



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Encréée en relation

Formatrice Référente

Catherine DIEU

Nais Debanne

Promotion 2018-2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Encréée en relation

Formatrice Référente

Catherine DIEU

Naïs Debanne

Promotion 2018-2021

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Soins Infirmiers 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.....

Identité et signature de l'étudiant :

Remerciements

Merci à toi d'abord, mon partenaire, ma moitié, Quentin, pour ton soutien et ton amour sans faille durant ces 8 dernières années.

A toi, papa, pour tes mots et tes encouragements qui m'ont donné la force d'arriver là où je suis aujourd'hui.

A vous Alison et Margaux, vous êtes devenues une seconde famille. Merci pour ces moments de rire, de joie, d'écoute.

Bien sûr, mille mercis à vous Catherine, merci de m'avoir accompagnée, écoutée et aidée en toute bienveillance. Merci pour votre positivité, votre joie de vivre.

Merci à tous les soignants qui m'ont guidée, éclairée, encouragée durant mes stages et ce mémoire. Vous ne le savez pas, mais vous m'avez aidé à construire la professionnelle que j'ai envie d'être.

Merci à Mme Tirel de La Bulle et aux équipes pédagogiques du PFPS qui m'ont vu évoluer sur ces trois années de formation. J'emporte avec moi un petit bout de chacun.

Table des matières

Introduction	1
Cheminement vers la question de départ	2
Situations d'appel	2
Situation N°1 : "La Dame aux fleurs"	2
Situation N° 2 : "Les voyous, les bagnards"	3
Questionnements, démarche réflexive, question de départ	4
Cadre théorique	5
Tatouage	5
Définition	5
Significations dans l'Histoire	6
Représentation sociale contemporaine	7
L'infirmier(e)	8
Origine et évolution	8
Représentation sociale contemporaine de l'infirmier-e	10
Relation, communication et soin	11
Définitions	11
Qu'est ce que la relation ?	11
Le rôle de la communication	11
La relation soignant-soigné	12
Communication soignant soigné	14
Identité	15
Définition	15
Identité et tatouages	16
Corps : support à l'identité	16
Représentation sociale contemporaine du corps	16
Corps dans la relation soignant-soigné	18
Méthodologie du recueil de données	20
Analyse des entretiens	22
Les différents axes du métier infirmier	22
Les compétences	22
L'implication	23
L'apprentissage	23
La signification et la représentation du tatouage	23
Une pratique	23

Les-sence du tatouage	24
Le corps	25
Dégager les composantes de la relation soignant-soigné	26
L'entrée en relation	26
Une relation à plusieurs niveaux	26
Freins et moteurs de la relation	27
Le corps, support à la relation	28
Discussion	29
Conclusion	30
Bibliographie / Webographie	31
Annexes	35

Introduction

Blanche est la tenue de l'infirmier. Noire est l'encre du tatouage.

Au 1er janvier 2018, on compte un peu plus de 700 000 infirmier.e.s en France. Dans le même temps, l'IFOP (l'Institut Français d'Opinion Publique) rapporte que 18% des français sont tatoués, soit près de 12 millions de personnes, et 8 points de pourcentage en plus comparé à 2010. Et si l'on considère uniquement les personnes actives, alors 26% d'entre elles sont tatoués en 2018. Cela représente plus d'un français sur quatre. Soit une part non négligeable, et grandissante, de la population.

Les infirmier.e.s se trouvant dans le panel de gens actifs, on peut donc conclure que, statistiquement, un.e infirmier.e sur quatre est tatoué.e.

On peut également souligner dans le sondage que le tatouage concerne davantage les femmes que les hommes. C'est intéressant quand on sait que la profession infirmière est composée à quasiment 90% de femmes.

La pratique du tatouage semble ainsi être entrée dans les mœurs et concerner toutes les catégories socio-professionnelles, y compris celles des infirmières.

Au cours de mes 3 années de formation j'ai en effet pu vérifier ces chiffres sur le terrain. Dans chaque service ou lieu de stage je croisais généralement plusieurs IDE tatoué(e)s.

Mais j'ai également pu me rendre compte que mes tatouages pouvaient parfois avoir un impact sur la relation que j'entretenais avec les patients. Tantôt c'était un moteur de la relation, tantôt un frein complet à la relation. Je voulais comprendre pourquoi.

Lorsque j'ai commencé à m'interroger sur ce problème, avant même ce mémoire, j'ai cherché des repères littéraires. Je n'en ai trouvé que très peu et plutôt éloigné de mon questionnement initial.

