



Institut de formation en Soins infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Le soin à domicile, une aventure humaine

Babonneau Tess
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État d'état infirmier-e

Travaux de fin d'études : *Le soin à domicile, une aventure humaine*

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État d'état infirmier-e est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11 mai 2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

« Ces patients et ces soignants qui m'ont appris à panser »

Charline « on ne naît pas infirmière »

Sommaire

1.	<i>Introduction</i>	1
2.	<i>Cheminement vers la question de départ</i>	2
2.1.	Situation d'appel n°1.....	2
2.2.	Situation d'appel n°2.....	3
2.3.	Questionnement vers la question d'appel	4
3.	<i>La proximité : c'est quoi ?</i>	5
3.1.	Les différents types de proximité.....	5
3.1.1.	Vision française.....	5
3.1.2.	Vision hollandaise	6
3.2.	Proxémie et distance	7
4.	<i>La relation soignante soigné en quelques mots</i>	8
4.1.	De manière générale :	8
4.2.	La relation de soin :	9
4.3.	La relation de civilité :	9
4.4.	La relation d'empathie :	9
4.5.	La relation d'aide :	10
5.	<i>Le soin à domicile</i>	11
5.1.	De manière générale :	11
5.2.	Plus précisément, l'exercice libéral :	12
6.	<i>Le guide d'entretien</i>	14
6.1.	Le choix et les objectifs du guide d'entretien :	14
6.2.	La population interviewée et l'organisation mise en place :	14
6.3.	Le bilan du dispositif :	15
7.	<i>L'analyse des entretiens</i> :	16
7.1.	La population soignée par l'IDEL :	16
7.2.	Les spécificités du soin à domicile :	17
7.3.	La proximité au domicile :	19
7.3.1.	Les atouts ?	20
7.3.2.	Les contraintes ?	21
7.4.	Les soins à domicile, une conception propre à chacun :	22
8.	<i>La discussion</i>	24
8.1.	Un nouveau regard sur mes situations d'appel :	24
8.2.	La réponse à ma problématique :	25

8.3.	Les notions abordées et les difficultés liées :	26
8.4.	Et les émotions ?	28
9.	<i>Conclusion</i>	28
10.	<i>Bibliographie</i>	30
11.	<i>Sommaire des annexes</i>	31

Je souhaite tout d'abord remercier ma référente Mirsi Mme Guy, qui a su m'accompagner et m'épauler durant toute la durée de l'écriture.

Je souhaite également remercier mes référents pédagogiques, Mme Mallegol et Mr Mercier de m'avoir accompagné durant ces trois années.

Je tiens à remercier particulièrement toute l'équipe pédagogique ainsi que les référents d'années et l'équipe administrative de nous avoir si bien accompagné durant trois ans.

Je tiens également à remercier Mme Bleichner et Mme Boissart de m'avoir accompagnée dans mon rôle de représentantes de promotions.

Je tiens à remercier mes camarades de promotions, sans qui ces trois années ne seraient pas passer de la même manière. Je tiens à les remercier de m'avoir accordé leur confiance afin de les représenter.

Plus particulièrement à mes amis de promotions, à ma famille, merci de m'avoir soutenue et épaulée durant ces trois années. Merci de m'avoir corrigé et encouragé. Merci de m'avoir fait grandir et devenir je le pense la personne que j'ai toujours souhaitée être.

1. Introduction

Avant mon entrée en formation, lors des recherches pour mon future métier. Je me suis fixée un but en espérant le réussir, trouver un métier qui ne me ressemble pas et dans lequel je ne vois personne. Je voulais un vrai métier humain, ce côté humain prenant le dessus sur tout le reste. Lors de ma classe préparatoire aux concours, j'ai pu effectuer différents stages, un seul m'a fait me sentir utile et je me suis dit « c'est ça ce que je veux faire, et c'est pourquoi je veux le faire ». Ce stage se déroulait au domicile. Durant ma formation je m'efforce de préserver cette passion de la personne, ainsi que l'aider et la soigner.

Cependant la relation entre êtres humains n'est pas toujours aussi simple. Il faut savoir instaurer de la distance ou de la proximité selon les individus. L'exercice au domicile est vraiment une particularité dans le prendre soin. En tant que soignant nous entrons dans l'intimité de la personne soignée. Nous faisons partie du cercle intime des patients en allant chez eux, en rencontrant leurs familles. Les soignants peuvent être la seule visite de la journée, pour des personnes seules d'où une grande importance des soins pour ces soignés. Au domicile il y a une forme de proximité est instauré et pour l'instant je n'ai pas rencontré le même type de relation, dans aucun de mes autres stages. J'ai eu la chance de réaliser à nouveau un stage au domicile, et de pouvoir le comparer avec les stages en milieu hospitalier. C'est au cours de ce stage que je me suis rendu compte de la proximité présente dans ce milieu du soin. Cette proximité au domicile qui s'inscrit dans le métier d'infirmière me questionne et me passionne. C'est pourquoi j'ai choisi ce thème de mémoire afin de murir, de comprendre et d'améliorer ma prise en soins dans l'exercice de ma profession future.

Ce travail va être constitué de quatre parties, une première qui consiste à comprendre et à expliquer le cheminement vers une question de départ, constitué de deux situations d'appels et de ce même cheminement. Ensuite la partie théorique, le cadre conceptuel avec les notions présentés par les auteurs. Suivie d'une partie importante puisqu'elle est composée du point de vue des professionnels de santé travaillant au domicile, ainsi que l'analyse des entretiens menés auprès d'eux. Pour finir l'exploration de mon point de vue, au sujet de ce travail de recherche, un apport personnel et une remise en question du travail.

2. Cheminement vers la question de départ

2.1. Situation d'appel n°1

Je suis au semestre 4 en stage en cabinet libéral, composé de deux infirmiers. Le cabinet se trouve dans la ville avoisinant ma commune (5km).

J'effectue ce stage depuis maintenant deux semaines, mes horaires sont variés je travaille souvent le matin de 7h à 14h et le soir de 17h à 20h.

Dans cette structure nous allons au domicile des patients pour y faire tous types de soins, bilan sanguin, injection d'anticoagulants distribution de médicaments, suivi de personnes diabétiques (glycémie et/ou injection d'insuline). Nous faisons aussi différents pansements (escarres, ulcères, chirurgicaux...).

Nous sommes en binôme l'infirmier et moi sinon il fait ses tournées seul. Nous ne restons pas sur la ville et allons dans les communes voisines située dans un périmètre de 10 km.

Je ne suis pour l'instant pas aller dans ma commune. Nous sommes le mercredi matin l'infirmier me prévient que nous allons faire quelques soins sur ma commune et me demande si je connais les patients que nous allons voir. Les noms qu'il me dit ne me disent rien je ne reconnais pas non plus les adresses.

Nous allons chez une patiente pour faire une injection de Lovenox un anticoagulant, la dame est tombée et s'est fait une grosse entorse au genou, du fait de son immobilisation dû à l'atèle afin qu'elle n'ait pas de phlébite il faut qu'elle ait une injection par jour.

Nous arrivons donc devant chez elle et frappons à sa porte, l'infirmier la salue et je me présente afin de ne pas surprendre la patiente car l'infirmier est rarement accompagné.

Lorsque j'ai fini de me présenter la patiente me regarde et me dit « mais tu es Tess ? la petite fille de C... et R... et la fille de F... et F... ? » ce à quoi je réponds en hésitant je me sentais mal à l'aise de sa demande « Oui ».

Elle me répond « ce que tu as grandis, cela fait longtemps que je ne t'ai pas vu la dernière fois tu avais à peine 10 ans tu ne dois surement pas me reconnaître je suis la mère de C... »

Effectivement une fois qu'elle se présente à son tour je mets un nom sur son visage, il s'avère que cette dame était une amie de mes grands-parents, elle connaît mes parents depuis qu'ils sont petits et me connaît donc aussi depuis mon plus jeune âge.

Je ne me sentais pas très à l'aise dans cette situation, j'étais gênée de devoir soigner une personne que je connais et qui me connaît dans un autre type de relation que la relation

soignant-soigné. Je n'osais pas parler pendant un petit moment je ne savais pas où me mettre dans la pièce. Il y avait plein de photos de ses enfants et petits-enfants que je connais aussi. L'infirmier a donc effectué le soin nous sommes repartis et je n'ai pas osé en discuter avec lui, lui expliquer mon ressenti face à cette situation.

Le lendemain nous sommes revenus chez cette patiente, lorsque nous sommes arrivés, elle m'a montré une photo qu'elle avait retrouvée dans ces vieux albums, une photo de moi petite à la naissance de ma petite sœur avec mes parents.

J'étais touchée de voir une telle photo, mais d'un autre côté j'étais aussi mal à l'aise car je ne venais pas chez elle dans un contexte habituel pour simplement discuter, j'étais là pour la soigner. L'infirmier m'a dit de lui réaliser son injection de Lovenox. Pendant ce temps l'infirmier et la patiente discutaient des anecdotes qu'elle pouvait avoir avec ma famille. Je me suis concentrée et je n'ai pas participé à leur discussion, j'ai effectué l'injection en me concentrant uniquement sur le soin en et faisant abstraction de tout ce qu'il pouvait y avoir autour.

Je me sentais en réalité gênée de rentrer dans l'intimité de cette patiente en connaissant autant de détails sur elle d'ordre personnel, j'ai réussi à être plus à l'aise à la fin de semaine car la patiente faisait elle-même abstraction du fait de me connaître.

2.2. Situation d'appel n°2

Je suis au semestre 4 en stage en cabinet libéral, composé de deux infirmiers. Le cabinet se trouve dans la ville avoisinant ma commune (5km).

Nous allons avec l'infirmière rendre visite à une personne en fin de vie, cette personne est suivie par l'infirmière depuis l'ouverture du cabinet c'est-à-dire depuis environ 5ans. La dame chez qui nous allons est très entourée dans ces derniers instants par sa famille, ses deux filles sont très présentes chez elle et connaissent très bien l'infirmière. Nous venons chez elle en soutien à l'HAD, car la patiente est en sédation profonde et continue, elle ne réagit plus, ne nous parle pas, est paisible.

L'infirmière me confie les souvenirs qu'elle a avec la patiente, elles s'entendaient très bien et avaient créé un réel lien au cours de ces dernières années. L'infirmière me confie également bien connaître les filles de la patiente avec qui elle a aussi créé un lien très fort. Lorsque nous arrivons chez la patiente, les filles prennent dans leur bras l'infirmière et la remercie d'être venue voir « maman » pendant ces dernières années de s'être aussi bien occupé d'elle. Elles la remercient de les soutenir dans ces moments difficiles.

Nous sommes allées faire les soins que nous avons à faire (vérifier le confort, l'état cutané, la PCA).

Au moment de partir l'infirmière et les deux filles de la patiente se remémoraient des souvenirs qu'elles avaient ensemble, ils étaient différents de ceux que l'infirmière m'avait confiés plus tôt dans la journée, mais ils étaient tout aussi beaux.

Au moment de partir les filles ont une nouvelle fois remercié l'infirmière de sa bienveillance et de toute l'affection qu'elle avait transmis à leur mère.

Dans cette situation je ne savais pas vraiment où me mettre j'étais mal à l'aise et gênée. Je ne me sentais pas à ma place. Je ne connaissais ni la patiente ni la famille, je me sentais donc un peu de trop dans cette ambiance si intime.

Je sentais l'infirmière extrêmement touchée de la situation, lorsque nous sommes partis elle avait les larmes aux yeux ne se sentaient pas très bien. Elle a précisé aux filles qu'elle était joignable si elles avaient le moindre souci. Dans cette situation on sentait vraiment l'affection et le respect entre la famille et l'infirmière.

2.3. Questionnement vers la question d'appel

Comment gérer les émotions dans ce type de situation qui impactent le côté personnel ? Cette posture complexe est-elle due à l'exercice libéral ? Rencontre-t-on cette situation en milieu hospitalier ? Qu'est-ce qu'une relation soignant-soigné de qualité ? Comment installer une relation soignant-soigné avec cette patiente qui me connaissait depuis petite ? Comment installer une relation soignant-soigné avec des patients suivis depuis des années ? Cette relation a-t-elle des limites dans l'implication de l'infirmier ? du patient ? Comment trouver la juste distance relationnelle avec les patients à domicile ? Existe-t-il une juste distance ou est-ce utopique ? Quelle est l'influence de cette proximité sur la relation soignant-soigné ?

En quoi la proximité de l'infirmière avec le patient à domicile influence la relation soignant-soigné ?

3. La proximité : c'est quoi ?

La proximité est un concept et une notion qui est primordiale dans le prendre soin.

Tout d'abord une définition plus globale de la proximité. Selon le dictionnaire le Larousse la proximité est la « situation de quelqu'un, de quelque chose qui se trouve à peu de distance de quelqu'un, de quelque chose d'autre, d'un lieu. »

Cependant dans son ouvrage, l'éthique au cœur des soins, E. Hirsch donne une notion de la proximité qui est : « la notion de proximité engage d'avantage que celle plus formelle de la relation, dans la mesure où elle procède d'un investissement intime qui sollicite nos valeurs et options personnelles et pas seulement des principes de justice trop souvent abstraites et théoriques. »

3.1. Les différents types de proximité

Selon les recherches et articles qui concernent la proximité, il y a deux approches de celle-ci. En effet, il existe deux écoles concernant la proximité et les différentes dimensions de celle-ci. Une école française décrite par Andre Torre qui divise celle-ci en deux formes, une forme géographique et une forme organisée.

En contrepartie, il existe une école hollandaise décrite par Ron Boschma qui divise cette proximité en cinq parties. La proximité serait donc de cinq formes : organisationnelle, géographique, sociale, cognitive et institutionnelle.

3.1.1. Vision française

L'école française divise la proximité en deux parties. La première partie qu'André Torre définit comme la proximité géographique est, selon lui, la traduction d'une distance kilométrique entre deux entités (individus, villes, organisation). Il explique le sens de cette proximité, selon lui, la proximité géographique est relative. En effet selon ses dires, la proximité géographique dépend de la distance kilométrique. Mais est également réglée sur le temps et/ou le coût. Elle serait également le rapport entre la proximité et l'éloignement. Enfin André Torrè explique que la proximité géographique peut être temporaire ou permanente : « dans le premier cas il s'agit

de la localisation à proximité. Dans le second, c'est le fait de rencontres ponctuelles entre acteurs... » (page 19, 2019).

Ensuite il y a la proximité organisée qui selon Andre Torr  est « par proximité organisée, nous entendons la capacité qu'offre une organisation de faire interagir ses membres » (page 19, 2019).

