compétences relationnelles spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.*

Question 1 : Quelles peuvent être les difficultés rencontrées dans la relation fréquente avec le patient âgé (plus de septante ans)?

La principale difficulté citée par la majorité des infirmières interrogées est le risque de familiarité avec le patient qui survient lorsqu'une certaine distance n'est pas maintenue. Cette familiarité peut être due à la fréquence des soins, mais aussi au tutoiement de certains patients et aux affinités qui se développent au fil de la prise en charge. Celle-ci peut entraîner par la suite une baisse du respect du patient envers le soignant, une baisse de la vigilance de l'infirmière, une non objectivité, et une distance mal définie qui ne respectera plus les critères de la profession.

Les infirmières m'ont aussi cité la difficulté éprouvée avec certaines personnes plus intrusives, qui demandent des informations personnelles, ou alors qui font du favoritisme envers certains soignants et demandent à ce que se soit toujours la même personne qui vienne faire les soins.

Donc, que ce soit des difficultés de familiarité ou plutôt des difficultés avec des personnes intrusives, celles-ci sont toujours liées à la distance avec le patient. Car si la distance physique est facile à mesurer et à rectifier, la distance émotionnelle l'est beaucoup moins. En effet, selon la distance de Hall⁷⁴, les soins au patient se font le plus souvent dans une distance intime (de 0 à 40cm), tandis que les soins relationnels devraient se faire à une distance personnelle (de 41 à 125cm). Et sur le plan de la distance relationnelle, le soignant devrait essayer le plus souvent de se situer dans une conscience éclairée. Hors, quand le soignant est trop familier avec le patient, ou qu'il a trop de préjugés envers le patient qu'il voit si souvent, il se situe dans la conscience émotionnelle⁷⁵, qui peut alors vite amener des distorsions dans la relation, ou des déviations⁷⁶, comme la dépendance, l'identification ou le jugement de valeurs. Pourtant, les infirmières ne m'ont pas cité ce type de déviations avec leurs patients, car je suppose qu'elles utilisent des ressources appropriées pour les éviter. D'ailleurs, dans cette question, deux des infirmières m'ont justement parlé à nouveau de leur besoin d'avoir des objectifs clairs concernant la relation avec le patient, ces objectifs permettant de situer la relation sur le plan de la conscience

⁷⁴ HALL E., *La dimension cachée*, Ed. Seuil, Collection Point Essais, Paris, 1989.

⁷⁵ Dr. Villeneuve E. « Mode de pensée » In *Association québécoise de l'organisation limite de la personnalité*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.personnalitelimite.org/pensee.html> (page consultée le 12.03.08).

⁷⁶ Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. Ed. Bréal, Paris, 2003.

rationnelle. Autrement dit, ces objectifs permettent d'avoir un apport rationnel, impartial et professionnel sur le patient. Ce qui permet d'équilibrer le point de vue de l'infirmière, qui a alors un apport émotionnel et un apport rationnel, et de ce fait, elle bénéficie d'une conscience éclairée sur le patient.

Une autre difficulté citée est la fréquence des rencontres avec la famille du patient en dehors du cadre professionnel : « On croise aussi souvent les familles si on habite le même village ». De ce fait, les familles demandent des informations sur la prise en charge du membre de leur famille, et l'infirmière se voit soit obligée d'y répondre, alors que ce n'est ni le lieu ni le moment, soit elle doit leur expliquer qu'elle est en congé. Si certaines familles l'acceptent bien et comprennent, d'autres ont plus de difficulté. Mais dans les deux cas, l'infirmière devra veiller à protéger sa vie privée des intrusions professionnelles. Ceci est valable également lorsqu'une infirmière connaît un membre de la famille d'un patient en dehors du contexte professionnel, lors d'un loisir par exemple, ou une association. Il se peut alors que des demandes soient exprimées par rapport à la prise en charge. Mais l'infirmière doit rester objective et ne pas faire de favoritisme, et elle doit l'expliquer à sa connaissance, ce qui peut alors nuire à leur relation. Mélanger le professionnel et le privé n'est pas recommandé dans notre profession. C'est pourquoi, le fait d'habiter dans le même village que ses patients n'est pas toujours évident, et ne favorise pas le maintien d'une distance thérapeutique.

Les difficultés citées ci-dessus m'amènent à penser que la distance thérapeutique n'est pas que la responsabilité du soignant, mais aussi du patient. En effet, même s'il n'est pas un professionnel, il est partenaire des soins qui lui sont prodigués, et de ce fait, il est au centre de cette relation qui va alors se créer. Et l'infirmière va ainsi mettre en place un cadre éthique et professionnel à la relation, mais elle a besoin que le patient y participe pour que les choses se développent d'une manière qui soit confortable pour les deux protagonistes présents. Mais pour cela, le patient doit jouir de son autonomie des sentiments, c'est-à-dire qu'il doit être capable d'avoir ses propres sentiments face aux événements, ce qui n'est pas forcément le cas de chaque patient du CMS, selon la pathologie qu'il présente. Par contre, s'il est autonome dans ce domaine, il pourra choisir de participer ou non à la construction d'une bonne relation avec l'infirmière. A ce propos, il y a déjà des éléments cités dans le concept de la relation soignant-soigné, comme le respect : nous savons que l'infirmière doit respecter le patient, ses sentiments, ses croyances,

ses valeurs, et, de même, le patient doit respecter l'infirmière, ses horaires de passage, ses demandes d'aménagement du domicile pour faciliter les soins. Il y a aussi la confiance : le patient a confiance en l'infirmière et en ses compétences. Ces éléments vont permettre à la relation de se créer et de bien évoluer. Mais d'autres éléments ont été cités par les infirmières : ne pas faire de favoritisme entre les soignants, respecter la sphère privée du soignant. Peut-être y en aurait-il d'autres, cependant ils n'ont pas été cités par les infirmières.

Question 2 : Pour vous, quelles seraient les limites dans la relation soignant-soigné à ne pas dépasser, afin de rester professionnel ?

Les infirmières m'ont toutes exprimé que leurs limites étaient de ne pas faire ce qui n'est pas dans le projet de soins : « se limiter aux choses convenues ensemble par les objectifs de soins ». Donc encore une fois, le projet de soins est garant de cette distance et de la qualité de la relation et de la prise en charge globale.

Dans cette même idée, les infirmières m'ont également cité le fait d' « expliquer notre rôle professionnel et nos limites afin que le patient puisse les respecter ». Ainsi, le patient est responsabilisé par rapport à la relation et à la distance qu'il y a entre lui et l'infirmière. Il est considéré comme le partenaire de soins, qui a son rôle à jouer dans cette relation.

Les infirmières m'ont parlé d'éléments comme « ne pas faire de favoritisme, garder une distance, éviter de nouer des relations avec eux (la famille) en dehors du travail ». En d'autres termes, l'infirmière doit séparer ce qui est de sa vie privée et ce qui est de sa vie professionnelle, mettre de côté le personnel pour être plus appropriée dans le professionnel. Ceci permettra d'éviter des déviations du type de l'identification projective, ou encore de faire, comme elles le disent, du favoritisme. Ainsi, l'infirmière placera cette relation dans un cadre éthique⁷⁷, qui demande de faire preuve du même professionnalisme avec chaque patient, de le respecter et de le soigner de manière équitable. Cet élément est aussi un gage de qualité⁷⁸, car

⁷⁷ Conseil international des infirmières *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, 2000. Page 2.

⁷⁸ Raffault L., *La distance thérapeutique à domicile*, Travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier. Institut de Formation en soins infirmiers de Blois, 2003.

l'infirmière sera plus à même de comprendre le patient, de faire preuve d'empathie et d'accueillir ses émotions, sans être confrontée aux siennes ou aux éléments de sa vie privée qui refont surface.