Il m'a donc semblé pertinent d'en faire mon sujet de recherche une fois le temps venu.

De plus, c'est un sujet qui me touche directement et d'une façon très intime. Tout au long de mes recherches j'ai été renvoyé à mes propres représentations, mes propres symboliques, mon identité et sa construction. C'est donc à la fois un travail d'initiation à la recherche et une nouvelle opportunité de grandir avant le diplôme. Laissez-moi à présent vous guider à travers mon cheminement.

Cheminement vers la question de départ

Je vais tout d'abord exposer les deux situations d'appel qui sont à l'origine de mes questionnements.

A. Situations d'appel

Situation N°1 : "La Dame aux fleurs"

Lors de mon stage de semestre 1, en USLD, je prends en soin une résidente âgée d'environ 80 ans, Madame J. Elle souffre de troubles de la mémoire ainsi que de troubles respiratoires, pour lesquels elle a de l'oxygène aux lunettes. Cela fait maintenant plusieurs jours que je prends soin de Mme J et j'ai pu me rendre compte qu'elle tolérait assez mal les lunettes. Celles-ci se retrouvent donc souvent sur son front, autour de son cou mais rarement dans son nez.

J'ai aussi pu remarquer qu'à cause de ses troubles de la mémoire, Mme J a du mal à se rappeler des soignants qui s'occupent d'elle. Elle est donc assez anxieuse, agitée lors des soins et il faut souvent lui répéter qui l'on est et pourquoi l'on vient. Pour la remise en place des lunettes à O2 par exemple, cela est souvent compliqué et long car cela lui fait peur : d'une part car elle ne reconnaît pas la personne qui vient et d'autre part à cause de la proximité de nos mains avec son visage.

Ce jour-là, je passe voir Mme J pour lui donner ses traitements.

En entrant dans la chambre, j'aperçois les lunettes à oxygène, pendantes autour de son cou. En les lui remettant, je lui explique alors à nouveau l'intérêt de ces lunettes et de l'oxygène. Lors des précédentes fois où je lui avais expliqué, elle était agitée pour les raisons énoncées plus tôt. Mais cette fois elle semble fixée sur autre chose. Elle regarde mon tatouage, tend la main vers lui et le caresse du bout du doigt. Elle me regarde alors et me dit "Vous êtes la dame aux fleurs, oui, c'est toi, la dame aux fleurs". Elle semble, à travers mon tatouage, me reconnaître. Dès lors, elle s'apaise et me laisse lui remettre ses lunettes à O2 en place, sans difficulté. Jusqu'à la fin de mon stage j'utilisais donc ce surnom et lui montrais mon tatouage à chaque fois que je venais prendre soin d'elle. Elle a toujours répondu par l'apaisement à cette technique par la suite.

Du fait de ses troubles de mémoire importants, chaque fois qu'un soignant rentrait dans sa chambre et communiquait avec elle, cela pouvait s'apparenter à une première entrée en relation, à chaque fois.

Pourtant, quand elle voyait mon tatouage, cela la mettait en confiance.

Situation N° 2 : "Les voyous, les bagnards"

À l'été 2020 j'ai effectué un remplacement aide-soignante de nuit en soins intensifs de cardiologie. Cela fait maintenant quelques semaines que je suis en poste. En début de nuit, nous accueillons un patient, Monsieur T., revenant de coronarographie. Une fois installé, nous passons le voir régulièrement durant la nuit. Peu après un de nos tours, il sonne. Monsieur T a malencontreusement renversé son urinal dans le lit. J'appelle alors en renfort l'infirmière avec qui je suis en binôme pour changer les draps et réinstaller Monsieur T. En effet, celui-ci est en "lit strict" le changement de drap doit se faire avec lui dans le lit. Nous ne serons donc pas trop de deux. C'est la première fois depuis son arrivée que nous nous occupons de Monsieur T avec la lumière allumée. Nous faisons nos tours avec des lampes de poche pour que les patients puissent se reposer au maximum. Nous allumons les lumières ou réveillons le patient uniquement si nous en avons vraiment besoin.

Durant tout le soin Monsieur T. s'adresse préférentiellement à ma collègue IDE, il détourne son regard lorsqu'il croise le mien, ne me répond pas.

A la fin du soin, la collègue IDE est repartie, je suis seule avec Monsieur T. Celui-ci, les sourcils froncés, le visage fermé, me dit alors "c'est quoi vos machins là sur vot' bras ? Les tatouages, c'est pour les voyous, les bagnards. C'est bizarre vot' truc !".