De plus il appuie ses propos en reprenant que la proximité organisée a deux caractéristiques : la première, « l'appartenance à une organisation se traduit par l'existence d'interactions entre ses membres » (...) la deuxième, « les membres d'une organisation peuvent partager un même système de représentations, ou ensemble de croyances, et les mêmes savoirs » (page 19, 2019).

3.1.2. Vision hollandaise

L' cole hollandaise de la proximité est expliquée par Ron Boschma qui est un professeur en science économique. Cependant les dimensions qu'il donne à la proximité peuvent être et sont totalement transposables au domaine de la santé.

Selon Ron Boschma, la proximité est divisée en cinq formes. Ces formes répondent aux dimensions qui sont : géographique, organisationnelle, sociale, institutionnelle et cognitive.

Il définit la proximité géographique comme étant une distance spatiale entre les acteurs. Il explique également que la proximité géographique est dépendante car il cite « cela dépend aussi de l'échelle spatiale à laquelle le terme "local" fait référence » (page 20, 2004). Enfin, selon lui, la proximité géographique est difficile à démêler des autres formes de proximité, elle serait même un stimulateur pour la proximité sociale et la proximité cognitive.

Ensuite, il définit la proximité organisationnelle qui, selon lui, est une proximité qui concerne une organisation au sein d'un groupe avec deux dimensions dont « d'un côté, elle rend compte de la mesure dans laquelle les acteurs partagent le même espace de relation (...). D'un autre côté, elle incorpore la mesure dans laquelle les acteurs partagent le même espace de références et de connaissances » (page 8, 2004).  galement comme « la mesure dans laquelle les relations sont partagées au sein d'un agencement organisationnel. Elle implique à la fois l'intensité des relations et le degré d'autonomie au sein de ces agencements organisationnels. » (Page 13, 2004). C'est-à-dire qu'elle est constituée de membres et que ces membres construisent la proximité à l'aide de leurs interactions.

La troisième forme de proximité qu'il définit est la proximité cognitive. Selon lui la proximité cognitive est le fait pour des personnes de partager les mêmes connaissances et compétences, afin d'apprendre les uns des autres.

Ensuite il expose la proximité sociale par « Nous définissons la proximité sociale en termes de relations socialement encadrées entre les agents, à un niveau micro. » selon lui les relations encadrées sont les relations où il y a de la confiance, des liens familiaux et de l'expérience.

Enfin, il explique que la proximité institutionnelle est « un concept large, recouvrant à la fois l'idée d'acteurs économiques encadrés dans les « règles du jeu » institutionnelles (par exemple, les structures, les lois et les règles décisionnelles politiques et les ensembles de valeurs communes) » (page 17, 2004).

3.2. Proxémie et distance

Lorsque l'on parle de proximité, on évoque souvent le terme de Proxémie et de distance.

Tout d'abord, selon le Larousse, la Proxémie est « l'étude de l'utilisation de l'espace par les êtres animés dans leurs relations, et des significations qui s'en dégagent. ». La distance est-elle définie par « l'intervalle qui sépare deux ou plusieurs personnes. » ?

Un auteur s'est penché sur la question en reliant la Proxémie et la distance. Dans son ouvrage, la dimension cachée, Edward T. Hall définit la proxémie comme « l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique » (page 1, 1966).

En effet, selon lui, chacun possède un mécanisme de protection qui règle inconsciemment ses interactions et ses relations envers autrui.

Il décompose dans la proxémie quatre types de distance: la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale, et la distance publique. Il départage ces distances par leurs différences de proximité géographique.

Tout d'abord, dans son ouvrage, la distance intime est définie comme la distance qui concerne les sens comme l'ouïe, l'odorat le toucher. Selon lui les deux personnes mises en cause dans cette distance se situent à moins de 45 cm l'une de l'autre et représentent un symbole d'une relation d'engagement avec un autre corps.

Ensuite, il définit la distance personnelle, qui se situe entre 45 cm et 1,20m, par « la distance fixe qui sépare les membres espèces sans-contact » (page 150, 1966).

Cette distance permet aux deux personnes de créer une relation de confiance, tout en respectant l'intimité de chacune.

La troisième distance qu'il définit est la distance sociale, qui se situe entre 1,20m et 3,60m. Cette distance est définie par Edward. T. Hall comme étant : « la limite du pouvoir sur autrui. Les détails visuels intimes du visage ne sont plus perçus... » (page 152). Enfin, il finit par définir la distance publique qui est, elle, impersonnelle et supérieure à 3,60m, qu'il définit en disant « plusieurs changements sensoriels importants se produisent (...) distance publique, situées hors du cercle où l'individu est directement concerné » (page 155).

Enfin dans un article écrit par Florence Michon qui reprends les distances décrites par Edward T. Hall, elle précise que « ces distances ne sont bien évidemment pas suffisantes pour interpréter les modalités relationnelles. Les mimiques, la gestuelle (...) sont des éléments à considérer pour évaluer ce qui se joue dans la relation à l'autre et avec l'autre » (page 32-33, 2013).

4. La relation soignante soigné en quelques mots...

4.1. De manière générale :

La relation soignante soigné est une notion souvent étudiée et qui constitue un des piliers de la relation de soins. Elle est étudiée dans la formation infirmière en France avec l'unité d'enseignement : soins relationnels (4.2). Elle a également été étudiée par divers auteurs dont Alexandre Manoukian et Anne Marbeuf.

Dans l'article, la relation de soin, concepts et finalités, écrit par Monique Formarier en 2007. Une définition de la relation en général a été donnée. En citant Hartup, un écrivain, elle dit « les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... on peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien. » (page 34,2007). Dans ce même article, elle définit en citant Ficher (1996) , la définition d'interaction qui est donc : « la notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges. (page 34 2007).

Tandis qu'Alexandre Manoukian et A. Masseur dans leur ouvrage, la relation soignante soigné définissent la relation comme étant « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. »(Page 9).

Chacun de ces deux auteurs départagent différents types de relation qui sont pour certaines expliquées ci-dessous.

4.2. La relation de soin :

La relation de soin est décrite par M. Formarier comme étant une relation plus fréquente en milieu hospitalier. Elle la décrit comme étant « un support d'échanges entre le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. » (Page 37, 2007).

Elle décrit également le fait que la relation de soin est centrée sur le moment, le présent. Elle se concentre sur l'acte technique, l'activité en cours, ou le devenir du patient à court terme. Cette relation de soins peut comprendre des échanges de types formel ou informel. Au cours de ces échanges le patient peut donner des informations importantes.

4.3. La relation de civilité :

Monique formarier (2007), décrit la relation de civilité comme une interaction qui se situe en dehors du soin, elle correspond à des codes que chaque interlocuteur a appris. Ce sont des règles comme la politesse, la gentillesse, la courtoisie. Commencer par se présenter afin d'avoir des repères identitaires sur chacun. Ces codes sont des codes sociaux et culturels que chacun a intégrés grâce à ses pairs.

Dans le soin, la relation de civilité serait donc les éléments essentiels à savoir : se présenter, saluer, laisser l'autre se présenter, ne pas couper la parole.

4.4. La relation d'empathie :

Selon le dictionnaire en ligne le Larousse, l'empathie se définit par la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.

Un psychologue humaniste nord-américain réalise des recherches, mène des entretiens et définit l'empathie par « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ». Dans l'article qui reprend le concept d'empathie, Édith Simon redéfinit l'empathie en s'appuyant sur les dires de Rogers par « Pour Rogers l'empathie est un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux

mouvements d'affects qui se produisent chez ce dernier, tout en gardant la conscience d'être une personne séparée de lui. ».

Monique Formarier (2007- page 37), dans son article reprenant les différents types de relations, elle cite également Rogers mais aussi d'autres auteurs comme Jean Decety qui est un professeur de neurosciences sociales aux États-Unis. Selon lui il y a « deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects. » Decety (2004). Monique Formarier compare les différentes positions des auteurs concernant la relation d'empathie. Cependant, selon elle, « L'empathie ne se limite pas à l'expression verbale, mais elle porte également sur les comportements, car les êtres humains émettent et reçoivent des messages par deux processus différents, cognitif et comportemental. L'empathie est donc une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance. » (Page 37, 2007) et enfin selon M. Formarier l'empathie est considérée comme l'approche la plus bénéfique dans la relation soignant-soigné. L'empathie dont on parle dans une relation est l'empathie cognitive, mais il existe aussi une empathie de type affective qui est utilisée en thérapie

4.5. La relation d'aide :

Selon Monique Formarier la relation d'aide est « une relation qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider de façon ponctuelle ou prolongée, un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : annonce d'un diagnostic difficile ... » (2007, page 38). Dans son article elle explique le point de vue d'un journaliste et écrivain Jean-Luc Héty, qui a rédigé un roman appelé la relation d'aide en 2000, selon lui « La relation d'aide est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même. Dans cette expérience unique de liberté émotionnelle complète, dans un cadre bien défini, le client est libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions et ses structures, qu'elles soient positives ou négatives, mieux que dans une autre relation. » (2000). Enfin Monique Formarier finit par expliquer que selon elle les infirmières peuvent utiliser ce type de relation seulement si elles ont effectué des formations au même titre que les Diplômes Universitaires Soins Palliatifs, de plaie et cicatrisation... Elle explique que cela peut être d'une grande aide dans ce type de relation.

Dans leur livre intitulé la relation soignant-soigné, A. Manoukian et A. Massebeuf définissent la relation d'aide comme : « un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. » (Page 48, 2001). Ils expliquent que la relation d'aide serait basée sur une relation de confiance et qu'elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'empathie, la sincérité et l'absence de jugement. Sans quoi cette relation d'aide ne fonctionnera pas selon eux.

5. Le soin à domicile

5.1. De manière générale :

Le soin à domicile peut représenter beaucoup de choses, pour des personnes hospitalisées il peut représenter le retour au domicile auprès des proches. Il existe différents organismes qui peuvent permettre de bénéficier de soins infirmiers à domicile.

Tout d'abord le SSIAD :

Un SSIAD (ou Service de Soins Infirmiers A Domicile) est une structure médico-sociale, publique ou privée à but lucratif ou non, assurant sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap
- De personnes adultes de moins de soixante ans, atteints des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Il y a ensuite l'HAD l'hospitalisation à domicile, Les structures d'hospitalisation à domicile permettent à un malade en situation complexe, sur les plans clinique et psycho-social, de bénéficier à domicile, de soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui, en l'absence d'un tel service, seraient pris en charge en établissement d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. L'HAD permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible (article R6121-4).

5.2. Plus précisément, l'exercice libéral :

En tant qu'infirmier il est possible d'exercer à l'hôpital, mais également à domicile. L'infirmier peut exercer dans des structures comme décrites ci-dessus, mais également en tant qu'infirmier libéral.

Avant de s'installer en libéral, l'infirmier doit répondre à un cadre législatif bien défini.

Tout d'abord il y a des conditions générales d'installations sous convention :

Il doit posséder un diplôme d'état infirmier obtenu en France, en Suisse ou dans un état membre de l'union européenne. Il faut également justifier dans les 6 années précédant l'installation, de la réalisation d'une expérience professionnelle, de 24 mois minimum soit 3200 heures acquises en équipe de soins généraux.

L'infirmier doit également remplir des modalités administratives comme l'inscription à l'ordre national des infirmiers.

L'enregistrement du diplôme selon la loi « Aux termes de l'article 4 de la loi du 12 juillet 1980 (article L 4311-15 du Code de la Santé Publique, modifié par l'Ordonnance n°2010 -177 du 23 février 2010 – art.14, l'enregistrement de votre diplôme s'effectue auprès de votre Agence Régional de Santé (ARS). »

L'inscription à la caisse primaire d'assurance maladie, les rapports entre infirmières libérales et caisse primaire sont définis par le code de santé public et la loi n° 75-603 du 10 juillet 1975 relative aux conventions entre les caisses d'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale, du régime agricole et du régime des travailleurs non-salariés des professions non- agricole et les praticiens et auxiliaires médicaux.

L'inscription à l'URSSAF qui est obligatoire pour tout travailleur indépendant cela permet de bénéficier des droits suivants : le remboursement des dépenses de santé en maladie, en termes de maternité par le régime de santé de la sécurité social et à des prestations en cas de décès.

L'inscription à la Carpmko (caisse de retraite des professionnels médicales), en effet En application de l'article 8 du décret du 27 aout 1949, les infirmières doivent, même si elles sont salariées par ailleurs, et par conséquent assujetties à un régime de Sécurité Sociale, s'inscrire dans le mois qui suit le début de leur activité.

Enfin l'infirmier qui s'installe doit ouvrir un cabinet qui doit répondre à certaines obligations légales. Les règles professionnelles (Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières) expliquent :

Selon l'article 33 (article R 4312-33 du code de la santé publique) :

« L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients. »

Il doit également respecter quelques règles de bonnes conduites comme :

Selon l'article R. 4312-37 : La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières. Et l'article R. 4312-30 : Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41. Ainsi que l'article R. 4312-29 : L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés.

L'exercice du métier d'infirmier libéral est régi par grand nombres de lois, il n'est pas seul il peut demander de l'aide pour son installation auprès de l'ordre national des infirmiers libéraux, auprès des URPS, des agences régionales de santé. Il est primordial de respecter le cadre législatif afin d'exercer le métier dans de bonnes conditions, et dans le cadre législatif obligatoire.

6. Le guide d'entretien

6.1. Le choix et les objectifs du guide d'entretien :

Le choix du mode exploratoire, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs qui sont utilisées pour comprendre une problématique. Dans mon cas il s'agissait de l'influence de la proximité dans la relation soignant-soigné au domicile. Les entretiens semi directifs nécessitent de la rigueur, de la souplesse et de la concentration de la part de l'enquêteur. En effet si la réponse ne correspond pas aux attentes ou si elle s'éloigne du thème il faut être capable de recentrer la réponse. J'ai pu me rendre compte au cours de mes entretiens que certaines de mes questions manquaient de précision ce qui impliquait donc une réponse vague, j'ai pu réajuster ces mêmes questions au fur et à mesure. Le but de cet entretien est de poser des questions ouvertes afin de laisser à l'interrogé la liberté de répondre spontanément et d'aborder les thèmes comme il le souhaite. Ces questions ouvertes me permettent de guider et/ou reformuler mes questions au besoin tout en préservant l'authenticité et la spontanéité des réponses apportées. J'ai décidé de réaliser des entretiens que l'on peut définir comme qualitatif car l'échantillon est restreint mais également car les données obtenues sont de l'ordre du subjectif et propre à chacun. Ce genre d'entretien est préparé en amont, pour ma part j'ai préparé un guide d'entretien composé de treize questions et j'ai défini des objectifs à chacune de ces parties.