Une infirmière m'a dit aussi qu'elle évitait les gestes familiers, comme faire la bise au patient, car ils peuvent contribuer à créer une proximité relationnelle : en effet, elle garde la distance intime (Hall) pour les soins, mais dans le relationnel, elle se situe dans une plus grande distance (elle n'a pas exactement précisé laquelle). Ce qui permet de ne pas créer la confusion chez le patient et de garder une distance qui reste professionnelle : si son rôle implique une proximité physique pour les soins, il n'en est pas de même pour la relation. Elle préfère reclarifier son rôle ainsi, en évitant de faire intrusion dans la sphère intime du patient lorsqu'elle communique avec lui. Pourtant, je pense personnellement qu'il n'est pas toujours possible de maintenir cette distance personnelle lors de la discussion avec le patient. En effet, il est très courant de profiter d'un soin, donc d'un moment où je me situe dans la distance intime du patient, pour faire du relationnel. Je profite par exemple de la toilette pour parler avec le patient. Cependant, ce soin n'a pas la même coloration affective qu'exprime le geste de faire la bise au patient.

Ainsi, pour ce qui est de la distance thérapeutique, les principales difficultés rencontrées par les infirmières du CMS sont la familiarité avec le patient, le manque d'objectivité, la baisse de la vigilance, les intrusions du patient ou de sa famille dans la vie privée du soignant. Pour y faire face, les infirmières doivent sans cesse revoir le projet de soins, veiller à le respecter, et reclarifier avec le patient leurs interventions. Elles se situent le plus possible dans une conscience éclairée face au patient et à ses demandes. Elles favorisent le partenariat avec le patient en lui expliquant sa prise en charge et ses responsabilités face au projet de soins. Certaines d'entre elles évitent les familiarités afin de situer la relation dans une distance personnelle et non intime.

5.4) La prise en charge infirmière

Concernant ce thème, j'ai posé une question aux infirmières du CMS. Cette question a pour but de vérifier l'hypothèse suivante : *La communication non-verbale joue un rôle très important à domicile, car elle prend en compte le milieu de vie du*

patient comme source d'informations conséquentes pour les soins. Mais aussi de vérifier une deuxième hypothèse, à savoir : le contexte du soin à domicile permet au personnel infirmier de rencontrer le réseau familial du patient et de découvrir son milieu de vie, ce qui permet une récolte des données plus approfondie, une vision systémique de la situation du patient, une prise en charge globale et des contacts privilégiés.

Question 1 : En quoi le fait de connaître le domicile du patient, de connaître sa famille et son réseau, favorise-t-il la prise en charge du patient ?

« Un des nombreux privilèges des soins à domicile est de rencontrer le client dans son milieu de vie. On y découvre ses goûts, son ordre, son désordre, ses odeurs, ses couleurs, sa musique... »⁷⁹

Toutes les infirmières m'ont cité des avantages à connaître le réseau du patient ainsi que son domicile. Celui qui a été le plus cité est une meilleure adaptation des soins aux besoins du patient, selon ce qu'on connaît de lui, de ses habitudes de vie, pour élaborer un projet de soins qui le respectent et qui soit « plus pointu, plus précis, plus efficace », puis un réajustement selon ce qui est observé au domicile du patient. Une meilleure connaissance du patient permet de mieux le respecter.

L'observation du domicile du patient donne de précieuses informations sur ses besoins, mais elle permet également d'avoir des informations supplémentaires sur la compliance au traitement, sur la compréhension des enseignements infirmiers : une infirmière m'exposait comme exemple sa visite chez une patiente diabétique. En passant dans la cuisine, l'infirmière aperçoit sur la table un cake à moitié mangé. L'infirmière peut alors confronter ce que la patiente lui dit avec ce qu'elle peut observer. Cela va lui donner une indication sur son suivi du régime alimentaire, et l'infirmière sait alors qu'elle doit revoir ce point avec la patiente. L'observation du domicile de la patiente lui a donc permis dans ce cas d'évaluer la compréhension de celle-ci par rapport à l'enseignement prodigué, et d'ajuster ses interventions en fonction de ce qu'elle a pu observer, puis discuter avec la patiente à ce sujet.

⁷⁹ Bardet, F. *Infirmière à domicile, une aventure au quotidien*. Le Mont-sur-Lausanne : Éd Ouverture, 2005. p. 162.

La famille est également une source appréciée de renseignements, surtout avec des patients ayant des troubles mnésiques. L'infirmière peut vérifier les dires du patient avec ceux de sa famille, et ainsi avoir une meilleure vision des besoins réels du patient et de ses ressources. Un exemple cité par une des infirmières est le cas d'une patiente qui lui dit s'être douchée le matin, alors que son conjoint lui affirme le contraire. L'infirmière, qui n'aurait pas de moyens de vérifier cette information sans l'aide du conjoint, peut alors évaluer les propos de sa patiente, qui est de bonne foi, mais qui ne se souvient probablement pas si elle s'est réellement douchée.

Le domicile du patient, ainsi que sa famille, est donc une source d'informations précieuses pour les infirmières, autant comme moyens d'obtenir des informations sur les besoins du patient (ménage, cuisine, ...) que pour évaluer son discours. L'infirmière s'en sert pour évaluer son niveau d'autonomie, pour apprécier ses besoins de santé, pour le soutenir et l'orienter dans la prise en charge et la mise en place d'un réseau de maintien à domicile. Cela fait partie de son rôle autonome au domicile du patient⁸⁰.

L'infirmière peut se servir du domicile du patient et des informations de la famille pour évaluer la congruence du patient, dans son discours et dans ses gestes. En effet, l'infirmière peut obtenir par le biais de sources extérieures au patient, les renseignements dont elle a besoin pour évaluer sa prise en charge et pour l'adapter aux besoins réels du patient. La prise en charge en sera d'autant plus améliorée et appropriée au patient, à ses besoins réels et à ses ressources, et l'infirmière dispose de moyens adaptés pour la réajuster selon ses observations.

Ainsi, en ce qui concerne la prise en charge infirmière, le domicile du patient ainsi que sa famille lui offre des informations précieuses lui permettant d'exercer son rôle spécifique de manière plus adéquate. Le lieu de vie du patient et son entourage lui permettent d'évaluer la congruence du patient, et ils se révèlent particulièrement utiles dans le cas de patients souffrants de troubles mnésiques.

⁸⁰ Cahier des charges de l'infirmier/ère travaillant en santé communautaire pour le centre médico-social subrégional de Martigny.

5.5) Vérification des hypothèses

Au début de mon travail, j'ai posé quatre hypothèses qui m'ont ensuite guidée pour l'élaboration de mes entretiens. La récolte de données effectuée lors des interviews devait me permettre de les vérifier ou de les infirmer. Voici mes conclusions :

L'adaptation au milieu de vie du patient permet à l'infirmière de créer une bonne relation avec le patient à domicile.

Cette hypothèse est exacte.

Toutes les infirmières interrogées m'ont affirmé devoir s'adapter au domicile du patient. Cette acclimatation va favoriser la création d'une relation de confiance, basée sur le respect du patient, sur la connaissance de ses besoins, de ses ressources, de ses valeurs et de ses croyances. Ainsi, le patient se sent écouté par l'infirmière, ce qui l'amène à se confier et à exprimer ses besoins. Et le patient qui se sent respecté va plus facilement accepter l'infirmière, ses soins et son matériel. De plus, la relation créée va respecter les valeurs éthiques de notre profession et rester dans un cadre professionnel. Les infirmières utilisent des techniques de communication telles que l'écoute active, la reformulation, la communication non-violente⁸¹, etc., afin d'avoir une meilleure connaissance du patient et de ses besoins. Cette connaissance du patient est utilisée dans le but de créer un projet de soins qui le respecte. Cela va donc influencer positivement la relation, car le patient, se sent respecté, écouté et mis en confiance. Il voit également les efforts de l'infirmière pour concevoir la meilleure prise en charge possible, et l'adapter au fil de son évolution, en gardant à l'esprit le bien-être du patient.