Ayant déjà eu ce genre de remarque je réponds, comme à mon habitude, "Et oui, je n'ai pas assez de papier chez moi alors je m'écris dessus !" avec un sourire. Monsieur T ne réagit pas et répond "Oui, c'est vraiment bizarre".

B. Questionnements, démarche réflexive, question de départ

A travers ces deux situations que je viens d'exposer, plusieurs questions sont apparues.

Dans un premier temps, je me suis concentrée sur l'élément déclencheur commun aux deux situations : le tatouage. Pourquoi est-il sujet à controverse ? A-t-il une mauvaise image ? Quelle est l'image de celui-ci dans notre société contemporaine ? Que pensent les gens du tatouage, des tatoués ? Quelle image renvoie le fait d'être tatoué ? Qu'est ce qui fait que certains réagiront positivement aux tatouages et d'autres de manière négative ? Autrement dit, quelle est la **représentation sociale du tatouage** ?

Dans un second temps, je me suis servie de ma propre vision des choses. Je suis tatouée, je sais ce que cela signifie pour moi. Mais pour les autres ? Quelles sont les symboliques du tatouage selon la littérature ? Un acte pour se différencier des autres ? Une marque pour ne jamais oublier un événement, une personne ? Au fond, serait-ce l'expression de son **identité** ?

J'ai ensuite abordé le tatouage sous un angle très littéral : c'est une marque indélébile sur la peau, sur le corps. Je me suis donc demandé quelle est **la place du corps** dans la société ? Et dans le soin ? On parle souvent du corps du patient mais qu'en est-il de celui **du soignant** ? Le soignant utilise ses mains, sa tête pour exercer au quotidien. Mais quelle est la place de son corps entier au sein du soin ? **Que renvoie le corps du soignant au patient** ? Le patient voit-il au-delà de la blouse blanche ?

Justement, cette blouse blanche qui caractérise **l'infirmière**, que renvoie-t-elle comme image ? Quelle est la représentation sociale de l'infirmière d'aujourd'hui ? Est-elle différente de l'image de l'infirmière d'il y a cinquante ans ? Cent ans ? Y'aurait-il une incompatibilité entre l'image de l'infirmière et l'image de la personne tatouée ? Les réactions négatives viendraient-elles de là ? La superposition de ces 2 représentations serait-elle à l'origine de freins dans la **relation soignant-soigné** ?

Mais à l'inverse, je ne peux m'empêcher de penser au tatouage comme un bon sujet de conversation, un sujet "brise glace". Le fait d'avoir un sujet facilement accessible serait-il à l'origine, de leviers de **communication** facilitant la **relation soignant-soigné** ? Ou alors cela viendrait-il du fait que certains patients voient les personnes tatouées comme plus accessibles ? Et cela se rattacherait alors à de la **communication non verbale** ?

Qu'est ce qui se joue à **l'entrée** en relation soignant/soigné ? Et quel rôle jouent les tatouages du soignant dans celle-ci ? Un frein ? Un levier ?

Enfin, **en quoi la présence de tatouages visibles chez le soignant influence-t-elle l'entrée en relation avec le patient lors de la prise en soins ?**

Cadre théorique

I. Tatouage

A. Définition

Le tatouage, au sens marquage définitif (l'opposant au tatouage au henné par exemple), est une pratique ancestrale. On en retrouve des traces remontant au Néolithique soit il y a plus de 5000 ans. Il s'agit d'une technique de marquage corporel indélébile. Pour cela, une aiguille fait pénétrer de l'encre entre le derme et l'épiderme du tatoué.

Le nom « tattoo » que l'on connaît aujourd'hui date du 18^{ème} siècle. Il est originaire de la langue tahitienne : « tatau » qui signifie marquer, dessiner ou frapper.

Ce mot découle lui-même de l'expression « Ta-atuas ». *Ta* signifie « dessin » et *atua* signifie « esprit, dieu ». C'est grâce à un certain Docteur Berchon, alors traducteur du deuxième voyage de Thomas Cook vers Tahiti, que l'expression tattoo née.

En Asie, il semble que ce soient les japonais qui soient précurseurs du tatouage, alors appelé *irezumi*, littéralement « insertion d'encre ». On retrouve des mentions de la pratique du tatouage datant du troisième et quatrième siècle.