Chacune de ces questions reprends les thèmes énumérés ci-dessus dans le cadre conceptuel, à savoir la proximité, la relation soignante soigné et l'exercice au domicile. A savoir que certaines de ces questions se regroupent et ont ainsi pour objectifs : d'identifier la population soignée par l'IDE, de caractériser les spécificités du soin à domicile, de définir la proximité et d'identifier les atouts, les contraintes liés à celle-ci et d'identifier comment le soignant envisage les soins à domicile.

6.2. La population interviewée et l'organisation mise en place :

En ce qui concerne les infirmiers interrogés, je souhaitais au début interroger un infirmier exerçant en libéral depuis plusieurs années, et un infirmier exerçant en libéral depuis peu de temps. J'ai pu suivre ma première idée en interrogeant un infirmier qui exerce en libéral depuis maintenant 15 ans.

Cependant je n'ai pas pu mener mon deuxième entretien comme je le souhaitais.

Le premier infirmier que j'ai interrogé était un infirmier qui était intervenu auprès de certains membres de ma famille. Cet infirmier est diplômé depuis 20 ans, a exercé dans des services d'urgence tel que le SMUR, il a ensuite décidé de quitter l'hôpital pour s'installer en campagne afin de reprendre le cabinet d'un infirmier qui partait à la retraite. Il exerce depuis maintenant 15ans il exerce en ville et en campagne. J'ai tout d'abord contacté l'infirmier par message en lui expliquant ma situation et en lui demandant s'il acceptait de répondre à mes questions. Nous avons convenu d'une date d'entretien et d'un lieu. Le lieu était neutre et plutôt calme, l'entretien a eu lieu dans son cabinet d'infirmier afin de ne pas être dérangés. Je lui ai précisé que l'entretien était anonyme, et enregistrer afin que je puisse le retranscrire.

Le deuxième entretien que j'ai pu mener était auprès d'une infirmière que je ne connaissais pas, j'ai envoyé beaucoup de mails et fait beaucoup de recherches pour trouver une deuxième personne qui accepterait de répondre. Cependant au vu des circonstances liées au Covid-19, les infirmières libérales de ma région n'ont pas eu de temps à m'accorder. Grâce à un groupe sur un réseau social, j'ai pu prendre contact avec une infirmière puéricultrice, diplômée depuis 20 ans. Cette infirmière a au cours de son parcours exercé en libéral, avec une spécialité de puériculture à domicile ce qui a pu apporter une autre dimension du soin dans l'échange que j'ai eu avec elle. Nous avons convenu d'une date pour un entretien téléphonique. Le jour venu je me suis isolée dans un bureau afin de ne pas être parasitée par les bruits autour de moi. Nous avons donc échangé par téléphone.

Lors de ces entretiens j'ai choisi de ne pas leur communiquer en amont mon guide d'entretien afin de ne pas altérer la spontanéité des réponses.

6.3. Le bilan du dispositif :

Les entretiens se sont tous les deux bien passés, il n'y a pas eu de soucis de compréhension de la part des professionnels concernant mon thème. Cependant lors de la préparation de mon guide d'entretien je n'avais pas pensé à beaucoup de phrases de relance ce qui implique qu'elles n'ont pas été les mêmes pour mes deux entretiens. Je me suis rendu compte que les questions n'étaient pas comprises de la même manière et donc qu'elles n'étaient pas développées de la même façon cependant, ils ont tous les deux abordés les thèmes que je souhaitais.

7. L'analyse des entretiens :

Je vais à présent procéder à l'analyse des entretiens que j'ai réalisés au préalable. Comme expliqué ci-dessus j'ai interviewé deux infirmiers, travaillant ou ayant travaillé en libéral. Afin de m'aider dans l'analyse de ces entretiens j'ai utilisé des tableaux afin de structurer mon analyse (cf annexe n°4). Afin de remplir mes tableaux j'ai tout d'abord créé un tableau par objectif, puis j'ai pris dans chacun des entretiens les propos des infirmiers qui me rappelaient les objectifs. Ensuite j'ai regroupé les données qui me semblaient similaires ou celles qui montraient des désaccords, grâce à quoi j'ai pu trouver les thèmes et donc dégrossir mon travail d'analyse

L'analyse vas donc se faire en suivant les objectifs cités ci-dessus. Ces objectifs ont été réalisés à partir du guide d'entretien en suivant les questions de celui-ci. Afin de conserver l'anonymat des infirmiers interrogés je les appellerais infirmier numéro 1 et infirmière numéro 2.

7.1. La population soignée par l'IDEL :

Lors de l'exercice en milieu libéral, un Infirmier peut rencontrer tous types de population. Les deux infirmiers interviewés ont tous les deux une patientèle bien définie.

Lors de l'entretien, l'infirmier numéro 1 explique qu'il peut y avoir tous types de patients au domicile, de par leurs pathologies, leurs âges, leurs situations sociales. Et tant d'autres critères. Il dit « beaucoup de chroniques donc forcément un peu plus âgés mais il peut aussi y avoir des jeunes voir des très jeunes. ». C'est-à-dire que sa patientèle est composée de patients âgés, d'adultes mais il peut également prendre en soin des adolescents et des enfants. Il explique également par cette phrase que la majorité de ses patients sont des patients ayant une maladie chronique.

L'infirmière numéro 2 rejoint l'infirmier numéro 1 sur la pluralité des prises en charge mais également en fonction de la classe social, elle explique notamment travailler dans une zone d'éducation prioritaire, avec donc des conditions socio-économiques moindre. Cependant cette infirmière a une particularité, elle a le diplôme d'infirmière puéricultrice, c'est pourquoi elle explique que ses patients sont divisés en deux catégories : « 50% d'adulte et 50% d'enfants. ». L'infirmière numéro 2 prend donc en soin des patients allant de l'enfance à l'âge adulte, elle dit prendre en soins des enfants atteints de pathologie chronique comme des personnes âgés pour maintien à domicile.

Elle explique également les différentes pathologies qu'elle rencontre au cours de son exercice, elle nomme des spécialités de soins comme de l'endocrinologie avec des suivis de diabètes, de l'hématologie, de la psychiatrie, de la cancérologie notamment chez les enfants ayant des cancers et bénéficiant de soins palliatifs à domicile.

Dans le cadre théorique il n'y a pas de partie concernant les types de patients ou les types de pathologies que l'on peut rencontrer en soins à domicile. Cependant il est intéressant d'emmener ce sujet dans mon analyse, cela permet de situer le contexte de soin et d'avoir une idée des types de pathologies et types de patients pris en soin. L'âge des patients, leurs classes sociales, leurs pathologies ainsi que le nombre d'année de la prise en charge peut influencer le caractère relationnel du milieu libéral. Ce qui répond à la question de départ...

7.2. Les spécificités du soin à domicile :

Lors des entretiens réalisés, les infirmiers ont eu tous les deux des questions portant sur les spécificités du prendre soin à domicile.

Tout d'abord, les deux infirmiers emploient le terme de relation, dans des contextes différents, cependant ils parlent tous les deux de cette notion. Dans un premier temps l'infirmier numéro 1 qualifie cette relation comme étant une « relation de soins différente mais tout aussi enrichissante », il explique également que le fait d'aller au domicile permet de créer une relation de confiance. Selon lui les patients lui font assez confiance pour les laisser rentrer chez eux et pour lui confier leurs histoires. Au cours de l'entretien il explique également la mise en place de façon naturelle d'une relation de soins qui se crée au fur et à mesure du temps. Quant à elle, l'infirmière numéro 2 explique que cette relation est puissante, et très forte elle précise que cette relation est d'autant plus forte lorsque la prise en soin se fait pour accompagner un enfant vers le décès. Ainsi selon elle la relation est forte avec l'enfant mais également avec tout l'entourage.

Les deux infirmiers partagent l'avis qu'il y a un lien unique qui s'installe avec le patient au domicile. Ils expliquent tous les deux que le fait de soigner le patient depuis un certain temps crée un lien unique. Tous les deux nous parlent même de famille, l'infirmier numéro 1 explique qu'avec certains de ces patients il crée des liens si forts qu'il les qualifie de « famille », il explique également qu'il leur arrive de s'offrir des cadeaux à Noël ou aux anniversaires. L'infirmier numéro 1 explique que ce lien se crée d'autant plus lorsque ce sont des patients chroniques qu'il suit depuis des années, il éclaire ses propos en précisant « surtout quand ce sont des patients chroniques que vous suivez depuis une dizaine d'années, vous créez des liens avec eux, vous suivez l'évolution de leur maladie. ».

L'infirmière numéro 2 emploie également le terme de « famille » cependant, elle explique qu'avec certains de ces patients elle se sent accueillie comme dans sa propre famille. L'infirmière précise notamment cela concernant une de ces patientes elle dit « il y avait un réel lien entre cette patiente et moi ».

Lors de la prise en soin de patient à domicile il y a grands nombres de soins techniques, comme l'explique les deux infirmiers. L'infirmier numéro 1 a décidé d'énumérer les soins techniques qu'il pouvait être amené à faire au domicile. Ils sont divers et variés, ils vont de la prise de sang aux injections d'hormones, ils peuvent être constitués des pansements simples à complexes en passant par de la chimiothérapie et des perfusions. Ces soins techniques sont selon ses dire variés.

L'infirmière numéro 2 parle de soins techniques mais dans une situation précise elle explique le contexte et dit « Imaginez un enfant avec sa chambre implantable doit avoir des prises de sang ou avoir des injections en stériles. », ce qui montre également une diversité des soins techniques.

Afin d'exécuter au mieux les soins ci-dessus expliqués les infirmiers sont d'accord tous les deux pour dire qu'il faut faire preuve d'adaptabilité dans les soins. L'infirmier numéro 1 donne son opinion concernant l'adaptabilité en disant « et puis selon moi une infirmière est censée s'adapter à tout donc savoir tout faire ». L'infirmière numéro 2 n'exprime pas clairement son point de vue à ce sujet cependant elle donne un exemple qui montre celui-ci, elle dit « on faisait les soins dans la chambre, des fois à quatre pattes sur le tapis à jouer avec des petites voitures en attendant que les soins se fassent ». Grâce à cette phrase l'infirmière exprime certaines difficultés qui peuvent être rencontrées au domicile.

Les infirmiers lors de l'entretien ont tous les deux abordé le sujet concernant le temps accordé aux patients. Ils sont tous les deux en accord pour dire qu'en tant qu'infirmier libéraux ils ont plus de temps à accorder aux patients, l'infirmier numéro 1 explique qu'en tant qu'infirmiers libéraux il peut prendre le temps encore de rester avec les gens, de discuter avec eux. Cependant ils émettent quelques soupçons, Notamment lorsque l'infirmier numéro 1 dit « et puis en général, c'est moins vrai en ce moment » et que l'infirmière numéro 2 explique que « l'infirmière est pieds et poings liés devant certaines prises en charge parce qu'elle n'a pas le temps ».

Comme expliqué dans le cadre théorique de ce mémoire, il existe différents types de relation à l'intérieur de la relation soignant-soigné, pour rappel la relation soignant- soigné est définie par A. Manoukian et A. Massebeuf comme étant « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. »,

Les deux infirmiers ont évoqué certains types de relation notamment la relation de soin définie par M. Formarier comme étant « un support d'échanges entre le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. ». Dans le cadre théorique il a été évoqué la relation d'aide qui est une relation basée sur de l'empathie et de la confiance, les deux infirmiers n'ayant pas évoqués cette relation il n'en est pas moins déduit qu'ils l'utilisent au quotidien. En effet nous pouvons voir selon les dire de l'infirmier numéro qu'il y a une grande confiance entre lui et ses patients, de même pour l'infirmière numéro 2. Deux notions principales sont ressorties des entretiens l'adaptabilité et la disponibilité, elles n'ont pas été développées dans le cadre théorique cependant les infirmiers ont pu les éclairer avec leurs propos et des exemples.

7.3. La proximité au domicile :

La proximité était une des notions principales abordées au cours des entretiens, les deux infirmiers ont pu aborder ce thème de manière libre et spontanée.

Tout d'abord ils ont parlé de leurs ressentis face à cette proximité. L'infirmier numéro 1 explique qu'avec certains patients il est très proche, ils entretiennent une relation de proximité unique, cependant il nuance ces propos en expliquant que cela dépend de ces patients et qu'avec certains il n'est pas proche. L'infirmière numéro 2 se considère proche de ces patients elle dit « on me disait que je faisais partie de la famille, c'est une famille en CDD mais c'est à fond », par ces propos on peut voir une forme de proximité voire une forme de familiarité qui s'installe avec les patients. A ce propos l'infirmière numéro 2 explique également que selon elle une infirmière libérale est avant tout une infirmière de famille, elle précise d'ailleurs que quelques fois lorsqu'elle arrivait au domicile de certains patients ils disaient « ah c'est mon infirmière ». Elle explique également que le patient impose cette proximité selon elle, les soignants représentent la santé et les patients se projettent beaucoup dans cela. Elle explique à un tel point que lorsque les soins se finissent que ce soit par une guérison ou par la mort les patients sont « dépossédés de leur soignant ». Selon l'infirmière numéro 2 « on ne peut pas faire de soins à domicile sans être proche », selon elle le domicile crée la proximité et il est obligatoire d'être proche de ses patients lorsque l'on travaille au domicile.

7.3.1. Les atouts ?

Cette proximité installée au domicile pourrait selon eux avoir quelques avantages. Pour commencer l'infirmier numéro 1 explique que le fait d'être proche de ces patients implique d'être plus dans la bienveillance envers eux. En effet il précise que le fait de soigner ces patients depuis une dizaine d'années implique de mieux les connaître, par ce fait il explique prêter plus d'attention aux petits détails, être plus à l'écoute. L'infirmière numéro 2 rejoint la pensée de l'infirmier numéro 1 en disant « je les connais mieux, donc je les aide mieux, je les comprends mieux ». Selon eux le fait de bien connaître ses patients influence sa prise en soin, notamment lorsque l'infirmier numéro 1 explique qu'il peut se permettre de prêter attention aux détails chez les patients qu'il connaît bien lorsque quelque chose change, il explique également qu'au contraire le fait de bien connaître certains patients lui permet de relativiser quant à un éventuel problème énoncé par le patient. Pour finir l'infirmière numéro 2 explique cette proximité permet d'améliorer les échanges avec les patients, en effet elle précise qu'au domicile elle échange beaucoup avec eux, elle dit « je pense qu'on amène autant de choses que les patients nous amènent. »

L'infirmière numéro 2 dit « pour moi ça influence bien plus en positif qu'en négatif ». En effet après avoir apportés les atouts l'infirmière numéro 2 a évoqué les contraintes liées à la proximité au domicile. Elle précise qu'exerçant à domicile il peut arriver de prendre en charge des patients, enfants dont elle connaît les parents depuis des années, elle explique qu'il peut lui arriver d'avoir des aprioris ce qui influence la prise en soin.