Cette adaptation est donc positive pour la relation, et permet à l'infirmière de créer un climat de confiance, de respect, d'écoute et d'empathie envers le patient, éléments qui vont favoriser une relation thérapeutique.

⁸¹ Ce terme désigne le fait de baser la communication sur le fait de reformuler à l'autre les faits, sans interprétation personnelle, afin de clarifier la situation et d'y trouver une solution, selon la théorie de Marshall B. Rosenberg.

La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.

Cette hypothèse est partiellement vérifiée.

S'il est vrai que le domicile peut être un lieu plus désécurisant pour l'infirmière et qu'il lui demande une plus grande adaptation qu'à l'hôpital, les compétences relationnelles qu'il requiert ne sont pas spécifiques à ce milieu, car elles sont aussi présentes à l'hôpital ou dans un autre lieu de soins. Cependant, un accent particulier est mis sur certains éléments, alors qu'il ne l'est pas forcément mis dans un autre établissement de soins, mais cela reste encore à vérifier.

Les infirmières identifient clairement qu'elles ont besoin de connaître leur rôle professionnel et leurs limites afin de rester thérapeutiques. Cette connaissance n'est pas spécifique au domicile, mais elle est exprimée comme un besoin primordial à la relation thérapeutique, alors qu'ailleurs elle ne l'est pas forcément. Les infirmières du CMS ont besoin de ce cadre à la relation, cadre fixé par le projet de soins et par la profession, pour que la fréquence de la relation n'amène pas un débordement.

Le fait de rendre le patient partenaire des soins et de lui donner la responsabilité de respecter également les limites éthiques de la profession, n'est pas non plus propre au domicile, mais il est peut être plus souvent utilisé comme ressource, car il est ressorti de plusieurs entretiens.

Par contre, un élément que je trouve plus spécifique à cette relation, mais qui est aussi spécifique à toute prise en charge sur une longue durée, est la connaissance globale du patient par l'infirmière. L'infirmière, sur la longueur de la prise en charge et la fréquence de ses visites, sera amenée à rencontrer la famille et l'entourage du patient. Ces personnes ne seront pas seulement des visites, mais des ressources pour le patient et pour l'infirmière. Elle devra collaborer avec elles et leur faire part du projet de soins. Elle devra également prendre en compte le milieu de vie du patient pour l'adapter aux soins, mais aussi à l'évolution de l'état du patient. Et pour cela, elle devra en parler fréquemment avec le patient, et en faire un objectif de la relation.

Cette hypothèse est donc partiellement vérifiée, car mes entretiens ne m'ont pas permis de mettre en avant les compétences spécifiques des infirmières du CMS, mais ils révèlent certains éléments auxquels elles doivent être attentives par rapport à

la relation fréquente : le besoin de reclarifier régulièrement le cadre des soins, de rester centré sur le projet de soins, de faire preuve de vigilance pour ne pas tomber dans la routine, de comprendre le milieu rural pour ne pas porter de jugements sur le patient, de faire appel à l'équipe quand la situation devient difficile à gérer, et de respecter une certaine distance avec le patient, afin de rester thérapeutique.

Quant à l'expérience acquise sur le terrain, elle n'a été citée qu'une fois dans mes entretiens. Une infirmière m'a évoqué le fait qu'elle a besoin d'acquérir de l'expérience pour gérer cette relation fréquente. Les autres n'en ont pas fait mention, ce qui me porte à conclure de la manière suivante : la relation s'exerce, comme un soin technique, mais les infirmières n'ont pas forcément besoin de la pratiquer dans le milieu spécifique du CMS pour acquérir des compétences qu'elles utilisent dans la relation fréquente avec leurs patients à domicile. Ce fait peut être appuyé par l'élément suivant : l'infirmière m'ayant cité ce besoin est aussi celle qui a le moins d'expérience professionnelle, que se soit au CMS, ou dans un autre milieu de soins.

Le contexte du soin à domicile permet au personnel infirmier de rencontrer le réseau familial du patient et de découvrir son milieu de vie, ce qui permet une récolte des données plus approfondie, une vision systémique de la situation du patient, une prise en charge globale et des contacts privilégiés.

Cette hypothèse est vérifiée.

En effet, toutes les infirmières interrogées m'ont évoqué le fait de connaître le domicile du patient et sa famille comme un point positif pour la prise en charge.

Les infirmières m'ont évoqué le besoin de connaître la famille du patient pour mieux connaître son histoire de vie, ses valeurs et ses ressources pour le projet de soins. Ils sont une source d'informations précieuses pour connaître le patient et ses besoins, qu'il n'ose pas toujours exprimer, selon sa personnalité ou ses valeurs. Cela permet également d'avoir un regard extérieur sur la prise en charge, et de mieux l'adapter selon les retours de la famille.

Découvrir le milieu de vie du patient est aussi essentiel, afin d'évaluer ses besoins pour demeurer à domicile, et de mettre en place un aménagement qui lui permette d'y rester le plus longtemps possible, en favorisant son autonomie et sa sécurité.

Ainsi, connaître le milieu de vie du patient permet de l'adapter à ses besoins, connaître sa famille permet d'avoir une meilleure connaissance du patient, de ses besoins, de ses ressources, et de son histoire personnelle. Ces éléments vont donc améliorer la prise en charge, et permettre une évaluation fréquente dans le but de maintenir sa qualité de vie à domicile. L'infirmière aura une meilleure connaissance du patient, ce qui va favoriser le respect de ses valeurs et de ses sentiments, tout en créant un climat de confiance, permettant au patient de s'exprimer. Cette relation permettra des échanges privilégiés grâce à la prise en charge qui est mise en place.

La communication non-verbale joue un rôle très important à domicile, car elle prend en compte le milieu de vie du patient comme source d'informations conséquentes pour les soins.

Cette hypothèse est vérifiée.

L'observation du patient et de son milieu de vie donne effectivement des informations précieuses sur les besoins du patient, et sa capacité à y répondre. L'infirmière peut ainsi vérifier si le patient est capable d'entretenir son domicile, de s'alimenter correctement, de faire ses soins d'hygiène de façon autonome, et de s'habiller proprement. L'infirmière peut donc obtenir ses informations sans avoir besoin de la collaboration du patient, s'il ne désire pas lui parler par exemple.

De plus, ses observations peuvent également lui donner des renseignements sur la prise en charge établie, sur la compliance au traitement, sur son suivi des enseignements infirmiers. Comme exemple déjà cité, la patiente diabétique qui a sur sa table de la cuisine un cake entamé⁸².

Cependant, pour que cette observation soit vraiment pertinente pour le projet de soins, il est important que l'infirmière en discute toujours avec le patient, afin de vérifier ses observations et de ne pas en tirer de conclusions attives. Si le patient ne souhaite pas s'exprimer à ce sujet, l'infirmière peut alors en parler avec sa famille.

⁸² Exemple développé plus en détails dans le chapitre 5.4) La prise en charge infirmière.

5.6) Réponse à la question de recherche

Ma question de recherche était la suivante :

Comment l'infirmière peut-elle favoriser, dans la continuité des soins et au fil du temps, une relation thérapeutique et professionnelle avec le patient âgé à domicile?

Les éléments qui suivent constituent ma réponse, que j'ai élaborée grâce aux interviews réalisés avec les infirmières du CMS.

5.6.1) Créer un climat de confiance

L'infirmière doit créer un climat de confiance au domicile du patient. Pour cela, elle met au service du patient ses compétences relationnelles et professionnelles, elle fait preuve d'écoute et d'empathie, et favorise l'expression de ses émotions. Elle s'adapte au domicile du patient. Ce dernier doit pouvoir identifier en elle la professionnelle dont il a besoin, et avec laquelle il souhaite établir un partenariat. Elle respecte le secret professionnel.