En Europe, le tatouage est vu avant tout comme un signe de sauvagerie. Il faut attendre le voyage de Thomas Cook à bord de l'Endeavour vers Tahiti pour que la pratique trouve son chemin jusqu'en Europe, au retour de l'expédition. Quelques marins et passagers de l'Endeavour se font ainsi tatouer par le peuple autochtone. Sydney Parkinson, dessinateur embarqué dans l'expédition, décrit alors le tatouage comme une "trace laissée sur la peau" qui "ne peut être effacée (...) d'un beau bleu violet" (Scutt, Gotch, 1974, p. 89).

On voit alors apparaître, au tout début du XIX^e siècle, de véritables ateliers de tatouage, à bord même des bateaux. Les marins y font la queue, mousse comme capitaine veulent être tatoués.

B. Significations dans l'Histoire

A son origine le tatouage sert à marquer son appartenance à un groupe, son statut social ou marital. Il est aussi utilisé dans certaines cultures à des fins thérapeutiques ou initiatiques, pour montrer sa bravoure, sa force.

Au cours de l'Histoire, il sera tantôt bien vu, tantôt désapprouvé.

Par exemple, les légionnaires romains se tatouent le nom de l'empereur et la date de leur enrôlement sur leur bras droit (Végèce, IV^{ème} siècle). Mais la pratique sera suspendue par le christianisme qui considère celle-ci comme un manque de respect à l'intégrité du corps donné par Dieu. On peut ainsi lire dans le Lévitique (19-28) et le Deutéronome (14-1) "Vous ne vous ferez pas d'incisions dans le corps pour un mort et vous ne vous ferez pas de tatouage". Paradoxalement, "les Croisés se marquent d'un signe de croix afin de pouvoir jouir d'une sépulture chrétienne" (Le Breton, 2014, p. 22).

A l'inverse, d'autres religions, comme le bouddhisme et l'hindouisme, considèrent la pratique comme sacré.

Au XVI^{ème} siècle, au Japon, le tatouage est utilisé sur les champs de bataille pour marquer ceux tombés au combat, ils sont ainsi identifiables. On perçoit déjà la symbolique d'identité dans cette pratique. Cette dernière est toujours d'actualité : les soldats engagés loin de chez eux se font tatouer avant leur départ.

Le tatouage est aussi un moyen de protection. Les pompiers japonais du XIX^{ème} par exemple, équipés d'une simple veste en guise de protection, compensent ce manque de protection par les tatouages. Ceux-ci devenaient alors une sorte d'équipement contre le feu et les différents dangers auxquels ces pompiers s'exposent dans leur métier. (Pons, 2000 cité par Le Breton, 2014, p. 15)

Bien plus tard, la finalité du tatouage devient beaucoup plus sombre puisqu'il servira à marquer les esclaves, prostitués ou prisonniers. Dans les années 40, la pratique est utilisée dans les camps de concentration pour marquer les déportés, ceux-ci deviennent un numéro. Le tatouage est alors imposé, signe de propriété, de déshumanisation.

Dans les années 70, la signification du tatouage évolue et devient un outil pour la personne qui le porte : montrer son originalité, séduire, provoquer. Il est aussi utilisé pour immortaliser un événement marquant (naissance, décès...). Il n'est plus un signe d'appartenance mais une revendication individualisée. Le tatouage est alors **choisi** et devient peu à peu **identitaire**.

Il se transforme en véritable **expression de soi**. Marquer son corps de cette façon revient à **montrer qui l'on est et de s'exprimer**, sans parler, tout en faisant parler.

C. Représentation sociale contemporaine

Ce rapport à la notion d'identité semble toujours être d'actualité aujourd'hui. La sociologue Mary Kosut, sociologue aux États-Unis, a montré lors d'une étude parue en 2008 aux États-Unis que la grande majorité des interrogés associaient leur tatouage à leur identité.

Pour David Le Breton (2014), ce dernier « *devient une sorte de **badge identitaire, une signature de soi***. » L'auteur explique que cela viendrait en partie de « *la crainte (...) de l'indifférenciation, la crainte de n'avoir rien de 'remarquable', et donc de ne pouvoir être quelqu'un* ». (p.50)

Pour certains, le tatouage serait alors le moyen de sortir du lot, d'avoir quelque chose d'intéressant à offrir. Comme s'ils n'avaient rien d'autre de remarquable à montrer. Y aurait-il alors un lien avec la confiance en soi ? Ou l'acceptation de soi ? Dans quelle mesure ?

David Le Breton (2014) affirme que "quiconque ne se reconnaît pas dans son existence peut intervenir sur sa peau pour la façonner autrement et se donner une autre apparence. Agir sur elle revient à modifier l'angle de la relation au monde". Il ajoute "Des marques délibérément ajoutées se muent en signes d'identité proposés à l'appréciation des autres". (p. 9)

Le tatouage permettrait à l'individu de construire son identité, sa représentation à l'autre comme il le souhaite.