Les deux infirmiers ont développé des aspects de la proximité qui est selon eux essentiel au bon déroulement des soins. Tout d'abord l'infirmier numéro 1 explique que la proximité dépend de l'envie de chacun à s'impliquer dans celle-ci, en effet il dit « tout dépend des appétences de chacun, du vécu et du caractère de chacun aussi ». Il explique donc que la proximité dépend également des caractères des soignants et des patients. L'infirmier numéro 1 ne se fixe pas de barrière il explique qu'il lui arrive de prendre en soin également des membres de sa famille ou des amis proches. L'infirmière numéro 2 n'a pas parler de son ressenti à elle mais elle a cependant expliqué la situation d'un de ses collègues en libéral qui se protégeait beaucoup de cette proximité. Ce qui impliquait du malaise et de la gêne de la part des patients. L'infirmière explique que son collègue ne réalisait que des soins techniques et ne pratiquait pas de soins relationnels avec les patients. Elle décrit également que la proximité se dose, et qu'il faut être prudent de ne pas sortir de sa zone de confort afin de ne pas se mettre en danger émotionnellement.

7.3.2. Les contraintes ?

L'infirmière numéro 2 aborde un aspect de la proximité qui est selon elle très important, elle parle du vécu du patient. En effet elle précise que certains patients ne veulent pas rentrer dans une relation de proximité avec le soignant. Elle dit « des patients trop fuyants, des gens qui n'ont pas envie d'être proches d'un soignant parce qu'ils n'ont pas envie d'être proche de leur maladie ». Par cette métaphore l'infirmière explique que selon certains patients le soignant représente le soin et la maladie, et que la proximité avec celui-ci est trop compliquée à gérer pour lui.

Au domicile, les soignants sont seuls avec les patients, certaines prises en soins peuvent être compliquées, ce qui implique la nécessité d'un relai. L'infirmier numéro 1 explique qu'il peut arriver de demander à des collègues d'autres cabinets de prendre en soin des patients qu'il a l'habitude de soigner. Il dit qu'il nécessite des relais, « non pas quand la situation de soins est trop complexe mais plutôt dans le sens où la complexité de la situation peut se faire détériorer la relation de soin. ». Par cette phrase l'infirmier explique qu'il peut des fois y avoir une surcharge de travail, ce qui impliquerait pour lui de ne pas prendre le temps pour ses patients, il préfère donc passer le relai. Il précise également « des fois ça fait du bien de changer. ».

A contrario l'infirmière numéro 2 explique qu'elle a très ressenti la nécessité d'un relai lors de son exercice en libéral, que cela lui est arrivé une seule fois. Elle explique la situation, elle prenait en charge une dame âgée depuis 5 ans lorsque la fille de cette dame a déménagé pour s'occuper de sa maman. L'infirmière avait donc créé un lien avec la patiente, elles étaient très proches selon ses dires. La fille n'a pas accepté cette proximité et a donc rejeté l'infirmière. L'infirmière dit « c'est qu'en fait un soignant est tellement important qu'il devient délétère pour la dynamique familiale ». C'est pourquoi elle a nécessité un relai, quand la proximité prend une trop grande importance et devient délétère ».

Comme expliqué dans le cadre conceptuel ci-dessus, la proximité est un concept et une notion qui est primordial dans le prendre soin. Les deux infirmiers ont exprimé cette importance. Ils ne donnent pas de définition claire de la proximité. Cependant leur point de vue rejoint la définition d'E.Hrisch « la notion de proximité engage d'avantage que celle plus formelle de la relation, dans la mesure où elle procède d'un investissement intime qui sollicite nos valeurs et options personnelles et pas seulement des principes de justice trop souvent abstraits et théoriques ». En effet les deux infirmiers ont évoqué une relation de proximité qui s'installe au domicile avec les patients, le fait qu'ils soient aussi investis que les patients dans cette relation.

Ensuite l'infirmière numéro 2 a évoqué le fait que les patients lui apportent autant qu'elle leur apporte, on peut donc comparer cela à la proximité cognitive qui est une forme de proximité dans laquelle deux personnes partagent des connaissances et apprennent les uns des autres. L'infirmière numéro 2 a évoqué une forme de distance qu'il faut respecter afin de ne pas sortir de sa zone de confort. Un auteur a fait un lien entre la proximité et la distance en la nommant proxémie et en la divisant en 4 types de distances.

Selon Edward.T.hall, chacun possède un mécanisme de protection qui règle inconsciemment ses relations avec autrui. Dans son ouvrage la dimension cachée il explique les 4 divisions qu'il a fait pour départager les types de distances ; la distance intime, la distance sociale, la distance personnelle et la distance publique. Selon les infirmiers la distance adaptée à l'exercice libéral serait la distance intime, autant en termes de proximité géographique qu'en terme de relation. La distance personnelle se présente également dans l'exercice en libéral, l'auteur explique que cette distance permet à deux personnes de créer une relation de confiance, tout en respectant l'intimité de chacune.

7.4. Les soins à domicile, une conception propre à chacun :

La conception du soin à domicile étant propre à chacun cependant il était important de recueillir la conception des professionnels interrogés, afin de conclure les entretiens en comprenant bien leurs pensées.

Tout d'abord les infirmiers ont tous les deux évoqués leur conception du soin à domicile en termes d'organisation. L'infirmier numéro 1 exprime que le soin à domicile représente la liberté, il explique qu'il est libre de choisir ses horaires, le temps qu'il passe chez les patients. Il précise que s'il a envie de passer une demi-heure chez un patient il est libre de le faire. Il dit même « le soin à domicile représente les soins libres ». L'infirmier numéro 1 explique également qu'il y a une notion de liberté du soin aussi présente car il n'y a pas de hiérarchie ou de contraintes horaires au domicile. Il se dit donc libre de son organisation. L'infirmière numéro 2 quant à elle explique que le libéral est une organisation à part entière, en effet elle explique qu'il peut arriver d'aller faire un soin pour un membre de la famille en particulier, pour au final être interpellée par les autres membres de la famille pour faire des soins. Elle explique également que l'organisation est différente d'un domicile à un autre, elle explique que le patient inclue le soignant dans le soin, et donc que le rôle du soignant est de le laisser dans son milieu.

Ensuite les deux infirmiers évoquent leur conception du domicile en termes de relation. Ils emploient tous les deux des mots forts et qualifient la relation de relation humaine.

L'infirmier numéro 1 explique que selon lui il n'y a plus d'humain à l'hôpital et donc que le domicile a les moyens de rester humain en termes de relation. L'infirmière numéro 2 donne une définition de la relation soignant-soigné au domicile en effet selon elle c'est « une relation humaine, complexe qui tends à rétablir la santé du patient grâce à des outils techniques et théoriques ». Elle rajoute également le fait qu'elle inclue dans la relation humaine de l'affecte, du sociale et de l'empathie. Elle exprime la complexité de cette relation, en effet elle précise également que la relation humaine est selon elle à prendre avec un grand H, elle explique qu'il est difficile de définir cette relation « il faudrait réussir à la définir. », cela exprime la complexité de la relation de soin.

Les deux infirmiers ont tous les deux expliqué qu'il y avait une réelle volonté de satisfaire dans leur exercice des soins à domicile. Pour commencer l'infirmier numéro 1 explique que dans certains cas lorsque la prise en soin est complexe et qu'il ne peut pas réaliser une prise en soins de qualité il préfère ne pas effectuer cette prise en charge. La solution qu'il a donc trouvée suite à cela est de passer la main, d'effectuer un relai.

L'infirmière numéro 2 explique quant à elle, évoque le fait de satisfaire son patient qu'elle nomme même son client, elle précise que les patients ont le droit d'avoir de bons résultats, et ils doivent être satisfaits du soin. Elle dit également « c'est mon obligation de mobiliser mes compétences et mon temps pour que ça leur convienne. Le but étant que le patient soit content ». Par cette phrase elle associe la satisfaction de ses patients à un devoir qu'elle a envers eux.

Enfin pour conclure les deux infirmiers expliquent que l'exercice en libéral est une valorisation de leur métier qui est le métier d'infirmier. L'infirmier numéro 1 dit « c'est ce qui fait la beauté de ce métier les échanges avec les patients qui sont des sources de savoir, et la possibilité de leur offrir une relation et des soins de qualité. ». L'infirmière numéro 2 évoque elle le fait de se sentir utile pour quelqu'un, elle dit « les patients vous donnent énormément de reconnaissance, on se sent très utile. ».

Comme expliqué ci-dessus dans le cadre théorique, l'exercice en libéral est très règlementé cependant l'infirmier s'installant en milieu libéral est libre. Le cadre conceptuel étant basé sur des concepts et notions, il est difficile de s'y référer quant à l'avis des soignants interrogés. Ils ont su apporter leur propre conception de ce soin à domicile qui ne peut donc pas se définir par d'autres personnes.

En ce qui concerne les définitions de relation soignante soigné, les infirmiers ont su apporter leurs visions des choses, en comparant avec celle d'A. Manoukian et d'A. Massebeuf qui est « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux

psychologies particulières et deux histoires. » (Page 9). Les deux infirmiers ont exprimé cette même définition en donnant des exemples concrets de ce qu'ils peuvent vivre au quotidien.

8. La discussion

Pour commencer il me semble nécessaire de repréciser la question de départ de ce mémoire : En quoi la proximité de l'infirmière et du patient à domicile influence la relation soignant-soigné ?

Je vais maintenant pouvoir confronter cette même question au cadre théorique, aux entretiens avec les professionnels et à mon propre point de vue. En travaillant sur les différents concepts que sont la relation soignant-soigné, la proximité et le soin à domicile ; en les croisant avec les entretiens, cela m'a amené à me poser de nouvelles questions, et à trouver de nouvelles idées. Ainsi suite au travail fourni depuis le début de l'écriture de ce mémoire j'ai essayé de répondre à cette question.

8.1. Un nouveau regard sur mes situations d'appel :

Depuis le début des recherches de ce mémoire, un nouveau regard sur mes situations d'appels a été possible. En effet, on peut voir que mes deux situations d'appel s'opposent : la première reflète la gêne que j'ai pu ressentir face à une patiente que je connaissais dans ma vie personnelle et l'infirmier non, tandis que la deuxième situation reflète la gêne face à une situation où l'infirmière connaissait très bien la famille et moi non.

Pour revenir sur la situation 1, le fait de connaître cette patiente m'avait déstabilisée, non pas parce qu'elle connaissait ma famille, mais plutôt car je connaissais la sienne. Grâce aux recherches réalisées et aux entretiens auprès des professionnels j'ai pu me rendre compte qu'en milieu libéral, le fait de connaître personnellement la famille des patients est quelque chose de courant. Le fait d'exercer en libéral contraint d'exercer près de chez soi, voir même d'exercer auprès de ses voisins ou amis. Mes recherches à propos des différents types de relations m'ont aidé à comprendre comment différencier le côté professionnel du côté personnel. J'ai donc pu comprendre que le fait de connaître cette patiente n'affectait en rien la situation de soin qu'il y avait entre nous, au contraire.

Pour revenir sur la deuxième situation, je m'étais demandé comment était-il possible de connaître aussi bien une famille, comment créer de tels liens avec ces personnes que l'on soigne. Déjà au cours de ce même stage en libéral je m'étais rendu compte que les liens avec les patients se créent avec le temps, j'avais moi-même créé des liens avec eux en 5

semaines de stage. Cela ne m'étonnait donc pas que l'infirmier en plusieurs années connaissent aussi bien ces patients. Cette situation affectait beaucoup l'infirmière et la famille, le décès d'un des patients peut être compliqué pour l'infirmier. Lors des entretiens l'infirmière m'a expliqué à quel point il était compliqué d'accompagner une famille dans le décès d'un proche soit, d'un patient.

J'ai compris qu'il était quasiment impossible de ne pas connaître les patients lorsque l'on exerce au domicile. En effet, on rentre dans leurs sphères privées en rentrant chez eux, en voyant des photos de leurs proches. Cependant il me paraît essentiel à la suite de ce travail d'initiation à la recherche, qu'il y ai une limite à ne pas dépasser qu'elle soit pour les patients ou pour les soignants. Je me suis donc demandé si le domicile avait eu un impact sur ma façon de réagir avec ces personnes, à la fin de ce stage en libéral je m'étais attaché à des patients qui m'avaient inclus dans leur intimité, en me montrant des photos de leurs proches, en me proposant à boire et à manger. Mais je n'étais pas à l'aise avec le fait de connaître certains en dehors du soin. Mes situations d'appels m'ont permis de me poser les bonnes questions pour les stages à venir et pour le métier que je veux exercer.

8.2. La réponse à ma problématique :

Suite à mes recherches et aux entretiens menés au cours de ces derniers mois, j'ai pu apporter de nouvelles idées et répondre à ma problématique de départ. Selon moi celle-ci est confirmée, évidemment que la proximité influe sur la relation soignante soigné.

En commençant ce mémoire, je pensais que l'influence était négative, j'imaginai que rentrer dans une proximité avec le patient était négatif pour la relation de soin. Je pensais que cette proximité était nocive que ce soit pour le patient ou pour l'infirmier(e). Je pensais également que le fait de connaître les patients et leurs familles ne permettaient pas de bien les soigner. Grâce à mon travail d'initiation à la recherche mon point de vue à évolué, je me suis rendu compte que mon idée de départ était fausse et pour moi la proximité influence bien plus en positif qu'en négatif. Le témoignage des deux professionnels m'a permis de réaliser l'importance de cette proximité dans l'exercice libéral. Il est vrai qu'au cours de mon stage en libéral, j'ai compris les habitudes de certains patients en termes d'organisation, pour faire les pansements, pour prendre soin d'eux. Mais également les habitudes d'humeur, j'ai pu observer et analyser leur changement d'humeur ou leur manière de se déplacer afin de déceler certaines douleurs physiques ou psychiques. Le fait de les « connaître » m'a permis de mieux comprendre et observer.