5.6.2) Prendre en compte la famille

La famille doit faire partie du projet de soins, que ce soit pour avoir de meilleures connaissances sur le patient, mais aussi en tant que ressource pour les soins en eux-mêmes. Les infirmières collaborent avec eux, afin d'établir un projet de soins qui respectent le patient et ses désirs. Elle est en relation avec eux afin de réajuster le projet de soins si nécessaire, et elle prend en compte leur avis sur l'état de santé du patient. La famille a un rôle de proximité très important, encore plus si le patient souffre de troubles mnésiques. De plus, la famille peut être amenée à dispenser aussi des soins, pendant la nuit ou les week-ends par exemple, elle est non seulement une source d'informations, mais aussi une aide utile pour le patient, lorsque le suivi des soins nécessite plus de ressources que le CMS n'en dispose.

5.6.3) Favoriser le respect du patient

L'infirmière favorise le respect du patient dans toute sa prise en charge. Elle doit utiliser ses compétences pour établir un projet de soins qui respecte ses valeurs, ses besoins et ses ressources. L'infirmière favorise ce respect par la connaissance qu'elle a du patient. Elle doit l'encourager à exprimer ses émotions, son ressenti, en toute confiance, et défendre ses valeurs devant l'équipe, afin que la prise en charge du patient soit fidèle à qui il est.

5.6.4) Utiliser les techniques de communication

Les techniques de communication doivent être utilisées au domicile du patient, afin de situer les échanges relationnels sur un plan professionnel. Elles sont le garant d'un niveau de communication qui se veut thérapeutique et centré sur le patient.

L'infirmière doit donc faire preuve d'écoute, de respect, d'empathie, et elle utilise pour cela les questions ouvertes, la reformulation, la confrontation, la communication non violente. Tout cela dans le but de garantir une qualité de discussion et un niveau de relation qui soit professionnel. Elle peut ainsi éviter de déborder trop facilement dans les familiarités.

5.6.5) Encourager son autonomie

L'infirmière doit encourager l'autonomie du patient à domicile, que ce soit l'autonomie des sentiments, l'autonomie physique, ou l'autonomie sociale et spirituelle. Pour cela, elle encouragera le patient à exprimer ses besoins, à parler de son ressenti, à donner du sens à sa maladie, à trouver des ressources personnelles pour palier à sa dépendance. Elle aménagera son domicile pour maintenir le plus longtemps possible son autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Elle suppléera le patient pour les choses qu'il ne peut plus accomplir seul, tout en le stimulant. Mais elle doit aussi être sûre que le patient pourra se prendre en charge seul quand elle quitte son domicile, car il n'y a pas de présence infirmière 24h/24. Ainsi, le patient doit jouir d'un minimum d'autonomie le plus longtemps possible, avec l'aide de l'infirmière, pour que son maintien à domicile soit sécurisé.

5.6.6) Considérer le patient comme partenaire

L'infirmière et le patient sont partenaires dans cette relation et dans le projet de soins. L'infirmière doit faire participer le patient à la relation et aux soins, en lui expliquant la prise en charge infirmière, en lui clarifiant son rôle professionnel, en favorisant son implication dans le projet de soins. Le patient, s'il est en mesure de comprendre, doit participer à la relation en respectant l'infirmière et ses principes, et en collaborant. Les deux ont besoin l'un de l'autre pour mener à bien cette relation : l'infirmière fournit des compétences relationnelles, et le patient est le centre de cette relation, celui qui doit en être le bénéficiaire. Pour cela, il doit s'impliquer personnellement, et partager avec l'infirmière ses valeurs, ses besoins et ses désirs.

5.6.7) Respecter le projet de soins

L'infirmière doit respecter le projet de soins établi avec le patient et l'équipe soignante. Cela lui donne des limites dans ses actes et dans sa prise en charge, et lui permet d'établir un cadre à la relation. Ainsi, le temps de passage va être regardé en équipe, et l'infirmière doit le respecter, pour ne pas favoriser des déviations⁸³ dans la relation. Ces temps de passage ont également un but précis, qu'il faut garder. Cela donne ainsi un cadre pour la relation avec le patient, qui doit respecter un temps précis, avec un but relationnel ou thérapeutique, et s'inscrire dans un projet de soins pré-établi.

5.6.8) Evaluer ses prestations

L'infirmière doit garder à l'esprit qu'elle est une professionnelle dans cette relation. Elle doit évaluer, au même titre qu'elle évalue ses soins, la relation qu'elle a avec les patients. Elle doit se positionner en tant que professionnelle, et se servir des outils dont elle dispose pour établir une relation thérapeutique. L'infirmière doit sans cesse se remettre en question pour améliorer la relation qu'elle a avec le patient. Mais elle doit l'améliorer afin que celle-ci soit toujours plus professionnelle, et non l'améliorer en vue d'une relation de « copinage ». Pour cela, elle dispose de moyens professionnels pour l'évaluer : les techniques de communication, le cadre éthique de la relation, le projet de soins, les objectifs de relation, etc.

Cet élément peut être difficile à mettre en pratique, car l'infirmière ne dispose pas d'un regard professionnel externe à elle-même pour confronter son avis, car elle est seule professionnelle à domicile au moment du soin. C'est pourquoi, il est important qu'elle confronte son avis sur le patient avec ses collègues, et qu'elle ne cesse de se poser des questions sur l'amélioration possible de ses prestations et de la prise en charge.

5.6.9) Se situer dans une conscience éclairée⁸⁴

L'infirmière doit prendre du recul par rapport à ses émotions avec le patient. Il est important qu'elle regarde de manière objective le patient, en prenant en compte sa pathologie, son histoire de vie, ses valeurs. Cela dans le but de sortir de l'émotionnel qui peut l'envahir dans la fréquence de la relation. La conscience

⁸³ Ces déviations possibles sont développées dans le chapitre 3.4.6.

⁸⁴ Dr. Villeneuve E. « Mode de pensée » In *Association québécoise de l'organisation limitée de la personnalité*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.personnalitelimite.org/pensee.html> (page consultée le 12.03.08).

éclairée peut l'aider à se situer comme une professionnelle, en prenant en compte les éléments rationnels propres au patient (pathologie, histoire de vie), et les éléments émotionnels liés à la situation, ressentis par l'infirmière (lassitude, fatigue, routine, etc.). D'autant plus qu'elle est seule à domicile, l'infirmière peut vite avoir de la difficulté à voir la situation de l'extérieur et à ne pas s'impliquer émotionnellement. Le fait de se situer dans une conscience éclairée lui permet justement de se dissocier de la situation et d'avoir un autre regard sur le patient.

5.6.10) Avoir des objectifs relationnels

La relation, au même titre que les soins, fait partie de la prise en charge du patient. Afin que celle-ci soit thérapeutique, l'infirmière doit se fixer avec le patient des objectifs, pour que celle-ci évolue, et pour éviter qu'elle ne devienne monotone. Cela permettra à l'infirmière de donner un sens à la discussion qui se crée lors de son passage, et d'approfondir ainsi la connaissance qu'elle a du patient. Cela permet également de donner du sens à la relation, et de baser cet échange sur des principes thérapeutiques.

Ces objectifs doivent être fixés en équipe, afin qu'ils soient respectés par chacun et que la relation évolue. Cela demande une grande communication des données entre collègues, et un bon suivi dans les transmissions écrites.

5.6.11) Rester vigilante

La routine peut vite s'installer si l'infirmière n'y prend pas garde, et avec elle une baisse de l'observation, une baisse de motivation, et un laisser-aller dans la prise en charge. L'infirmière doit rester vigilante, et chaque fois se concentrer sur les besoins du patient et sur la prise en charge, afin de rester professionnelle. Cela lui évitera les déviations qui peuvent arriver dans cette relation, et permettra de maintenir la qualité de la prise en charge, que se soit au niveau de la relation, mais aussi pour ce qui est des soins.