Enfin, David Le Breton fait un parallèle entre le tatouage et la communication. Ainsi, pour lui, « *les modifications corporelles affirment une singularité individuelle dans l'anonymat démocratique de nos sociétés (...) elles sont une forme radicale de **communication***. » (Le Breton, 2006)

Cela opposerait alors l'humain anonyme, "noyé" dans une société globalisée à l'humain qui choisit de se démarquer, en se *marquant*.

En dix ans, le sens du tatouage aurait évolué, s'élevant au rang d'art. En effet, en Novembre 2016 la société IFOP réalise un sondage pour le Syndicat National des Artistes Tatoueurs. Celui-ci révèle qu'un peu plus de la moitié des 1000 personnes interrogées pensent que le tatouage est un art. Est-ce en rapport avec le fait qu'un tatouage est issu d'un dessin ? Ou parce qu'il s'agirait d'un art

corporel ? Le corps deviendrait alors objet d'art. Cela pourrait expliquer pourquoi il y a aujourd'hui deux fois plus de tatoués en France qu'il y a dix ans.

Un autre sondage réalisé par une agence d'intérim sur un échantillon de 2 millions de candidats révèle autre chose d'intéressant. Car même s'il semble que le tatouage soit considéré comme une forme d'art, il semble aussi difficile à assumer pour les concernés. Notamment au travail. En effet, 83% des sondés pensent que c'est un frein professionnel, un frein à l'embauche.

II. L'infirmier(e)

A. Origine et évolution

Le métier trouve ses racines dans la religion. L'action de soigner est alors bénévole, sacrée. Il n'y a pas de soignants mais des religieuses qui agissent par charité, dévotion et amour de Dieu. On peut ainsi retrouver l'ordre des Soeurs Augustines, fondé au VIIème siècle, par l'évêque de Paris de l'époque. Elles assurent des fonctions de surveillance et ne sortent jamais de l'hôpital.

Au XVIIème siècle, la Compagnie des Filles de la Charité, fondée par saint Vincent de Paul, a pour devoir d'assister "l'âme des pauvres malades" (Hamilton, 1900, cité par Lhez, 1995, p. 18).

Que ce soit pour les Soeurs Augustines ou pour les Filles de la Charité, elles portent de longues robes qui traînent par terre, leurs avant-bras sont recouverts de deux manches superposées, été comme hiver. La tenue est en bure, un matériau issu de la laine, qui sert également à fabriquer les tenues des prisonniers. Elle reflète ainsi "l'esprit dans lequel saint Vincent de Paul fonde la congrégation : sobriété et charité".

Des épidémies, comme la peste noire au XIVème siècle, donnent un premier nom pour la profession : "enfermier". Celui-ci dérive du mot "enfermerie" qui désigne à la fois le fait d'être malade, mais aussi un refuge pour ceux qui vivent dans la misère. Les religieuses agissent ainsi à domicile ou au sein d'organisations gérées par l'Eglise.

Mais avec les guerres et l'émergence de la psychologie, on se rend compte de la nécessité de compétences, d'organisation, de formation.

On retrouvera ainsi, au XIXème siècle, Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers, qui s'est notamment illustrée lors de la guerre de Crimée. En 1860 elle publie le premier ouvrage sur la pratique infirmière *Notes on Nursing: What it is and What it is Not*.

La première école d'infirmière à Paris ouvre ses portes en 1878, à la Salpêtrière.

En 1899 est créé le Conseil International des Infirmiers. Celui-ci a aujourd'hui pour but de "représenter les soins infirmiers dans le monde entier, faire progresser la profession infirmière, promouvoir le bien-être des infirmières et la santé dans toutes les politiques".(CII, 2019)

En 1902, un décret oblige les préfets à ouvrir des écoles d'infirmières laïques. Une première définition du métier est donnée : "L'infirmière telle qu'on doit la concevoir est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades ; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien ; en dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique."

Mais il faudra attendre Mai 1968 pour que la profession s'affranchisse des concepts d'obéissance, de charité et de soumission.

Dans le Petit Robert (2020) l'infirmier.e est définie comme "une personne qui, par profession, soigne des malades et s'en occupe, sous la direction des médecins". Une définition grand public.

Si l'on se penche sur la définition du Code de santé publique "est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement". Une définition très tournée vers les compétences et le savoir-faire de l'infirmier.