Cependant je pense également qu'il ne faut tout généraliser, la proximité peut être bénéfique mais elle peut avoir un aspect négatif. En effet je pense que le fait de soigner un membre de ma famille ou un ami pourrait affecter ma part professionnelle. Je pense que l'affect serait beaucoup trop présent et il n'y aurait pas d'objectivité de ma part. Il me paraît impossible de soigner des membres de ma famille. J'ai réalisé en accompagnant l'infirmière chez la patiente en fin de vie (situation d'appel 2), que lorsque l'on soigne des patients depuis plusieurs années on s'attache à eux et un lien se crée. En contre parti lorsque le patient décède il peut être compliqué de se détacher de la situation, de prendre du recul et de continuer à prendre soin de la famille, que l'on affectionne.

C'est pourquoi, je nuance mes propos la proximité dans la relation soignante soigné peut être positive ou négative. Il ne faut pas faire d'un cas une généralité. Je pense qu'il est important en tant que professionnel, de se fixer certaines limites dans la proximité avec les patients, que ce soit au domicile ou à l'hôpital. Cependant il est difficile de trouver ces limites et de les respecter.

8.3. Les notions abordées et les difficultés liées :

Au début du mémoire, il faut essayer de construire quelque chose à partir de situations vécues en stage qui nous ont interpellé ou autre. Il a été difficile pour moi de trouver des situations, d'exprimer ce que j'avais ressenti, ce qui m'avait gênée ou au contraire ce que j'ai apprécié. Après plusieurs essais qui ne me correspondaient pas. J'ai trouvé deux situations qui s'articulaient toutes deux autour de la proximité et de la relation soignant soigné. Ces deux situations s'étaient déroulées au domicile, ce stage m'a beaucoup plus. La question de départ m'a semblée évidente, elle n'a donc pas été difficile à formuler.

Lors de la construction du cadre théorique, je me suis référée aux notions présentes dans la question de départ, ces notions sont : la proximité, la relation soignant-soigné et le domicile. Il a donc été important pour moi de diriger mes entretiens afin de répondre à ces notions. Cependant au fur et à mesure de l'écriture de ce mémoire, notamment lors de la partie analyse interprétative, j'ai eu de grandes difficultés à faire le lien entre le coté factuel et le coté théorique. Je ne trouvais pas vraiment de similarité entre le cadre théorique et le témoignage des professionnels. Pour autant, la partie sur la relation soignant-soigné, m'a aidé à comprendre les mots des soignants envers leurs patients et donc il a été plus facile de faire le lien sur cette partie.

Concernant les notions de proximité, je pense que tous les types de proximité ne se prêtent pas au milieu du soin, dans le sens ou la proximité géographique, la proximité sociale

et la proximité cognitive sont variantes et non fixes. Selon moi, le prendre soin implique une proximité géographique, effectué des prises de sang, des pansements nécessite d'être proche de son patient. Tous types de patients peuvent être amenés à être soignés, des enfants, des adultes, des personnes âgées, des personnes immigrés c'est pourquoi la proximité sociale et cognitive peuvent variés au cours du soin. J'ai trouvé la partie sur la proximité particulièrement théorique et il était pour moi compliqué de réellement comprendre l'intérêt sur le soin, cependant la proxémie et la distance m'ont apporté des réponses.

La partie de mon cadre théorique sur la relation soignant-soigné, m'a apportée beaucoup de connaissances que je n'avais pas. L'ouvrage « la relation soignant-soigné » et l'article de Monique formarier m'ont permis de situer les patients dans des types de relations. Selon moi un patient peut se trouver dans différents types de relation, il peut être dans une relation de soin, dans une relation d'aide et une relation d'empathie à la fois. Je retiendrais une chose de ces recherches sur la relation soignant soigné selon A. Manoukian et A. Massebeuf « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. » (Page 9).

Concernant la partie du domicile, les recherches m'ont permis de me projeter et de savoir ce qu'il faut faire pour se lancer dans le milieu libéral. Les textes de loi m'ont permis de comprendre ce qu'il fallait respecter et ce qu'il fallait entreprendre avant de s'installer. C'est quelque chose que je vais conserver si je souhaite à l'avenir choisir cette option dans l'exercice du métier d'infirmière libérale.

Lors des entretiens, je me suis rendu compte qu'il y avait un certain nombre de notions que je n'avais pas abordées dans mon mémoire de manière générale. Tout d'abord grâce aux dires des soignants j'ai réalisé que l'adaptabilité est une des notions essentielles accompagnant le prendre soin à domicile. Les deux infirmiers ont exprimé cette notion et après réflexion elle me paraît essentielle.

J'ai saisi au cours de ce travail que j'avais oublié de mentionner des notions, plutôt un concept qui me paraît essentiel qu'est : le prendre soin. En analysant les entretiens j'ai réalisé que les deux infirmiers m'ont parler du prendre soin. Il me paraît essentiel dans le métier que j'ai choisi d'exercer, j'aurais donc du aborder le care et le cure de Winnicott.

J'ai également remarqué que mes situations d'appel expriment toutes deux des émotions, de la gêne, de la tristesse, l'une des deux professionnels interrogés a évoqué le fait de ressentir de l'affect envers les patients, c'est pourquoi je pense que c'est une partie importante que je n'ai pas évoqué. La place des émotions dans le soin à domicile.

8.4. Et les émotions ?

Comme évoqué dans le paragraphe précédent il y a de nombreuses notions que je n'ai pas abordées. Cependant il me semble nécessaire de préciser que sans les recherches effectuées sur les notions : de proximité, de relation soignant-soigné et de domicile, je n'aurais pas pu penser à de nouvelles notions.

J'ai compris l'importance de l'humanité de ce métier, par humanité j'entends le côté humain, sentimental et émotionnel de chacun. Cependant face à certains patients les émotions et les sentiments peuvent prendre le dessus. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il était intéressant de se renseigner à ce propos. En partant des mêmes situations d'appels, en les développant un peu plus sur les émotions ressenties, pendant le soin, qu'ils soient relationnels ou techniques, je me suis demandée :

En quoi la place des émotions impactent-elles le prendre soin au domicile ?

9. Conclusion

On arrive à la fin de ce mémoire, ce travail aura pris toute l'année pour évoluer et se construire. Il n'a pas été facile pour moi d'écrire n'ayant jamais été une grande littéraire l'idée d'écrire 30 pages me paraissait impossible.

Durant ce travail, je suis un peu passée par toutes les émotions, il a tout d'abord été très difficile pour moi de trouver des situations d'appel qui m'inspiraient. Je n'étais pas satisfaite de celle trouvée en fin de deuxième année, j'avais un thème précis en tête mais la situation ne se prêtait pas au thème. J'ai donc essayé de chercher encore et encore sans grande inspiration. Après en avoir discuté avec ma référente et des proches l'idée m'est venue de parler de mon stage en libéral. Grâce à celui-ci j'ai pu débloquer la situation et trouver mes deux situations d'appels. Pendant la totalité de l'écriture de ce mémoire j'ai eu des difficultés à me lancer, par peur d'être hors-thème de peut être mal faire les choses.

Pour moi, le cadre théorique a été plus facile à faire, malgré la complexité à trouver des auteurs parlant du domicile, il m'a permis de comprendre les notions et de les aborder d'une manière différente lors des entretiens. Les lectures des livres et des articles me paraissaient abstraites au début, je ne comprenais pas vraiment le but de lire autant. J'avais trouvé une dizaine d'articles, puis grâce à une seconde sélection je n'en ai gardé que huit. J'avais également sélectionné quatre livres pour au final n'en utiliser que trois. Il a été difficile pour moi d'effectuer ces sélections, je ne savais pas quoi choisir, ni dans quel sens partir pour écrire. L'écriture de l'Ue optionnelle qui confrontait les points de vue de deux auteurs sur le

même thème m'a permis d'avancer dans la rédaction. Il a été pour moi compliqué de réaliser le deuxième entretien auprès d'un professionnel de santé, les mails et contact que j'avais n'ont pas aboutis. La situation de covid actuelle ne m'a pas permis de réaliser le deuxième entretien en face à face, je l'ai réalisé par téléphone, il était donc compliqué d'entendre correctement et d'enregistrer l'entretien, cependant celui-ci a été d'autant plus enrichissant qu'il n'y avait pas de langage non verbal mais seulement du verbal. Pour finir, je pense que ce travail d'écriture m'a permis de prendre confiance en moi, je me suis rendu compte que mes idées étaient cohérentes et que je suis aussi capable d'écrire.

Ce mémoire m'a permis de comprendre quelle infirmière je souhaitais être dans l'exercice du métier, je tire des conclusions et des conseils de la part des professionnels. J'ai compris qu'une infirmière ne doit pas trop laisser transparaître ces émotions mais ce n'est pas pour autant qu'elle ne doit pas créer de lien avec ces patients. Il me paraît essentiel de faire confiance à ses patients mais surtout qu'eux nous fassent confiance. J'ai approfondi mes connaissances en termes de type de relation et de législation. Je suis maintenant au courant des conditions à remplir avant de s'installer en libéral. Je vais laisser ce projet murir, je pense que le milieu libéral pourrait me correspondre. Les témoignages des deux infirmiers m'ont permis de comprendre pourquoi le domicile m'avait tant intrigué et tant passionné. Ils m'ont aidé à préciser quelle valeur avait pour moi le soin.

Enfin il me paraît important de préciser qu'au cours de cette année ma vision de la proximité et de la relation soignant-soigné a évolué, il est primordial pour moi d'entretenir une relation de confiance avec les patients. J'ai également compris que le métier d'infirmière ne peut pas s'apprendre en trois années, il y aura tout au long de ma carrière de nouvelles situations, de nouveaux questionnements. J'ai choisi de terminer ce mémoire avec une citation tirée d'un livre de Charline plus connue sous le nom de « c'est l'infirmière » sur les réseaux sociaux. Le livre s'intitule « On ne naît pas infirmière » il est paru en 2019.

« Il faut trois années d'études pour apprendre à devenir infirmière, et bien plus d'une carrière pour tout comprendre du métier ».

10. Bibliographie

Ouvrage :

Joublin,H. (2010). Le proche de la personne malade dans l'univers des soins, enjeux éthiques et proximologie. Toulouse : érès.

Hall, E.T. (1966). La dimension cachée. New york : Doubleday & C°

Manoukian, A. Massebeuf, A.(2001) La relation soignant-soigné (2^{ème} édition). Rueil-Malmaison : Lamarre.

Article :

Michon.F (2013). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. Soins (n°773), 32 - 34.

Boschma. R (2004). Proximité et innovation (n°280). Économie rurale n°280, 8- 24.

Leduc.F et Delcourt.J-B.(2007) aider, soigner, accompagner les personnes à domicile. Gérontologie et société. (N°122), 145-149

Formarier.M (2007). La relation de soin, concept et finalités. Recherche en soins infirmiers (n°89). 32-42

Le Bœuf. D (2013) soigner à domicile, assistance quotidienne et traitements individuels spécialisés. Soins n°775. 32-34

Torré.A (2019). Les différentes approches de la proximité. Soins cadres n°111. 18-20

Cours :

Intervention de l'URPS (unions régionales de professionnels de santé) de Bretagne en Novembre 2019, concernant l'exercice en libéral.

Site internet :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>

infirmiers.com

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913942>

11. Sommaire des annexes

I : Le guide d'entretien

II : L'entretien numéro 1

III : l'entretien numéro 2

IV : Les tableaux d'analyse

V : Le poster de recherche

I. Le guide d'entretien :

Questions	Objectifs
Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel et les différents services dans lesquels vous avez travaillé ?	Présentation de l'IDEL et carrière professionnelle
Avez-vous toujours voulu faire du domicile ? et pourquoi vous êtes-vous mis à travailler au domicile ? Et que représente-t-il pour vous ?	Identifications des motivations et des représentations que le soignant a pour ou sur le domicile
Quels sont les types de patients que vous avez au domicile ? (Maladie chronique ? aigue ? personnes âgées ? jeunes ?)	Essayer de faire préciser les caractéristiques de la patientèle (patients chroniques, âgées, handicapée, ou phase technique courte durée
Que représente la proximité dans la relation soignant-soigné au domicile ?	Identification des représentations que le soignant a sur la proximité
Qu'est ce qui selon vous, est spécifique au travail à domicile dans la relation de soins avec les patients ? <i>Est-ce que vous avez des exemples pour que je comprenne ?</i>	Caractériser des spécificités des soins à domicile
Dans votre exercice, y a-t-il des limites dans les prises en soins. <i>Par exemple est ce que le fait de bien connaître les patients peut vous amener à solliciter un relais, à vous sentir épuisé , à refuser certains patients.</i>	Rechercher les atouts de la proximité dans l'accompagnement Rechercher également les limites, les freins, les tensions vécues par le soignant.

II. L'entretien numéro 1

ESI : « Bonjour, mon thème de mémoire traite de la relation soignante soigné au domicile, tout d'abord pouvez-vous présenter votre parcours professionnel et les différents services dans lesquels vous avez travaillé ? »

IDE : « Oui donc je suis diplômé de la promotion 95-98 à Rennes.

J'ai commencé en réa polyvalente au centre hospitalier de Saintes en décembre 98 j'y suis resté jusqu'en septembre 99. Je suis parti en Suisse en novembre 1999 dans un service d'urgence SMUR que j'ai quitté en mai 2001 donc pour revenir en France je suis donc arrivé à Rochefort-sur-mer en service d'urgence SMUR en mai 2001.

Jusqu'en décembre 2004 et en Janvier 2005 j'ai démarré des remplacements en libéral jusqu'en octobre 2005 et donc là je suis revenu sur la ville de Cholet où j'ai repris une patientèle d'un infirmier qui partait à la retraite. Et j'y suis depuis. »

ESI : « D'accord, pourquoi vous êtes-vous mis à travailler au domicile était-ce un projet professionnel ? »

IDE : « C'était surtout une solution pour quitter l'hôpital, les conditions de travail ne me plaisait plus, je ne retrouvais pas dans mon exercice les valeurs que je souhaitai. »

ESI : « D'accord et du coup qu'est-ce qui représente pour vous le soin à domicile, quelle est son importance ? »

IDE : « Beaucoup plus de liberté, on est libre de choisir nos horaires, le temps qu'on passe chez les patients ce qui implique beaucoup plus de proximité avec le patient. Moins de hiérarchie et tous les problèmes que ça pose et moins d'inertie. Les soins à domicile représentent les soins libres. »

ESI : « Du coup quels sont les types de patient que vous rencontrez en libéral, maladie chronique ? patient jeune ou plus âgés ? »

IDE : « Un peu de tout beaucoup, ça peut être des prises en soins aigus comme retirer des points de suture ou des agrafes comme des prises en soins de maladie chronique.