5.6.12) Soigner en équipe

La relation peut devenir fatigante ou difficile avec la fréquence, surtout lors de situation lourde et compliquée. L'infirmière fait partie d'une équipe soignante, qui est une ressource pour elle. Elle peut faire part de cette situation difficile au colloque, ou alors faire un tournus avec ses collègues, afin de ne pas être confrontée quotidiennement aux mêmes patients.

De même, le patient a besoin d'un tournus de soignant, afin de ne pas devenir dépendant d'une personne, ou de ne pas créer de favoritisme envers un soignant. Il est profitable pour lui de bénéficier d'une prise en charge d'équipe, afin d'avoir un autre regard sur sa situation, et de ne pas tomber dans la routine.

5.6.13) Se ressourcer personnellement

L'infirmière a besoin d'être bien avec elle-même si elle veut bien soigner. Elle doit pouvoir éliminer le stress et les tensions de son travail, afin d'être à chaque fois disposée à donner au patient. Pour cela, elle doit trouver des moyens personnels de se ressourcer et de trouver un équilibre entre ses besoins personnels et les attentes professionnelles. Ainsi, elle sera capable de dissocier le professionnel du personnel, et d'être pleinement disponible pour ses patients pendant son travail.

Les éléments cités ci-dessus me permettent d'atteindre mon objectif de recherche, qui était de découvrir le maximum d'éléments spécifiques à la relation à domicile, d'identifier et d'approfondir les moyens propres à l'infirmière pour permettre la construction d'échanges basés sur des valeurs professionnelles au domicile du patient.

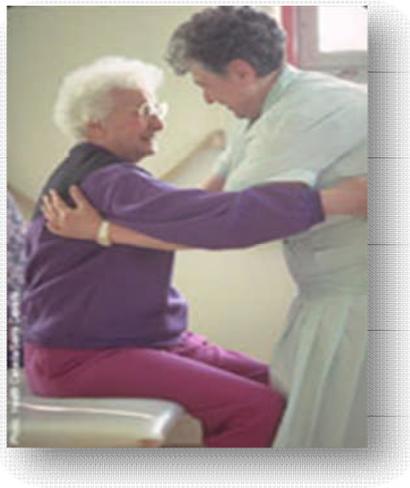


Figure 7

6) Synthèse

Dans ce chapitre de synthèse, je vais faire une évaluation de ma recherche en discutant de sa validité et de ses limites, puis je ferai un bilan de mes acquis sur le plan méthodologique, professionnel et personnel. Pour conclure, je vais évoquer les possibilités de recherche permettant d'aller plus loin dans ce domaine.

6.1) Validité de ma recherche

Je vais discuter de la validité de ma recherche, autant d'un point de vue interne, c'est-à-dire sur le sens et la crédibilité des résultats évoqués dans mon analyse, mais aussi d'un point de vue externe, sur la généralisation des données et les limites de ma recherche⁸⁵.

6.1.1) Validité interne

La validité interne de ma recherche est basée sur la discussion du sens du contenu et de la crédibilité des résultats présentés dans ma recherche⁸⁶.

Par rapport à la validité des informations récoltées lors de mes entretiens, ces informations ont toutes été récoltées dans le même milieu, et de la même façon. Les infirmières étaient libres de participer ou non à ma recherche, et chaque infirmière s'est inscrite de manière volontaire. Par conséquent, les informations récoltées l'ont été de manière à respecter le bon déroulement de mon enquête.

Par contre, un obstacle de recherche est le fait que je connaissais les infirmières interrogées, car j'ai effectué un stage dans ce CMS. J'ai pris conscience que connaître ces professionnelles et le milieu dans lequel elles exercent m'a beaucoup aidée au début de ma recherche, par une bonne connaissance préalable du milieu, mais peut aussi m'avoir amenée à faire des biais, notamment dans l'interprétation des interviews. J'ai essayé de me situer d'un point de vue extérieur aux situations évoquées, mais cela n'a pas toujours été évident de mettre de côté mes souvenirs personnels des situations évoquées pour m'en tenir strictement aux dires des infirmières. Je pense néanmoins avoir réussi à mettre de côté mes sentiments personnels pour me baser uniquement sur les propos des infirmières.

⁸⁵ Schoepf C., *La validité d'une recherche qualitative*, document de cours A3D7M50, 2007.

⁸⁶ Ibid.

Pour cela, j'ai utilisé des phrases des interviews que j'ai retranscrites et incérées dans mon mémoire, afin de ne pas ajouter une coloration personnelle.

De plus, je me suis aperçue en relisant mes entretiens, que certaines de mes questions ⁸⁷ induisaient peut-être une réponse, car beaucoup ont répondu exactement ce à quoi je m'attendais, ce qui m'a vite amenée à une saturation des données récoltées. Si je pouvais refaire mon mémoire, je prendrais plus de temps pour élaborer mes questions d'entretiens, et plus de temps lors de mes entretiens, pour vérifier et reformuler avec les infirmières leur propos.

Par contre, chaque phrase et propos des infirmières ont été repris lors de mon analyse. Je ne suis passée aux questions suivantes que lorsque j'avais pris en compte tous les éléments de réponse que les infirmières m'ont exposés. J'ai été vraiment méthodique et toutes les données ont été étudiées, ce qui me permet de dire que mon analyse est réellement le reflet des propos des infirmières interrogées.

6.1.2) Validité externe

La validité externe de ma recherche est le fait de généraliser les résultats obtenus et d'en définir les limites⁸⁸.

Par rapport à la généralisation des résultats, je pense qu'il faut être prudent et prendre en compte certains facteurs liés à la récolte de données sur le terrain. Tout d'abord, j'ai interrogé sept infirmières du CMS de Martigny, ce qui représente presque la moitié du personnel infirmier à l'époque de mes entretiens (quinze infirmières étaient alors engagées à domicile, sans compter celles qui s'occupent des visites scolaires et des consultations pour les nourrissons). Mon étude prend donc en compte l'avis d'un nombre important de professionnels sur la population totale représentée à Martigny. Par contre, les professionnels interrogés font partie d'un CMS qui couvre une région autant rurale que citadine, si l'on considère les patients qui sont autant à Martigny que dans les vallées alentours. Ce qui m'amène à dire qu'on ne peut généraliser les informations récoltées qu'à un milieu de soins semblable à celui de Martigny. Des différences dans la relation ont été exprimées en

⁸⁷ Les questions auxquelles je fais allusion sont les suivantes :

- Le contexte des soins à domicile nécessite-t-il de votre part une adaptation au milieu de vie du patient ? si oui, laquelle ? Et par rapport aux soins en eux-mêmes ?
- En quoi le fait de connaître le domicile du patient, de connaître sa famille et son réseau, favorise-t-il la prise en charge du patient ?

⁸⁸ Schoepf C., *La validité d'une recherche qualitative*, document de cours A3D7M50, 2007.

lien avec ces milieux. Les conclusions apportées par ma recherche s'appliquent donc à une relation qui se situe dans ce contexte précis, mais qui n'est pas forcément la même selon le lieu de vie des patients, selon leur culture et leurs habitudes de vie. Les limites de mon mémoire sont donc essentiellement liées au contexte de mes entretiens, mais aussi aux critères d'inclusion⁸⁹ que j'ai choisis. En effet, j'ai interrogé les infirmières par rapport à leur relation avec des patients bien précis, et il faut en tenir compte pour pondérer les résultats de mon analyse. Ils ne sont pas valables pour une population ne répondant pas à ces spécificités.

6.2) Bilan de mes acquis

Cette partie de mon travail me permet de faire un bilan de mes acquis, autant méthodologiques, que professionnels et personnels, afin de revenir sur mes points forts et ceux qui ont été plus difficiles, et de mesurer le chemin parcouru.

6.2.1) Bilan méthodologique

Ce travail est mon premier travail de recherche de cette envergure, et il m'a permis d'acquérir une certaine connaissance de la méthodologie et de pouvoir la mettre en pratique.