Le Conseil National des infirmiers (1987) quant à lui, voit l'infirmière comme : 'une personne qui a suivi un programme d'enseignement infirmier, qui possède les qualifications requises et qui est habilitée dans son pays à exercer la fonction d'infirmière. La formation de base en soins infirmiers consiste en un programme d'études officiellement sanctionné et offrant une solide formation dans les sciences de la vie, les sciences comportementales et les sciences infirmières nécessaires à la pratique générale des soins infirmiers et à l'exercice d'un rôle de direction et d'animation ; l'enseignement doit également préparer l'infirmière à une éventuelle formation supérieure et spécialisée. L'infirmière est formée pour et est autorisée à :

- (1) exercer dans le domaine général de la pratique infirmière, y compris la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la prise en charge des personnes souffrant de maladies mentales et physiques et handicapées, dans tous les contextes de soins de santé et communautaires ;
- (2) dispenser un enseignement relatif aux soins de santé ;
- (3) participer aux travaux de l'équipe soignante en tant que membre à part entière ;

- (4) superviser et former des auxiliaires de santé et de soins infirmiers ;
- (5) participer à la recherche.

On retrouve plutôt une définition axée sur la formation, l'apprentissage du métier et ce qui en découle.

Ces définitions diffèrent légèrement mais elles rappellent toutes deux que l'infirmière n'est pas que dans le curatif, le faire, mais aussi dans la prévention et la promotion de la santé.

Cependant, on n'y retrouve pas de mention explicite du côté relationnel du métier, pourtant très présent dans la réalité.

B. Représentation sociale contemporaine de l'infirmier-e

En 2015, à l'occasion de la journée internationale des infirmières, ODOXA a réalisé un sondage. Celui-ci interroge un panel représentatif d'un millier de Français sur leur image de l'infirmière.

On remarque immédiatement la popularité des infirmier.e.s auprès des interrogés. L'immense majorité en a une bonne opinion. Près de la moitié en a même une « très bonne opinion ».

Cela se reflète dans les mots utilisés par les sondés pour décrire les infirmier.e.s et leur profession : « beau métier », « compétents », « courageux », « sympathiques », « investis », « bienveillants » et « à l'écoute de leurs patients ».

Les IDE sont tellement appréciés.e.s que 70% des interrogés pourraient « conseiller à l'un de leurs enfants de suivre des études d'infirmier ».

Cependant, les interrogés ont indiqué que le métier était « éprouvant » et qu'ils « n'aimeraient pas », voire « pas du tout », pour plus d'un tiers, l'exercer eux-même.

Les français ayant répondu au sondage sont donc partagés : d'un côté ils admirent les infirmier.e.s mais d'un autre ils les plaignent. Pour ces derniers, elles sont « débordé.e.s », « pas suffisamment reconnu.e.s ».

Revient également l'image d'une « vocation », allant jusqu'au « sacerdoce » pour certains.

Au final, on voit que les français ont une image très positive de l'infirmier.e.

Et même si la robe de bure est loin, le métier d'infirmier.e semble toujours rattachée à son origine religieuse par les mots « vocations » et « courageux ». Faisant de l'infirmier.e. un.e quasi martyr.e.

Serait-ce cette image qui serait incompatible avec celle de la personne tatouée ? L'infirmier.e serait vu.e comme celle/celui qui subit ? Le tatouage étant une forme d'expression de soi, une expression identitaire, cela ferait tâche ?

III. Relation, communication et soin

A. Définitions

Avant de parler de la relation soignant-soigné à proprement parler, il me semble important de revenir aux origines de celle-ci. Nous allons donc dans un premier temps aborder la relation et les différents types qui existent, puis nous nous intéresserons aux principes fondamentaux de la communication.

1. Qu'est ce que la relation ?

La relation est l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.

La relation décrit ainsi le lien entre individus là où la communication représente l'échange. Nous en parlerons en détail plus bas.

La relation implique donc au moins deux personnes. Le but, l'objectif de la relation, va définir le type de relation dans laquelle ces personnes se trouvent.

Toute relation est à la base une relation dite sociale. En effet, dès que l'individu n'est plus seul, que se produit une rencontre, voulue ou non, privée comme professionnelle, il est en relation sociale. Que les partenaires communiquent ou pas.

2. Le rôle de la communication

Il faut distinguer la relation de la communication. Cette dernière est un échange, là où la relation est un lien. Dans la communication on retrouve de la communication verbale et non verbale.