Beaucoup de chronique donc forcément un peu plus âgé mais il peut aussi y avoir des jeunes voir très jeunes.

Des soins également très varié, du diabète, des simples prises de sang, des pansements simples à complexes, des perfusions, de la chimiothérapie, des injections d'hormones. Tous types de soins. »

ESI : « Est-ce compliqué d'être seul à domicile quand on rencontre des soins que l'on n'a pas eu l'occasion de faire auparavant ? est-ce une contrainte ? »

IDE : « Non parce que souvent quand c'était souvent particulier il y a des prestataires de service donc ils vous montrent le matériel. Et puis selon moi une infirmière est censée s'adapter à tout donc savoir tout faire. Et puis après on a aussi en libéral une obligation de formation qui doit être réalisé tous les 3 ans. Ça permet donc de réactualiser les connaissances et se remettre à jour et parfaire nos compétences. »

ESI : « D'accord et cette formation dure une semaine ? plusieurs jours ? une journée ? »

IDE : « Elle dure quelques jours, en général une à deux journées. »

ESI : « D'accord, que signifie selon vous la proximité ? et quelle proximité installez-vous avec vos patients ? »

IDE : « Il y a certains patients pas tous, avec qui on crée beaucoup de lien ça devient un peu une famille, on est très proche on s'offre des petits cadeaux à Noël aux anniversaires Donc oui pour certains il y a une grosse proximité qui s'installe, d'autres pas du tout. Après tout dépend des appétences de chacun, du vécu et du caractères de chacun aussi. »

ESI : « Pensez-vous que cette proximité peut donc être un frein ? »

IDE : « Non pas du tout au contraire selon moi on est plus dans la bienveillance, le fait d'aller au domicile crée déjà une relation de confiance, les patients nous font confiance pour nous laisser entrer chez eux et nous confier leurs histoires. »

ESI : « D'accord, alors du coup y'a-t-il une relation de soins spécifique en travaillant en milieu libéral, qui s'installe avec les patients ? »

IDE : « Forcément, surtout quand ce sont des patients chroniques que vous suivez depuis une dizaine d'années, vous créez des liens avec eux, vous suivez l'évolution de leur maladie.

Et puis en général, c'est moins vrai en ce moment, mais on a un peu plus de temps on n'est pas trop à courir comme dans les hôpitaux dans les services ou il n'y a plus du tout ce relationnel, enfin j'imagine à travers ce que l'on voit. C'est pour cela que j'avais décidé de quitter l'hôpital.

En tant qu'infirmier à domicile on peut prendre le temps encore de rester avec les gens, d'échanger avec eux.

C'est une relation de soins différente mais tout aussi enrichissante. »

ESI : « Je comprends, avez-vous des patients que vous suivez depuis le début du cabinet ? que vous prenez encore en soins à l'heure actuelle ? »

IDE : « Il y a des patients que j'ai depuis une dizaine d'années, donc à force on se connaît bien. »

ESI : « Justement est-ce que le fait de connaître les patients influence la prise en soins en général ? »

IDE : « Je pense qu'on est forcément beaucoup plus à l'écoute, par rapport à des petits changements quand c'est pas habituel, on fait beaucoup plus attention aux petits détails. Ou au contraire quand on connaît bien la personne c'est que c'est pas forcément quelque chose de réel ou pas par rapport aux douleurs à l'anxiété ou d'autres petites choses. Après on est forcément un peu plus vigilant. Après c'est en fonction de chacun, après je sais que moi j'ai tendance à être pareil avec tous mes patients, qu'il soit ancien ou nouveau. Je fais attention pareille à chaque petit changement, j'essaye de les rassurer. Je ne vais pas faire plus attention à une personne parce que je la connais depuis longtemps. Je suis toujours le même. »

ESI : « Le fait justement de bien connaître vos patients, cette situation peut-elle quelquefois solliciter un relai ? »

IDE : « Hmm oui alors pas dans le sens où tu pourrais l'entendre, je ne passe pas le relai lorsqu'une prise en soins est trop complexe, mais plutôt dans le sens où la complexité de la situation peut faire se détériorer la relation. Et puis des fois ça fait du bien de changer, donc on peut changer la main. Et puis également d'autres soins plus courts, quand on est sollicité on sait qu'on ne peut pas les assurer car trop de travail, pour garder une qualité des soins optimal, et bien on refuse. Ça arrive beaucoup en ce moment. »

ESI : « Donc du coup, par rapport à ce refus, ça vous est déjà arrivé de refuser, des amis, des familles de voisins ? »

IDE : « Alors les amis la famille non tu t'arrange, enfin moi je fonctionne comme ça je prends un peu de mon temps personnel pour la famille ou les amis en cas de besoin.

Mais par contre des gens que je connais oui, même si c'est des gens que je connais depuis des années et que tu ne peux pas et bien tant pis tu ne peux pas tu passes la main. »

ESI : « Dans une volonté de bien faire en fait »

IDE : « Oui exactement, sinon le soin ne va pas être de qualité, la prise en charge ne va pas être satisfaisante je préfère donc ne rien faire et passer la main. Pour éviter que la relation de confiance et la relation de soins installées auparavant ne se détériore. »

ESI : « Qu'entendez-vous par passer la main ? »

IDE : « Je transmets mes patients à des collègues, des collègues en qui j'ai confiance. Mon cabinet fait partie d'une maison de santé j'ai une associée, mais un autre cabinet d'infirmier libéral en fait partie. Il arrive très souvent qu'on s'échange nos patients en cas de prises en soins complexes... c'est assez similaire en service cependant on ne fait pas vraiment partie d'une équipe en libéral. »

ESI : « D'accord, ressentez-vous une réelle différence entre la relation de soin au domicile et à l'hôpital ? »

IDE : « Selon moi il n'y a plus d'humain à l'hôpital, par la force des choses ce n'est pas la faute du personnel qui ont une réelle volonté de bien faire, mais les administrations la surcharge ne permettent pas d'exercer le métier comme on le souhaite.

Au domicile on peut prendre le temps, si on veut prendre une demi-heure chez un patient, on prend une demi-heure, les patients sont également plus à l'écoute et comprennent qu'on peut avoir du retard. »

ESI : « Pouvez-vous résumer en une phrase la relation soignante soigné au domicile ? »

IDE : « Hmm.....Je pense que contrairement à l'hôpital qui n'en a plus les moyens le domicile a pu rester humain.

Et c'est ce qui fait la beauté de ce métier les échanges avec les patients qui sont des sources de savoir, et la possibilité de leur offrir une relation et des soins de qualité. »

ESI : « merci beaucoup pour le temps accordé »

III. L'entretien numéro 2

ESI : « bonjour, je me présente, je suis étudiante en 3^{ème} année et je réalise mon mémoire sur la relation de soin à domicile. Du coup déjà est ce que vous pouvez présenter votre parcours professionnel et les différents services dans lesquels vous avez travaillé ? »

IDE : « Oui bien sûr. J'ai obtenu mon diplôme en 2000, mon diplôme d'infirmière puéricultrice en 2001, j'ai travaillé en maternité pendant 7 ans. Ensuite j'ai fait sept ans libéraux dans mon exercice de libéral 50% de pédiatrie 50% de soins adultes. En pédiatrie j'ai fait de l'onco-pédiatrie et du soins palliatif pédiatrique en relation avec l'HAD. Et en parallèle je faisais des soins adultes, Je pense que c'est tout ce qui vous intéresse.

ESI : « peu importe en fait c'est toute relation de soins au domicile entre les patients et les soignants »

IDE : « donc dans les soins adultes j'avais pas mal d'hémato, avec des hémophiles dans la prévention, au début j'avais quelques personnes âgées maintien à domicile mais ce n'était pas vraiment la majorité des cas, donc j'ai fait pas mal d'hémato, j'avais beaucoup d'endocrino, de diabétiques. J'ai travaillé dans une zone d'éducation prioritaire donc avec des conditions socio-économiques assez difficiles une population issue de l'immigration, pas mal.

ESI : « D'accord »

IDE : « et après j'ai travaillé en milieu hospitalier pendant deux ans j'ai fait de la néonatalogie et de la pédiatrie en milieu hospitalier, la aujourd'hui je suis en service néonatalogie en secteur privé.

ESI : « d'accord, ok, et donc du coup vous étiez en HAD ou en infirmière libéral ? »

IDE : « non, en fait je travaillais beaucoup avec l'HAD pour la pédiatrie, donc on va dire que je faisais quasiment moitié, moitié pédiatrie-HAD et l'autre infirmière libéral auprès d'adulte. »

ESI : « et du coup pourquoi vous avez décidé de travailler en libéral, c'était un choix professionnel et personnel ? »

IDE : « oui en fait j'ai décidé d'ouvrir un cabinet de puéricultrice à domicile parce qu'en fait il y a très peu de relais à domicile pour les enfants et en particulier pour les enfants atteints de pathologies chroniques ou les cancers. C'était vraiment je voulais développer mon activité pédiatrique en libéral cela m'a vraiment. Je pense que j'y serais encore si je n'avais pas eu des éléments personnels qui ont fait que j'ai dû arrêter mon libéral. Mais l'exercice libéral c'était vraiment quelque chose qui me plaisait beaucoup. Hormis le fait que ce soit compliqué au niveau de la gestion puisque on ne devient pas seulement soignant mais aussi gestionnaires. Il y a beaucoup de papiers et puis une pression qu'on n'a pas dans le service public ou dans l'activité salarial. Mais quand on est libéral on a 20 patients, 30 patients à aller voir dans la journée. On est obligé de faire, des priorités et malheureusement le soin s'en ressent donc on est toutes à mon avis on a envie de bien faire mais quand on est à domicile pour être resté toute la journée avec le patient. On aurait d'attitude thérapeutique. Mais malheureusement 15 minutes 10 minutes, une demi-heure maximum et encore une demi-heure c'est très très rare. Une infirmière elle fait 25 patients par jour, donc faites le calcul, on n'y est jamais à la demi-heure. Si c'est une des contraintes qui nous empêchent de faire bien notre métier.

ESI : « et donc vous m'avez dit que le soin à domicile est très important pour vous ? qu'es ce qu'il représente ? »

IDE : « moi j'ai trouvé ça génial, faire du soin pédiatrique à domicile, onco pédiatrique. Imaginez un enfant avec sa chambre implantable doit avoir des prises de sang ou avoir des injections en stériles, qui doit sortir de chez lui, qui doit immobiliser ses parents un mode de transport une ambulance. Il doit attendre dans une salle d'attente, être dans un service quasiment toute la journée sous surveillance etc..

Moi j'arrivais un peu comme ça arrangeais tout le monde je connaissais tout le monde, on faisait les soins dans la chambre. Des fois à quatre pattes sur le tapis à jouer avec des petites voitures en attendant que les soins se fassent des fois en stérile. Avec des liens très très particuliers, et puis je ne vous parle même pas du soin palliatif quand on accompagne un enfant de 4 ans ou 13 ans à domicile c'est très très très fort. Et les patients vous donnent énormément de reconnaissance, on se sent très très utile.

ESI : « oui, oui je me doute. Donc du coup pour rebondir un peu sur ce que vous dites. Du coup selon vous il y a une certaine proximité qui s'installe avec les patients au domicile ? »

IDE : « énorme, énorme. On ne peut pas faire de soins à domicile sans être proches.

C'est obligé, c'est ce qui explique quelquefois certaines prises en charge trop compliquées parce y des patients fuyants, des gens qui n'ont pas envie d'être proches d'un soignant parce qu'ils n'ont pas envie d'être proches de leur maladie qui préfèrent tenir à distance. Mais après bien souvent ça facilite les choses pour chacun car il y a une période un petit peu on va dire non d'apprivoisement. Et quand on a établi ensemble comment on allait travailler obligatoirement beaucoup d'émotion beaucoup de sensibilité. Que ça soit auprès des adultes ou des enfants. On me disait que je faisais partie de la famille, et c'est une famille en CDD mais c'est à fond. On est vraiment, on boit on mange, on nous demande de nos nouvelles. On échange énormément je pense qu'on amène autant de choses que les patients amènent. Le soin il a vraiment une dimension émotionnelle et affective. Affective obligée. (rire)

ESI : « et donc du coup il y a vraiment une relation qui se crée, au-delà de la relation de soin ? il y a vraiment une relation proximité avec le patient ? »

IDE : « ça dépend si on considère que la relation de soin est un soin technique. Parce que la relation de soin déjà quand vous dites relation de soin c'est qu'il y a déjà de l'affect. Du moment où il y a de la relation, on n'est pas des robots. On ne peut pas rentrer en relation avec un robot. Le robot ferait tout ce qu'un infirmier pourrait faire. Mais il y a la relation de soin que le robot ne fera jamais ça s'appelle de l'affect. C'est juste ça quand on n'est pas dans l'affect, on n'est pas dans la relation de soin et forcément on mets un obstacle. On est plus qu'à dans faire un soin technique, et même des fois on est délétère.