Durant tout mon mémoire, j'ai suivi les instructions méthodologiques que j'ai reçues à l'école, ce qui m'a permis de comprendre la façon de faire d'un tel travail, et de l'entreprendre de manière rigoureuse. J'ai travaillé par étape, faisant chaque chapitre après l'autre, dans l'ordre où ils sont actuellement. Puis à la fin de la rédaction, je suis revenue sur mon objectif de départ, ma question de recherche et mes hypothèses, afin d'y répondre et de conclure ces chapitres.

La méthodologie a surtout été pour moi un garde fou, une ligne directrice me permettant de savoir où aller, quelle étape entreprendre, et comment la faire. J'ai essayé d'être le plus possible en adéquation avec mes repères méthodologiques, et de m'y référer pour chaque nouvelle étape, ce qui m'a permis de respecter la méthode de recherche choisie et d'être rigoureuse dans ma manière de construire mon mémoire.

J'ai eu quelques difficultés au départ à comprendre quel genre d'hypothèse je devais formuler, en restant centrée sur le sujet de départ et sur la question, afin que

⁸⁹ Ces critères se trouvent au chapitre 4.3) Type et taille de l'échantillon

ces hypothèses soient ensuite vérifiables. Mais la méthodologie choisie, à savoir une enquête qualitative, me semble appropriée car elle m'a permis de répondre à ma question de recherche et de vérifier mes hypothèses. Il m'intéresserait actuellement de pouvoir approfondir ma collecte de données sur le terrain par une observation de la relation infirmière avec les patients qu'elles m'ont cités comme exemple, dans le but d'analyser cette interaction qui se crée en direct avec le patient, ce qui permettrait d'observer le langage non-verbal dans la relation, et la manière dont le patient répond à la relation que l'infirmière lui propose.

6.2.2) Bilan professionnel

Actuellement, il n'existe pas beaucoup d'études réalisées sur la relation soignant-soigné à domicile, et encore moins en Valais. Cette étude peut apporter des ressources professionnelles à des infirmières souhaitant progresser dans ce domaine, ou tout simplement s'informer de la situation actuelle en Valais, et de ce qui est mis en place pour les patients âgés recevant fréquemment des soins à domicile.

Dans une certaine mesure, ce travail peut être intéressant pour toutes personnes souhaitant s'informer dans le domaine de la relation soignant-soigné, car même s'il est basé sur le domicile, certains éléments sont récurrents à la relation en elle-même, pas seulement dans ce contexte précis. De plus, il est basé sur la pratique, ce qui lui donne une certaine crédibilité aux yeux de celles et ceux qui recherchent des outils applicables sur le terrain.

Pour ma part, ce travail m'a permis de développer des compétences de recherche. En effet, une des compétences des infirmières HES est la recherche (comp. 5), et ce travail est le reflet de mon parcours dans ce domaine. Il m'a permis de me questionner sur ma profession, de chercher des informations sur un milieu encore peu connu dans le cadre scolaire⁹⁰, d'approfondir des concepts et de me positionner en tant que professionnel. J'ai appris énormément sur le plan méthodologique, n'ayant encore jamais eu l'opportunité de faire une telle étude.

De plus, mon mémoire est utile pour aider les infirmières, moi y compris, à développer les compétences une (concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle), deux (construire, avec la clientèle,

⁹⁰ Nous n'avons pas de cours spécifiques sur les soins à domicile dans ma formation, cependant, certaines étudiantes peuvent y faire un stage.

une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins) et trois (promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé). Ce travail donne en effet des pistes permettant de développer la relation avec le patient à domicile, d'établir un projet de soins le respectant, les informations nécessaires pour assurer la qualité des soins sur une longue durée, et promouvoir l'autonomie du patient comme élément indispensable dans la prise en charge infirmière.

6.2.3) Bilan personnel

Ce travail m'a beaucoup apporté, autant au niveau des connaissances en elles-mêmes (méthodologie, concepts, analyse), mais aussi dans mes capacités de recherche, d'analyse et de réflexion. Il m'a permis de cibler un sujet qui m'intéressait, et de pouvoir l'approfondir, de l'étudier sous différents angles, d'apporter des réponses à mes questions et de me situer en tant que professionnel par rapport aux résultats obtenus.

De plus, pour mon futur parcours professionnel, ce travail m'a permis de confirmer mon envie de travailler à domicile, en étant mieux préparée maintenant, et en ayant les moyens de garder cette relation soignant-soigné, qui est une grande source de motivation personnelle, dans un cadre professionnel et de qualité.

Ce travail a été un véritable défi pour moi, avec une période de remise en question et de persévérance, mais aussi une grande découverte, une occasion de collaborer avec d'autres professionnels, et de mieux connaître le milieu des soins à domicile, de partager la richesse de l'expérience des professionnels interrogés, et j'espère, de mieux faire connaître ce milieu à d'autres.

6.3) Pour aller plus loin

Cette recherche se limitait au point de vue des infirmières sur la relation soignant-soigné. Je me suis basée sur le ressenti des infirmières dans leur rôle relationnel. Certains éléments ont été évoqués pendant mes entretiens, que j'ai cités dans mon analyse, mais je n'ai pas pu en traiter tous les aspects et leur donner une réponse appropriée. Il serait donc intéressant pour poursuivre la recherche de les étudier de plus près. Celui qui m'a le plus interpellée et que j'aurai aimé traiter si j'en avais eu l'occasion, est la responsabilité du patient dans la relation soignant-soigné. Nous avons traité le point de vue de l'infirmière concernant ce point, mais les patients sont-ils réellement conscients de leur implication, et de l'influence que leurs réactions ont sur la relation et le rôle infirmier ? Il serait intéressant d'en parler dans un autre mémoire.

Le rôle de la famille dans la prise en charge à domicile peut être une autre piste de réflexion, notamment dans la manière dont les informations sont transmises à la famille, quelles sont les attentes de l'équipe infirmière sur elle, et comment les patients vivent-ils cette prise en charge, cette dépendance à des membres de la famille plus jeunes qu'eux.



Figure 8

Bibliographie

Livres

Mantz J-M., Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Académie nationale de médecine*, 2006.

Bardet, F. *Infirmière à domicile, une aventure au quotidien*. Le Mont-sur-Lausanne : Éd Ouverture, 2005.

Raffault, L. La distance thérapeutique à domicile, Travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier. *Institut de Formation en Soins Infirmiers de Blois*. 2003

Phaneuf, M. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal : éd. McGraw-Hill, 2002.

Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques* Ed. Bréal, Paris, 2003.

Chalifour J. *La relation d'aide en sons infirmiers, une perspective holistique-humaniste* Ed. Lamarre, 1989.

Raoult A. *Démarche relationnel : relation d'aide et relation d'aide thérapeutique*. Ed. Vuibert, Paris, 2004

Blouin M., Bergeron C. et al., *Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : Termes techniques d'évaluation*, Les Publications du Québec, 1995, p.31.

Rogers C., *Le développement de la personne*, Dunod, 1991.

HALL E., *La dimension cachée*, Ed. Seuil, Collection Point Essais, Paris, 1989.

Célérier M-C., Oresve C., Janiaud-Gouitaa F., *La rencontre avec le malade*. Dunod, 1999.

Bonnet M. *Vivre âgé à domicile : entre autonomie et dépendance*, L'Harmattan, Paris, 2001.

Quivy R., Campenhoudt L., *Manuel de recherche en sciences sociales*. Ed. Dunot, Paris, 2006, 3^e éd.

Lhez P., *De la robe de bure à la tunique pantalon*. INTEREDITIONS, 1997.

Magazines et brochures

Poisson, M. Comprendre la situation de soin et apporter la réponse thérapeutique adéquate, deux axes fondamentaux de la relation infirmière-soigné. *Dossier soins*, 2003, n°680, p.36-37.

Grousset, F. Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique. *Dossier soins*, 2003, n°681, p.30-31.