La communication verbale regroupe la voix, l'écriture, la langue des signes.

La communication non verbale quant à elle, est basée sur la compréhension implicite de signes non exprimés par le langage. Comme une seconde grille de lecture dans la communication. Le corps, la posture, les gestes, les expressions du visage sont des éléments de communication non verbale.

La théorie de la communication de Shannon et Weaver (1949) est un support pour analyser la relation de soin. Celle-ci rappelle que la communication s'établit entre un émetteur et un récepteur.

L'émetteur va utiliser un canal, un média pour envoyer de l'information au récepteur. Shannon et Wiener relèvent aussi que du bruit ou des parasites peuvent venir perturber cet échange d'information, et donc perturber la compréhension du message par le récepteur.

Une fois le message reçu, le récepteur effectue un "feedback" à l'émetteur. Celui-ci fait ainsi un retour à l'émetteur, sur ce qu'il a compris, ce qu'il a fait des informations qui lui ont été transmises dans un premier temps. Le feedback peut être positif ou négatif.

B. La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est propre à la relation entre un soignant (médecin, infirmier, aide soignant,...) et un patient. Selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, il s'agit "de l'activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale" (p. 362).

Pour Alexandre Manoukian(2001) il s'agit de la "rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires" (p. 9).

La relation soignant-soigné est complexe et comporte plusieurs dimensions qui ont été évoquées plus haut : éducative, thérapeutique, coopérative, autoritaire, acceptation, dépendance voire maternage.

Au début des années 50 il n'existe qu'un seul modèle de relation médecin-patient, établi par Parsons. Celle-ci décrit le médecin comme une entité hautement compétente, d'une certaine froideur. La maladie est vue comme une déviance dont le médecin est chargé de se débarrasser. Le patient a pour devoir "de faire légitimer son état déviant, de souhaiter aller mieux, de rechercher une aide compétente ; ses droits sont alors d'être reconnu comme non responsable de son incapacité et d'être exempté de ses responsabilités habituelles". Fournier, C. & Kerzanet, S. (2007).

En 1956, Szasz et Hollender complètent la théorie de Parsons. Ils identifient trois modèles de la relation médecin-patient, qui peut être facilement étendue au modèle soignant-soigné au sens large.

Le soignant y est considéré comme toujours actif. Le type change en fonction de la passivité/activité du patient :

	Médecin (soignant)	Patient	Prototype
Type 1	Activité	Passivité	Mère-Nourrisson
Type 2	Direction	Coopération	Parents-Enfants
Type 3	Participation mutuelle		Adulte-Adulte

Un peu plus tard, en 1992, Louis Malaboef décrit quatre niveaux dans la relation soignant soigné :

- La relation de civilité

Cette relation peut se retrouver en dehors du cadre du soin, "elle répond à un code culturel et social ritualisé où chaque interlocuteur, sans en être toujours conscient, joue un rôle".

Au sein de la relation soignant-soigné, elle "comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires (présentation de l'interlocuteur)".

- La relation fonctionnelle

C'est une relation qui s'inscrit dans une fonction spécifique. Elle permet la connaissance effective de l'autre dans ce domaine spécifique.

Dans le cadre de la relation soignant-soigné, la relation fonctionnelle "correspond à une relation d'investigation dans laquelle le soignant part en quête des informations qui lui paraissent importantes pour définir les grandes lignes de la prise en charge d'un patient" selon Siebert et Le Neurès.

- La relation de soins

C'est cette relation qui est le plus fréquemment rencontrée dans le milieu hospitalier. C'est une relation impliquant le soignant et le patient, et mise en œuvre lors d'un soin technique ou de confort. Cette relation est ainsi "centrée sur le présent, l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale, ...".

Le soignant échange avec le patient de façon formelle (consignes pour le soin par exemple) ou informelle (banalités, connaissance de la personne) et en profite pour recueillir des informations, parfois importantes, auprès du patient.

- La relation de confiance

Pour décrire cette typologie de relation je m'appuierai, en plus de ceux de Carl Rogers et Louis Malaboef, sur les travaux de Hildegarde Peplau. En 1952, dans son ouvrage *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, elle décrit quatre étapes dans l'évolution de la relation de **confiance** entre le soignant et le soigné :

Une étape **d'orientation** : les partenaires se découvrent, recherchent contact et sécurité.

Une **mise à l'épreuve** de la relation par le soigné, il la teste, recherche jusqu'où il peut étendre sa confiance envers le soignant.