J'ai eu l'occasion de partager ma patientèle avec un associé qui était beaucoup moins facilement dans l'empathie parce qu'il avait beaucoup souffert et du coup il se protégeait beaucoup. Le patient était excessivement mal à l'aise. Il ne pouvait pas soigner. Et il s'en rendait compte, on a dû mettre fin à des prises en charge, il ne se rendait pas compte, il ne prenait pas conscience. Il avait mis d'autres priorités, il souffrait, il faisait donc des soins techniques beaucoup et les patients ne comprenaient pas. Mais c'est quelque chose qu'on n'arrive pas à doser, ça ne peut s'évaluer qu'à posteriori, et c'est à chaque professionnel de savoir dans quelle zone de proximité il se trouve, et dans quelle zone il se sent bien. Il ne faut pas trop sortir de sa zone de confort pour de mettre en danger. »

ESI : « c'est vrai que pour être en libéral il faut accepter une certaine forme de proximité et une relation d'affect avec les patients. ? »

IDE : « il vous l'impose, le patient vous impose, on est obligé, il y a une grande place à la projection, parce que les patients, vous représentez quelque chose, eux ils sont chez eux pas en forme. Vous représentez à la fois la santé, le dynamisme et tout ce qu'ils admirent et du coup il y a une projection qui se fait. Lorsque le soignant se retrouve dans une projection malgré lui, il faut qu'il trouve son compte. Ce n'est pas simple. Mais c'est un métier il faut le choisir en toutes connaissances de cause. il y a des infirmiers qui choisissent le bloc opératoire ou la réanimation et qui ne connaissent pas aussi bien les patients qu'au domicile. C'est du soin également mais ce n'est pas le même qu'en libéral. Nous on est de l'autre côté. J'ai fait pas mal de suivi aussi pour des schizophrènes qui sont à la maison, qui ne prennent pas forcément leurs médicaments, et qui ne vont pas exprimer forcément comment ils vont, qui ne sont pas suivi par le psy. On a vraiment des soins très intéressants avec ce genre de population, le soin technique on en a plus du tout »

ESI : « oui c'est beaucoup plus du soin relationnel au final ? »

IDE « exactement, et c'est pour ça que l'infirmière de ville elle est un petit pieds et poings liés devant certaines prises en charge, parce qu'elle n'a pas le temps. Quand on est obligé de dire à quelqu'un qui vous ouvre son âme ses souffrances. Bon excuse-moi mais là faut que j'y aille on en rediscutera demain. Prends bien tes cachets. Mais comment on fait ? après on a un diabétique qui doit être piqué, une dame qui doit être levé, après il y a un enfant qui attends sa prise de sang et le labo qui ferme à midi. C'est juste impossible de faire du soin comme on écrit dans les livres, sans à un moment donné mettre des choses de côté. »

ESI : « Donc du coup, en fait il y avait tout types de patients, adultes ? enfants ? psychiatrie ? hémato. ? »

IDE : « oui parce qu'en fait la meilleure façon de travailler en libéral c'est de travailler en fonction du secteur. Quand j'ai ouvert mon cabinet j'ai fait un secteur, j'allais dans des villages à côté de chez moi, je faisais tout le secteur, parce que je ne faisais qu'un type de patient, et malheureusement d'abord tu perds du temps en allant loin de ton cabinet. Et puis tu passes

devant des patients qui ont besoin de toi et au fur et à mesure tu te rends compte que tu passes plus de temps aux alentours de chez toi avec tous types de patients, que dans un secteur avec un seul type de patient. Tu fais des tournées et tu prends tout le monde. Tu es dans une maison tu vas faire le vaccin de la grand-mère aider à la toilette, le fils qui s'est cassé le bras tu lui fais son pansement, puis le bébé tu aides à prendre le sein et tu vois une candidose mammaire. Mais pour moi une infirmière libérale c'est une infirmière de famille d'ailleurs les gens disaient "ah c'est mon infirmière".

On est dans le répertoire comme le médecin généraliste, on est le fournisseur de soins infirmiers à domicile. Donc du coup on se retrouve à tout. »

ESI : « Donc du coup tout à l'heure vous avez évoqué le fait que certaines prises en charge peuvent être compliquées ? le fait de connaître bien les patients ou pas ? le fait de bien connaître les patients peut influencer ? ça peut être une aide ou une gêne ? »

IDE : « pour moi ça influence bien plus en positif qu'en négatif, ça pourrait être négatif parce que par exemple si on a une prise en charge d'un enfant qu'on connaît depuis longtemps, parce qu'on s'est occupé de sa famille, de ses grands-parents de ses parents.

On a tendance à avoir un peu des a priori sur sa façon de vivre etc. on va être un peu négligeant, comme un parent. Voilà alors est-ce que c'est délétère d'être parent. Alors comment évaluer la valeur de la parole d'une maman, qui connaît très bien son enfant, vous qui êtes soignantes vous savez toujours écouter la maman. Bien sûr on sait qu'elle est influencée parce qu'elle est amoureuse de son enfant. Mais ça n'empêche que sa parole va être très pondérée. Et bien c'est pareil avec une infirmière, moi ça m'est arrivé d'avoir un patient qui ne faisait que des conneries il m'a dit "ouais j'ai mal." je me suis permise de lui dire d'arrêter de faire n'importe quoi et s'il commençait par dormir ça arrangerait certainement les choses. Et puis tu ne m'écoutes pas mais en fait tu le connais suffisamment pour savoir à quel moment il est vraiment malade.

Il y a quand même des moments où on est beaucoup plus à l'écoute, donc dans la prise en charge réelle on va être plus efficace. Le fait de bien connaître ses patients peut être un frein mais c'est surtout un très grand accélérateur, parce que les gens collaborent mieux, parce qu'on les connaît mieux, on comprend mieux.

Je les connais mieux donc je les aide mieux, ils me font plus confiance. »

ESI : « est-ce que du coup vous avez été amené à solliciter un relai ? ou de refuser un patient ? de nécessiter un relai lors d'une prise en charge complexe émotionnellement ?

IDE : « oui, en psychiatrie à domicile, il m'est arrivé de déclencher des hospitalisations d'office, mais ça c'est plus une situation de soins en urgence. Il peut y avoir des gens qui vont (silence)... Une fois ça m'est arrivé ah oui si si , j'ai une expérience très marrante.

Il se trouve que je suis allée dans une famille, que je connaissais très bien, je me suis occupée d'une grand-mère qui devait avoir 95 ans, je me suis occupée de ces enfants de ces petits enfants etc... je connaissais vraiment tous ces gens. Donc cette dame je la prenais en charge en particulier et je la connaissais très très bien et depuis longtemps, j'avais accompagné sa maman etc... j'étais l'infirmière familiale. Il se trouve que le fils m'avait demandé de m'occuper de sa maman, de lui faire des soins d'hygiène, de la lever, de lui donner à manger. Il se trouve que lui avait une sœur, sa mère je m'en occupais depuis mes débuts en libéral, depuis 5 ans 6 ans, tous les jours, deux fois par jour. Je la connaissais par cœur. J'étais accueillie comme dans ma propre famille, il y avait un réel lien entre cette patiente et moi.

En fait cette dame donc sa fille qui avait 65 ans, 70 ans est revenue dans le coin pour s'occuper de sa maman et vivre dans la maison familiale avec elle. Et elle m'a pris en grippe, elle était jalouse elle n'acceptait pas la relation que j'avais avec sa maman, si bien que lorsque je venais faire les soins elle me maltraitait d'abord psychologiquement puis physiquement. Jusqu'à ce qu'elle me donne une claque. Elle m'a frappée devant sa mère. J'ai été obligé de cesser la prise en charge, donc j'ai appelé le frère je lui ai dit voilà ce qui se passe, c'était aller très très loin. Son frère m'explique qu'elle était un peu instable. C'est surtout que je prenais trop de place dans la famille. Ça c'est une situation de soin qui peut arriver. C'est qu'en fait un soignant est tellement important, qu'il devient délétère pour la dynamique familiale. Et cette grand-mère elle était en porte à faux entre sa fille qui revenait auprès d'elle et cette soignante qu'elle connaissait depuis des années. Elle était désolée cette dame, son frère n'était pas d'accord il m'a dit il est hors de question que tu arrêtes de t'occuper de maman, nous on te fait confiance, on veut que ce soit toi qui t'occupes d'elle. Sauf que la dame n'était pas bien elle était entre son infirmière et sa fille. Et on ne peut pas lui demander de choisir contre un membre de sa famille. Je suis partie ils ont pris une autre infirmière qui était beaucoup plus détaché et ça a très bien fonctionné avec cette famille.

Qui a donc pu établir une relation avec la fille et ça s'est très bien passer.

Ça c'est un exemple, on est trop proche, on est tellement proche que ça empêche la relation de soin. Ce n'était plus ma place, avec un grand sentiment de culpabilité, parce qu'une partie de la famille pensait que je les avais abandonnés.

ESI : « c'est vrai que c'est compliqué car on crée des liens également avec la famille, lors de soins à domicile, il faut savoir allier les deux. »

IDE : « c'est vrai que le sentiment d'abandon est très fort en libéral, surtout en onco-pédiatrie quand on accompagne une famille, parce qu'il y a un enfant qui meurt. Pendant des mois et des mois on accompagne jusqu'au décès. Et là les parents et la fratrie vous reproche de ne plus être là, un jour un petit frère qui m'as appelé en me disant de toute façon tu t'es moqué de nous, tu venais tous les jours, tu faisais partie de la famille et tu n'es plus jamais venu, et en fait tu t'en moquais tout ça c'était du mensonge. Il n'a pas compris lui l'abandon, et c'est vrai que ça c'était très dur. Et on se pose plein de questions, est ce qu'on doit maintenir un lien, comment ça se passe. Parce que moi ce que je représente je devais partir en même temps que la maladie, tout ça et c'est très difficile. Ça m'est arrivé pour des parents aussi, des gens qui s'étaient beaucoup, beaucoup attachés, investit dans la relation avec moi. Du moment où leur enfant est décédé ils ont voulu investir une amitié, pour ne pas perdre le lien avec leur enfant aussi.

ESI : « c'est vrai que ça c'est vraiment propre au domicile on n'a pas ça à l'hôpital. »

IDE : « ba non, en fait la famille vous les avez inclus dans le soin, c'est notre rôle de laisser le patient dans son milieu, et on s'est lancé là-dedans, on s'est immiscer, on a géré, on a étiqueté des nouvelles règles. Des règles de soin. Et quand le soin se termine que ce soit par une guérison ou une fin plus tragique, et bien la famille se trouve dépossédée de son soignant, elle ne comprend pas. Et il y a une énorme frustration. Il y a beaucoup de culpabilité qui se crée de la part du soignant qu'on ne va pas avoir en milieu hospitalier.

ESI : « je comprends et du coup est ce que vous pouvez résumer en une phrase ce que représente la relation soignante soigné pour vous au domicile ?

IDE : « en une phrase la relation soignant-soigné ? et bien je pense que c'est une relation humaine, complexe qui tends à rétablir la santé du patient grâce à des outils techniques. Que ce soit de la technique au sens propre, des outils théoriques. Mais que pour moi c'est une relation humaine ou il faudrait mettre un tiret, affective, social, empathique. Il faudrait réussir à la définir et je pense que c'est une relation humaine avec un grand H. par de la technique, avec de la théorie, avec pour objectif la mise en santé, le maintien en santé, ou l'accompagnement. On a des objectifs précis mais c'est d'abord une relation humaine. Ce n'est pas une relation commerciale. Alors elle est un petit peu commerciale parce que pour moi une relation commerciale n'est pas aussi vilaine que ce que l'on ne pense. Pour moi il y a une

notion de satisfaction, une notion de satisfaction du client. Pour les patients ont le droit a du bon résultat ils ont le droit à la mise en œuvre de moyens. Et que c'est mon obligation de mobiliser mes compétences et mon temps pour que ça leur convienne. Lorsque j'allais faire des pansements, d'ailleurs le pansement c'est peut-être le truc ou il y a le moins de relation. Le pansement on arrive on désinfecte, on couvre et on part. Mais souvent je disais au monsieur, bon ça va ça vous convient, si vous n'êtes pas content je le refais. Je voulais qu'il soit content de son pansement, qu'il soit confortable, qu'il puisse bouger, que ça ne lui fasse pas mal.

C'était un moment où j'avais une évaluation de la qualité de mon soin qui était dénuer, c'était objectif. Le but était que le patient soit content.

Ça restait quand même une relation de soin humaine.

ESI : « je n'ai plus de questions j'ai tout posé, merci beaucoup pour les réponses apportées. »

IV. Les tableaux d'analyse

IDE 1 IDE 2

Objectif : identifier la population soigné par l'IDE		
Catégories	Thèmes	Items
Types de patients		<p>Beaucoup de chronique donc forcément un peu plus âgé mais il peut aussi y avoir des jeunes voir très jeunes.</p> <p>50% de pédiatrie 50% de soins adultes.'</p> <p>J'ai travaillé dans une zone d'éducation prioritaire donc avec des conditions socio-économiques assez difficiles une population issue de l'immigration, pas mal.</p>
Différentes pathologies		<p>Les enfants atteints de pathologies chroniques ou les cancers.</p> <p>J'ai fait pas mal de suivi aussi pour des schizophrènes</p> <p>En adultes j'avais pas mal d'hémato, avec des hémophiles dans la prévention, au début j'avais quelques personnes âgées maintien à domicile.</p> <p>Donc j'ai fait pas mal d'hémato, j'avais beaucoup d'endocrino, de diabétiques.</p> <p>En pédiatrie j'ai fait de l'onco-pédiatrie et du soins palliatif pédiatrique en relation avec l'HAD.</p>

Objectif : caractériser les spécificités du soins à domicile		
Catégories	Thèmes	Items
	Relation de soin	<p>C'est une relation de soins différente mais tout aussi enrichissante.</p> <p>Pour éviter que la relation de confiance et la relation de soins installées auparavant ne se détériore.</p> <p>« aller au domicile crée déjà une relation de confiance, les patients nous font confiance pour nous laisser entrer chez eux et nous confier leurs histoires. »</p> <p>et puis je ne vous parle même pas du soin palliatif quand on accompagne un enfant de 4 ans ou 13 ans à domicile c'est très très très fort.</p>

Soins au domicile		Et les patients vous donnent énormément de reconnaissance, on se sent très très utile.
	Un lien unique	<p>Forcément, surtout quand ce sont des patients chroniques que vous suivez depuis une dizaine d'années, vous créez des liens avec eux, vous suivez l'évolution de leur maladie.</p> <p>Il y a certains patients pas tous, avec qui on crée beaucoup de lien ça devient un peu une famille, on est très proche on s'offre des petits cadeaux</p> <p>J'étais accueillie comme dans ma propre famille, il y avait un réel lien entre cette patiente et moi. Avec des liens très très particuliers,</p>
	<p>La place des émotions ? Quand la relation de soin dépasse le soin ...</p> <p>Ouverture ???</p>	<p>Parce que la relation de soin déjà quand vous dites relation de soin c'est qu'il y a déjà de l'affect. Du moment où il y a de la relation, on n'est pas des robots.</p> <p>On ne peut pas rentrer en relation avec un robot. Le robot ferait tout ce qu'un infirmier pourrait faire.</p> <p>Mais il y a la relation de soin que le robot ne fera jamais ça s'appelle de l'affect.</p> <p>C'est juste ça quand on n'est pas dans l'affect, on n'est pas dans la relation de soin et forcément on mets un obstacle.</p> <p>a dépend si on considère que la relation de soin est un soin technique.</p>
	Soins techniques	<p><i>Un peu de tout beaucoup, ça peut être des prises en soins aigus comme retirer des points de suture ou des agrafes comme des prises en soins de maladie chronique</i></p> <p><i>Des soins également très varié, du diabète, des simples prises de sang, des pansements simples à complexes, des perfusions, de la chimiothérapie, des injections d'hormones. Tous types de soins</i></p> <p>Imaginez un enfant avec sa chambre implantable doit avoir des prises de sang ou avoir des injections en stériles.</p>