Dupont, B-M. La relation soignant-soigné, bien plus qu'un simple exercice technique. *Dossier soins*, 2003, n°680, p.30-31.

Fabregas, B. La relation soignant-soigné, repères, situations et outils. *Dossier soins*, n°681, p.29.

Rapport d'activité 2006, soins et maintien à domicile, CMS subrégional de Martigny.

Centre médico-social subrégional de Martigny *Assemblée générale du 26 avril 2007*.

Brochure *Association du centre médico-social subrégional de Martigny*.

Cahier des charges de l'infirmier/ère travaillant en santé communautaire pour le centre médico-social subrégional de Martigny.

Conseil international des infirmières *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, 2000. Page 2.

Roth H. Zierath M. *L'éthique dans les soins infirmiers*. ASI-SBK, Berne, 1999.

Grousset S. Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique. *Dossier soins* n°681, p.30-31.

Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées, ASI, 2001.

Les infirmières et la recherche : Principes éthiques. ASI, 2002.

Documents de cours

Soloz E. La psychologie du développement : développement cognitif et psychosocial de l'âge adulte à la vieillesse, *Module D3M3*, 2004.

EVS I Formation de Niveau 1, Module 5 et 6, RAR, Avril 1998.

Schoepf C., *L'entretien*, document de cours A3D7M50, 2007.

Schoepf C., *La validité d'une recherche qualitative*, document de cours A3D7M50, 2007.

Cyberographie

Jaccard Ruedin H, Weber A, Pellegrini S, Jeanrenaud C. « Le recours aux soins de longue durée varie fortement entre les cantons » In *Observatoire suisse de la santé* [En ligne]. Adresse URL : www.obsan.ch (Page consultée le 25.01.07).

Dr. Mazenauer B. « L'aide et les soins à domicile ne doivent pas devenir un luxe » In *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : www.spitex.ch/f/sub04/m_datei_download.cfm?b_e&f_i=621 (Page consultée le 25.01.07).

Aide et soins à domicile « L'aide et les soins à domicile pour tous, communiqué aux médias » In *Organisation Aide et soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : http://www.spitex.ch/f/sub04/m_datei_download.cfm?b_e=43&f_i=2737 (Page consultée le 2.05.07)

M. Haller J. [et al.] « Pour un traitement respectueux et équitable des personnes âgées contraintes de demeurer en milieu hospitalier dans l'attente de trouver une opportunité d'hébergement en EMS » In *Secrétariat du grand conseil* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.geneve.ch/grandconseil/data/texte/M01529.pdf> (Page consultée le 2.05.07)

« HISTORIQUE » In *Association pour le Centre Médico-Social de la région Monthey-Vouvry* [En ligne]. Adresse URL : <http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/9900/bin32/wmonthey.htm> (Page consultée le 16.05.07).

Aide et soins à domicile « Point fort n° 9 » In *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : www.spitex.ch/f/sub04/m_datei_download.cfm?b_e&f_i=1149 (Page consultée le 25.01.07).

Aide et soins à domicile « Statistique de l'aide et des soins à domicile » In *Spitex* [En ligne]. Adresse URL : www.bag.admin.ch/.../8ull6Du36WcnojN14in3qSbnpWWZGyXmk6p1rJgsYfhyt3Nhqb dqIV+bay9bKbXrZ6lhuDZz8mMps2go6fo (Page consultée le 15.05.07).

Aide et soins à domicile « Prestations » In *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile* [En ligne]. Adresse URL : www.spitex.ch/f/ (Page consultée le 25.01.07).

Lebret J-M. « Réflexion philosophique sur la relation soignant-soigné » In *Cadre de santé* [En ligne]. Adresse URL : www.cadredesante.com/spip/spip.php?article334 (Page consultée le 25.02.2007).

Bottier G. « Le cadre conceptuel » In *La relation soignant-soigné* [En ligne]. Adresse URL : www.perso.orange.fr/gregory.bottier/chap2.htm (Page consultée le 17.04.07).

« Prestation de l'assurance de base (LAMal) » In *ABC de l'assurance* [En ligne]. Adresse URL : http://www.comparez.ch/fr/assurance-maladie/abc-de-l-assurance/index_241.htm (page consultée le 3.07.07).

« Une histoire qui invente le futur » In *Historique de la haute école de la santé La source* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.ecolelasource.ch/Decouverte/histoire.html> (page consultée le 10.07.07).

« Le rôle de l'infirmier ou infirmière de santé publique au sein de l'office régional de la santé » [En ligne] In *Santé Manitoba*. Adresse URL : <http://www.gov.mb.ca/health/documents/roleors.pdf> (page consultée le 10.07.07).

Hildegard E. Peplau – « Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers » (1952) – Extraits [En ligne]. Adresse URL : www.sideralsante.fr/bibliotheque/peplau.pdf (page consultée le 5.12.07).

Association des infirmières et infirmiers du N-B. « Norme sur la relation thérapeutique entre l'infirmière et le client ». [En ligne] Adresse URL : http://www.aiinb.nb.ca/pdf_new_fr/Publications/General_Publications/Standards_for_the_therapeutic_Nurse-Client_Relationship_French.pdf (page consultée le 12.03.08).

Dr. Villeneuve E. « Mode de pensée » In *Association québécoise de l'organisation limite de la personnalité*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.personnalitelimite.org/pensee.html> (page consultée le 12.03.08).

Midy F. « Les infirmières : image d'une profession » [En ligne] Adresse URL : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf> (page consultée le 11.04.08).

Source des images

Figure 1 : <http://fosad.fr/Modalite-et-financement,37> (Page consultée le 14.05.08)

Figure 2 : <http://www.fasd.be/luxembourg/soinsinfirmiers/soinsinfirmiers.asp> (Page consultée le 14.05.08)

Figure 3 : <http://www.info-alzheimer.be/page.asp?structureID=136> (Page consultée le 14.05.08)

Figure 4 : <http://www.aquavpc.com/blog/index.php/2007/01/03/398-aide-domicile-retraites>
(Page consultée le 14.05.08)

Figure 5 :

<http://www.csssm.ca/html/frame-main-prog-perteauto.html> (Page consultée le 14.05.08)

Figure 6 :

http://www.ville-saint-denis.fr/jsp/site/Portal.jsp?page_id=291 (Page consultée le 14.05.08)

Figure 7 :

<http://www.communitysupportottawa.ca/francais/services/main.php> (Page consultée le 14.05.08)

Figure 8 :

http://www.ast74.fr/upload/Aides_menageres.jpg (Page consultée le 14.05.08)

Annexes

Historique du CMS de Martigny

En **1975**, le grand conseil du canton du Valais vote un décret concernant la participation financière de l'Etat aux organisations médico-sociales avec une entrée en vigueur au 1er janvier 1976⁹¹. Un décret de **1974** oblige la formation du personnel paramédical. En **1976**, le chef du département de la santé publique du canton du Valais, M. Arthur Bender, adopte les directives concernant l'organisation des services médico-sociaux dans le canton du Valais. En **1978**, chaque région du valais se constitue en associations de communes pour la création de centres médico-sociaux régionaux. Pour le centre de Martigny, c'est l'hôpital régional qui s'en charge, en se référant à l'article 1 de ses statuts : « L'association pourra aussi organiser des services de santé publique dans les communes qui en font partie ». En **1979**, le conseil d'administration de l'hôpital accepte les statuts du centre, mais ils sont refusés par le Service de la Santé, qui demande son indépendance. Se crée alors le CMS de Saxon et celui d'Entremont. Pour Martigny, une réflexion est en cours. Après une étude par une commission préparatoire, le CMS subrégional de Martigny est accepté fin **1981**, et débute ses activités en **1982**. Son comité est composé de six membres, un par commune, avec un président, dont Pascal Couchepin de 1993 à 1997, et actuellement Dominique Delaloye. Le personnel comprend des infirmières en santé publique, des aides familiales et un assistant social. Il n'y a pas de directeur jusqu'en **1994**. Depuis 1995, c'est M. Jean-Daniel Bossy qui assure cette fonction. En **1993**, il y a la création de l'association pour le centre médico-social sub-régional de Martigny, avec la possibilité de toucher les subventions OFAS (office fédéral des assurances sociales) et les dons personnels. Le comité est maintenant composé des six représentants des communes, de sept privés et de deux représentants de ligues ou associations. En **1995**, le conseil d'état mandate le CMS pour assurer la couverture des besoins médico-sociaux de sa région et habilite les six centres

⁹¹ « HISTORIQUE » In *Association pour le Centre Médico-Social de la région Monthey-Vouvry* [En ligne]. Adresse URL : <http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/9900/bin32/wmonthey.htm> (Page consultée le 16.05.07).

valaisans à conclure des conventions de collaboration. Les statuts pour la nouvelle association régionale sont adoptés en **1997**.