	<p>Faire preuve d'adaptabilité</p>	<p>Et puis selon moi une infirmière est censée s'adapter à tout donc savoir tout faire.</p> <p>On faisait les soins dans la chambre. Des fois à quatre pattes sur le tapis à jouer avec des petites voitures en attendant que les soins se fassent</p>
	<p>Le temps accordé</p>	<p>Et puis en général, c'est moins vrai en ce moment, mais on a un peu plus de temps on n'est pas trop à courir comme dans les hôpitaux dans les services ou il n'y a plus du tout ce relationnel, enfin j'imagine à travers ce que l'on voit. C'est pour cela que j'avais décidé de quitter l'hôpital.</p> <p>En tant qu'infirmier à domicile on peut prendre le temps encore de rester avec les gens, d'échanger avec eux.</p> <p>C'est pour ça que l'infirmière de ville elle est un petit pieds et poings liés devant certaines prises en charge, parce qu'elle n'a pas le temps. Quand on est obligé de dire à quelqu'un qui vous ouvre son âme ses souffrances.</p> <p>Hormis le fait que ce soit compliqué au niveau de la gestion puisque on ne devient pas seulement soignant mais aussi gestionnaires. Il y a beaucoup de papiers et puis une pression qu'on n'a pas dans le service public ou dans l'activité salarial.</p>

Objectif : définir la proximité et identifier les atouts, les contraintes liés à celle-ci

Catégories	Thèmes	Items
Proximité	Le ressenti des soignants	<p>Il y a certains patients pas tous, avec qui on crée beaucoup de lire ça devient un peu une famille, on est très proche on s'offre des petits cadeaux à Noël aux anniversaires Donc oui pour certains il y a une grosse proximité qui s'installe, d'autres pas du tout.</p> <p>On me disait que je faisais partie de la famille, et c'est une famille en CDD mais c'est à fond. Mais pour moi une infirmière libérale c'est une infirmière de famille d'ailleurs les gens disaient "ah c'est mon infirmière". Énorme, énormément de proximité. On ne peut pas faire de soins à domicile sans être proches. il vous l'impose, le patient vous impose, on est obligé, il y a une grande place à la projection, parce que les patients, vous représentez quelque chose, eux ils sont chez eux pas en forme.</p> <p>Et quand on a établi ensemble comment on allait travailler obligatoirement beaucoup d'émotion beaucoup de sensibilité. Que ça soit auprès des adultes ou des enfants.</p> <p>Et quand le soin se termine que ce soit par une guérison ou une fin plus tragique, et bien la famille se trouve dépossédée de son soignant, elle ne comprend pas.</p>
	Atouts	<p>« on est plus dans la bienveillance »</p> <p>Il y a des patients que j'ai depuis une dizaine d'années, donc à force on se connaît bien.</p> <p>Je pense qu'on est forcément beaucoup plus à l'écoute, par rapport à des petits changements quand ce n'est pas habituel, on fait beaucoup plus attention aux petits détails. Ou au contraire quand on connaît bien la personne c'est que ce n'est pas forcément quelque chose de réel ou pas par rapport aux douleurs à l'anxiété ou d'autres petites choses.</p> <p>Il y a quand même des moments où on est beaucoup plus à l'écoute, donc dans la prise en charge réelle on va être plus efficace.</p>

		<p>« Le fait de bien connaître ses patients peut être un frein mais c'est surtout un très grand accélérateur » « Parce qu'on les connaît mieux, on comprend mieux. » « Je les connais mieux donc je les aide mieux, ils me font plus confiance. »</p> <p>« Pour moi ça influence bien plus en positif qu'en négatif »</p> <p>On échange énormément je pense qu'on amène autant de choses que les patients amènent. Le soin il a vraiment une dimension émotionnelle et affective. Affective obligée.</p>
	Contraintes	<p>Le fait de bien connaître ses patients peut être un frein"</p> <p>Ça pourrait être négatif parce que par exemple si on a une prise en charge d'un enfant qu'on connaît depuis longtemps, parce qu'on s'est occupé de sa famille, de ses grands-parents de ses parents. On a tendance à avoir un peu des aprioris sur sa façon de vivre etc</p>
	Limites des soignants	<p>Après tout dépend des appétences de chacun, du vécu et du caractère de chacun aussi. (concernant la proximité avec le patient) Alors les amis la famille non tu t'arranges, enfin moi je fonctionne comme ça je prends un peu de mon temps personnel pour la famille ou les amis en cas de besoin.</p> <p>Mon collègue se protégeait beaucoup. Le patient était excessivement mal à l'aise. Il ne pouvait pas soigner. Et il s'en rendait compte, on a dû mettre fin à des prises en charge, il ne se rendait pas compte, il ne prenait pas conscience. Il avait mis d'autres priorités, il souffrait, il faisait donc des soins techniques beaucoup et les patients ne comprenaient pas. Mais c'est quelque chose qu'on n'arrive pas à doser, ça ne peut s'évaluer qu'a posteriori, et c'est à chaque professionnel de savoir dans quelle zone de proximité il se trouve, et dans quelle zone il se sent bien. Il ne faut pas trop sortir de sa zone de confort pour de mettre en danger</p>
	Le vécu du patient	<p>C'est obligé, c'est ce qui explique quelquefois certaines prises en charge trop compliquées parce y</p>

		des patients fuyants, des gens qui n'ont pas envie d'être proches d'un soignant parce qu'ils n'ont pas envie d'être proches de leur maladie qui préfèrent tenir à distance.
Le relais une solution ?	Un relai dans la volonté de préserver une relation de soin convenable	<p>(après question si besoin de relai) Hmm oui alors pas dans le sens où tu pourrais l'entendre, je ne passe pas le relai lorsqu'une prise en soins est trop complexe, mais plutôt dans le sens où la complexité de la situation peut faire se détériorer la relation.</p> <p>Mais par contre des gens que je connais oui, même si c'est des gens que je connais depuis des années et que tu ne peux pas et bien tant pis tu ne peux pas tu passes la main.</p> <p>Et puis des fois ça fait du bien de changer, donc on peut changer la main.</p>
	Quand la relation de soin devient dangereuse pour la relation familiale.	<p>Il se trouve que je suis allée dans une famille, que je connaissais très bien, je me suis occupée d'une grand-mère qui devait avoir 95 ans, je me suis occupée de ces enfants de ces petits enfants etc... En fait cette dame donc sa fille qui avait 65 ans, 70 ans est revenue dans le coin pour s'occuper de sa maman et vivre dans la maison familiale avec elle Et elle m'a pris en grippe, elle était jalouse elle n'acceptait pas la relation que j'avais avec sa maman. J'ai été obligé de cesser la prise en charge, C'est qu'en fait un soignant est tellement important, qu'il devient délétère pour la dynamique familiale.</p>

Objectif : identifier comment le soignant conçoit les soins à domicile		
Catégories	Thèmes	Items
La conception des soins à domicile	En terme d'organisation	<p>Beaucoup plus de liberté, on est libre de choisir nos horaires, le temps qu'on passe chez les patients ce qui implique beaucoup plus de proximité avec le patient.</p> <p>Moins de hiérarchie et tous les problèmes que ça pose et moins d'inertie.</p> <p>Les soins à domicile représentent les soins libres</p> <p>Au domicile on peut prendre le temps, si on veut prendre une demi-heure chez un patient, on prend une demi-heure, les patients sont également plus à l'écoute et comprennent qu'on peut avoir du retard</p> <p>En fait la famille vous les avez inclus dans le soin, c'est notre rôle de laisser le patient dans son milieu, et on s'est lancé là-dedans, on s'est immiscer, on a géré, on a étiqueté des nouvelles règles. Des règles de soin.</p>
	En terme de relation	<p>Selon moi il n'y a plus d'humain à l'hôpital, par la force des choses ce n'est pas la faute du personnel qui ont une réelle volonté de bien faire, mais les administrations la surcharge ne permettent pas d'exercer le métier comme on le souhaite.</p> <p>.</p> <p>Je pense que contrairement à l'hôpital qui n'en a plus les moyens le domicile a pu rester humain.</p> <p>en une phrase la relation soignant-soigné ? et bien je pense que c'est une relation humaine, complexe qui tends à rétablir la santé du patient grâce à des outils techniques.</p> <p>Que ce soit de la technique au sens propre, des outils théoriques.</p> <p>Mais que pour moi c'est une relation humaine ou il faudrait mettre un tiret, affective, social, empathique.</p>

		<p>Il faudrait réussir à la définir et je pense que c'est une relation humaine avec un grand H. par de la technique, avec de la théorie, avec pour objectif la mise en santé, le maintien en santé, ou l'accompagnement.</p>
	La volonté de satisfaire	<p>si le soin ne va pas être de qualité, la prise en charge ne va pas être satisfaisante je préfère donc ne rien faire et passer la main.</p> <p>Pour moi il y a une notion de satisfaction, une notion de satisfaction du client. Pour les patients ont le droit à du bon résultat ils ont le droit à la mise en œuvre de moyens. Et que c'est mon obligation de mobiliser mes compétences et mon temps pour que ça leur convienne. Le but était que le patient soit content.</p>
	La valorisation du métier	<p>Et c'est ce qui fait la beauté de ce métier les échanges avec les patients qui sont des sources de savoir, et la possibilité de leur offrir une relation et des soins de qualité.</p> <p>On a des objectifs précis mais c'est d'abord une relation humaine. Ce n'est pas une relation commerciale. Les patients vous donnent énormément de reconnaissance, on se sent très très utile.</p>

- ♠ Identifier la population soignée par l'IDE
- ♠ Caractériser les spécificités du soin à domicile
- ♠ Définir la proximité et identifier les atouts, les contraintes liés à celle-ci
- ♠ Identifier comment le soignant conçoit la relation de soin à domicile



Le soin à domicile, une aventure humaine

1. Introduction :

L'exercice du métier d'infirmier est divers et variés. Parmi toutes les possibilités, le métier d'infirmier libéral. Un exercice au coeur de l'intimité des patients et des soignants qui implique de réels liens et une proximité inégalée.

En quoi la proximité de l'infirmière avec le patient à domicile influence la relation soignant-soigné ?

2. Intérêts professionnels :

- rechercher la proximité des soignants au domicile
- comprendre l'influence de celle ci sur la relation soignant soigné

3. méthode :

- Apports théoriques :
 - et la proximité c'est quoi ?
 - la relation soignant-soigné en quelques mots
 - le soin à domicile...
- suppléer ces apports à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels de terrain
- analyse descriptive et interprétative de ces deux entretiens

4. Le ressenti des professionnels ...

Les spécificités du soin à domicile :

- un lien unique / une relation de soins différente / des soins techniques omniprésents / une adaptabilité mise à l'épreuve / du temps pour les patients
- IDE 1 "une relation de soins différente mais tout aussi enrichissante "

La proximité avec ces atouts et ces contraintes : Une conception propre à chacun:

- IDE 2 " on ne peut pas faire de soins à domicile sans être proche"
- une proximité unique, très forte
- impliquant plus de bienveillance
- cependant certains patients ou soignants ne veulent pas de cette proximité, ils sont réticents
- vigilance de l'infirmier : faire en sorte qu'il n'impacte pas la dynamique familiale
- une organisation à trouver
- une relation **HUMAINE**
- une réelle volonté de satisfaire
- une valorisation du métier
- IDE 1 " c'est ce qui fait la beauté de ce métier, les échanges avec les patients".
- IDE 2 " les patients vous donnent énormément de reconnaissance, on se sent très utile".

5. Conclusion

Malgré quelques difficultés d'écritures, la rédaction de ce mémoire m'a permis d'évoluer et de construire mes valeurs soignantes. Cependant le prendre soin à domicile reste pour moi une des façons d'exercer, la plus proche des idées que je me fais du métier. Le relationnel avec le patient vécu au domicile, aide à garder en tête les valeurs soignantes que je souhaite conserver. Toutefois, j'ai compris que le métier ne pouvait se construire en trois années. « Il faut trois années d'études pour apprendre à devenir infirmière, et bien plus d'une carrière pour tout comprendre du métier ».

Charline " on ne nait pas infirmière" 2019

6. ouverture

J'ai compris l'importance de l'humanité de ce métier, par l'humanité j'entends le côté humain, sentimental et émotionnel de chacun. Cependant face à certains patients, les émotions et les sentiments peuvent prendre le dessus. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il était intéressant de se renseigner à ce propos.



Quatrième de couverture

Nom : Babonneau

Prénom : Tess

Le soin à domicile une aventure humaine

The subject of this essay will be the proximity of the nurse and the patient at home and the influence on the relationship between the patient and the nurse. During my trainings i had to deal with this case and i was very interesting in it. The carer patient relationship is sistematically engaged while caring for someone, at home she takes a very important place and a special links are made. The very nearest relationship impact the caregiving, that is why it made wonder : how does the proximity of the nurse and the patient at home influence the carer- patient relationship ? the aim of this essay is to tell what are the proximity, carer-patient relationship and home care. That is to say how the professionals feel that special relationship and how they could deal with the limits of it. Therefor I wanted to understand what was the difference between what all have been experimented by the Professional and the theory. So I met two nurses who work as freelancers. What they told me, helped me to unederstand that kind of situation. But this also made me wonder about the feeling that emerge in that's special case of home care.

Mon travail de fin d'étude concerne la proximité de l'infirmière et du patient au domicile et l'influence de celle-ci sur la relation soignant-soigné. Lors de mes stages j'ai pu être confrontée à cette proximité et cela m'a beaucoup questionnée. La relation soignant-soigné est mise systématiquement en place lors de la prise en soin de quelqu'un, au domicile elle prend une place très importante et un lien important se crée. La proximité impacte le prendre soin c'est pourquoi je suis venue à me poser la question : en quoi la proximité de l'infirmière et du patient au domicile influence la relation soignant-soigné ? L'intérêt de cette recherche est de définir les notions de proximités, de relation soignant-soigné et de domicile. Ainsi que de comprendre comment les professionnels vivent cette proximité et comment ils fixent des limites. Afin de confronter la théorie et la réalité du terrain j'ai interrogé deux infirmiers qui travaillent en libéral. Ces interviews m'ont apporté beaucoup de réponse, mais aussi de nouvelles interrogations. Je me suis questionnée sur la place des émotions dans le prendre soin si particulier qu'est le domicile ...

Keys words : proximity/ carer-patient relationship / the home/ emotions/ distance

Mots clés : proximité / relation soignant-soigné/ domicile/ émotions / distance

Institut de formation en soins infirmiers du CHU de Rennes
2 Rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09
Travail écrit de fin d'étude 2017-2020