Les fonctions des CMS⁹²

- organiser l'action médico-sociale dans la région ;
- participer, en collaboration avec les communes intéressées, à l'organisation des centres subrégionaux et en fixer les modalités;
- établir les budgets et comptes;
- engager le personnel qualifié nécessaire;
- assurer la permanence de l'aide et des soins à domicile;
- développer la prévention;
- assurer le service médico-scolaire en collaboration avec le Département intéressé;
- organiser les consultations des nourrissons et la protection du premier âge;
- coordonner et organiser le travail avec les secteurs spécialisés sur la base de conventions;
- organiser des réunions et colloques réguliers entre le personnel polyvalent et le personnel spécialisé;
- prendre toute autre initiative inhérente à l'activité médico-sociale et en définir leur portée, d'entente avec le service de la santé publique et les divers centres régionaux du canton.

Le personnel des CMS valaisans est formé d'un chef de centre, d'infirmières, d'aides familiales, d'assistantes sociales, d'auxiliaires en soins et de bénévoles.

Autres fonctions des CMS

- Aide familiale (tâches ménagères courantes, nettoyage, courses, préparation de repas, la surveillance des enfants, l'aide aux mères et nouveau-nés, ...).
- Aide sociale avec des conseils et soutien lors de problèmes.
- Aide financière et matérielle.

⁹² Aide et soins à domicile « Statistique de l'aide et des soins à domicile » In *Spitex* [En ligne]. Adresse URL : www.bag.admin.ch/.../8ull6Du36WcnojN14in3qSbnpWWZGyXmk6p1rJgsYfhyt3NhqbdqIV+bay9bKbXrZ6lhuDZz8mMps2go6fo (Page consultée le 15.05.07).

- Placements d'enfants.
- Conseil juridique.
- Recouvrement de pensions alimentaires.
- Diverses prestations sont à disposition (les repas chauds livrés, les moyens auxiliaires, un service de transport, la sécurité à domicile (sécutel)).

Entretien semi-directif

Données personnelles

Quelle(s) formation(s) avez-vous fait, au niveau infirmier?

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

Depuis combien d'années travaillez-vous au CMS ?

A quel pourcentage ?

Concept	Question	Hypothèses
Relation soignant-soigné	Le contexte des soins à domicile nécessite-t-il de votre part une adaptation au milieu de vie du patient ? si oui, laquelle ? Et par rapport aux soins en eux-mêmes ?	<ul style="list-style-type: none">• L'adaptation au milieu de vie du patient permet à l'infirmière de créer une bonne relation avec le patient à domicile.
Relation soignant-soigné	En quoi cette adaptation influence-t-elle sur votre relation avec le patient ?	<ul style="list-style-type: none">• L'adaptation au milieu de vie du patient permet à l'infirmière de créer une bonne relation avec le patient à domicile.
Rôle ISP	Quels sont les moyens que vous utilisez pour développer une relation professionnelle avec le patient de septante ans et plus, que vous voyez minimum trois fois par semaine ? Relation professionnelle=à but thérapeutique, visant le mieux-	<ul style="list-style-type: none">• La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.

	être du patient	
Distance thérapeutique	<p>Quelles peuvent être les difficultés rencontrées dans la relation fréquente avec le patient âgé (plus de septante ans)?</p> <p>(manque d'expérience à domicile, difficulté de mettre une distance, manque d'intérêt du patient envers sa prise en soins)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.
Rôle ISP	<p>Quelles sont vos ressources pour y faire face ? (équipe soignante, réseau, ...)</p> <p>Quels moyens, compétences, utilisez-vous pour garder cette relation fréquente thérapeutique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.
Distance Thérapeutique	<p>Pour vous, quelles seraient les limites dans la relation soignant-soigné à ne pas dépasser, afin de rester professionnel ? (attachement trop grand, intérêt autre que pour la profession, non objectivité, favoritisme)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La relation fréquente (min. trois fois par semaine) avec le patient âgé (plus de septante ans) exige de la part du soignant des compétences spécifiques acquises avec l'expérience du domicile.
Relation interpersonnelle thérapeutique	<p>En quoi le fait de connaître le domicile du patient, de connaître sa famille et son réseau, favorise-t-il la prise en charge du patient ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le contexte du soin à domicile permet au personnel infirmier de rencontrer le réseau familial du patient et de découvrir son milieu de vie, ce qui permet une récolte des données plus approfondie, une vision systémique de la

		<p>situation du patient, une prise en charge globale et des contacts privilégiés.</p> <ul style="list-style-type: none">• La communication non-verbale joue un rôle très important à domicile, car elle prend en compte le milieu de vie du patient comme source d'informations conséquentes pour les soins.
--	--	--

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE SUR

Le rôle spécifique de l'infirmière à domicile dans sa relation avec le patient

Réalisé par Laureline Piaget, étudiante à la Haute Ecole Santé & Social Valais

Information destinée aux infirmiers/ères participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la Haute Ecole Santé & Social valais (HES-SO) j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre le rôle spécifique de l'infirmière dans la relation avec le patient, dans un contexte précis, celui du domicile. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative pour vous. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Afin d'obtenir les informations nécessaires à la réussite de mon travail, j'ai besoin d'interviewer 7 à 10 infirmiers/ères travaillant dans le CMS depuis 10 ans maximum, ou 2 ans minimum, à un pourcentage de 60% au moins.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer (délais d'inscription au 21.12.07), je vous contacterai par téléphone dans le courant du mois de janvier. Cet entretien se déroulera au CMS ou à un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin octobre 2008.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à analyser la relation avec le patient. Pour ce faire, un entretien est prévu au début de l'année 2008 (janvier de préférence), selon vos disponibilités.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour l'avancée de mon travail de fin d'étude, qui me permettra d'obtenir mon diplôme de soins infirmiers.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Laureline Piaget, étudiante à la Haute Ecole Santé & Social Valais.

Adresse : Rue de Loèche 41, 1950 Sion

Numéro de téléphone : 077 408 88 35

Géraldine Marchand, directrice de mémoire de fin d'étude à la Haute Ecole Santé & Social

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE SUR

Le rôle spécifique de l'infirmière à domicile dans sa relation avec le patient

Mené par Laureline Piaget, étudiante à la Haute Ecole Santé & Social Valais
Géraldine Marchand, directrice de mémoire à la Haute Ecole Santé & Social Valais

Formulaire de consentement éclairé pour les infirmiers/ères⁹³ participant au mémoire de fin d'étude

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin octobre 2008.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date: Signature :

Contacts :

Laureline Piaget, étudiant(e) Haute Ecole Santé & Social Valais. Tél : 077 408 88 35.

Géraldine Marchand, directrice de mémoire de fin d'étude Haute Ecole Santé & Social Valais.

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

⁹³ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Formulaire d'inscription pour les entretiens

Le rôle spécifique de l'infirmière à domicile
dans sa relation avec le patient

Délais d'inscription : 21.12.07

Nom, Prénom	Pourcentage de travail	Nbre d'années au CMS	N° de tél. (natel s.v.p)