L'**exploitation** de la relation : chaque partenaire accepte l'autre tel qu'il est. Un échange entre les partenaires s'installe pour trouver des solutions.

Enfin, la **fin** de relation : qui la conclut, y met un terme. Chaque partenaire noue alors d'autres liens avec d'autres personnes.

Nous avons établi la définition de la relation soignant-soigné. Allons voir à présent comment ces 2 acteurs communiquent l'un avec l'autre.

C. Communication soignant soigné

Lors de la communication avec un patient, le soignant fait appel à plusieurs techniques et attitudes de communication.

Carl Ransom Rogers est un psychologue américain connu pour avoir inventé l'Approche Centrée sur la Personne. C'est de ses travaux que découle la technique de l'écoute active. Celle-ci repose sur le fait que toutes les ressources nécessaires au développement personnel d'un individu sont en lui-même. L'humain aurait une tendance naturelle à aller vers le constructif. Cette technique consiste ainsi à entendre, écouter le patient, et le laisser cheminer de par lui-même jusqu'à la réponse, qui était en lui depuis le début.

Être une oreille attentive, accepter le silence, en faire un outil, un allié, laisser cheminer, c'est donc une des premières attitudes de communication que le soignant peut utiliser.

Maintenant qu'il sait écouter, le soignant peut communiquer avec le patient. Mais ce n'est pas si facile. En effet, il faut avoir une communication adaptée à la situation du patient et à ce dernier. Il faut donc faire preuve **d'empathie**. Être capable de ressentir et de comprendre les ressentis du patient, sans prendre sa place. Trouver la juste-proximité. Faire preuve d'intelligence émotionnelle. Le soignant essaye de voir les choses sous le même angle que le patient, sans le devenir.

C. Rogers définit l'empathie ainsi : "comprendre le monde du patient, mais sans jamais oublier la qualité de 'comme si'".

Il faut ensuite aborder la notion de congruence qui en latin signifie "se rencontrer dans un même mouvement, être en un mouvement concordant". Être en congruence, c'est être en harmonie, concorder. Jean Marie Labelle décrit ainsi la congruence comme "se mettre en mouvement vers l'autre pour le rejoindre là où lui-même se porte vers moi". Il s'agit d'une notion d'équilibre, le soignant n'impose rien auprès du patient, et inversement. Être en congruence avec un patient c'est vouloir atteindre cet état d'équilibre, ne rien imposer et à l'inverse, ne pas fusionner avec l'autre.

Le soignant peut à présent écouter, communiquer, avec empathie. Il reste deux notions importantes sans lesquelles celles d'avant ne peuvent se mettre en place.

Tout d'abord, la disponibilité : au sens du temps mais aussi au sens émotionnel du terme. Être disponible pour le patient c'est prendre un temps de qualité avec lui. Se poser. Se montrer réellement disponible, pour lui ou elle. Et c'est aussi être disponible émotionnellement pour accueillir ce que le patient veut nous dire. Essayer de ne pas être envahi par d'autres pensées ou ressentis extérieurs ou antérieurs, pour se concentrer sur les propos, les ressentis et expressions non verbales du patients.

La dernière notion que je souhaite aborder est l'authenticité. Introduite par Carl Rogers également, celle-ci guide la relation vers la congruence. Elle permet également au soignant de rester lui-même, de ne pas fusionner avec le patient, tout comme l'empathie.

L'authenticité c'est aussi se présenter comme je suis, qui je suis. C'est ce qui permet à l'autre, ici le patient, de reconnaître mon moi. De reconnaître mon individualité, mon identité.

IV. Identité

A. Définition

Dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2016, p. 237) l'identité est le « caractère fondamental d'une personne ou d'un groupe ». Selon le dictionnaire général des sciences humaines, l'identité est une « structure personnelle, affective et cognitive, qui se construit progressivement, par laquelle le sujet humain se reconnaît comme un être sexuel » (1984)

Pour Paul Ricoeur, dans son ouvrage *Soi-même comme un autre*, l'identité, le soi, est ce qui répond à la question "Qui ?".

Mais si l'on s'intéresse à l'approche psychosociale du concept d'identité, on voit que celle-ci n'est pas que pour soi. L'identité d'un individu est aussi « la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même ou par les autres ». Elle renvoie à la représentation que les individus ont d'eux-mêmes ou de celle que les autres ont de lui.

B. Identité et tatouages

Dans son ouvrage *Signes d'identité*, David Le Breton décrit le tatouage comme un rite de passage vers l'âge adulte. Les tatouages "confirment le jeune dans sa prise d'autonomie, ils la rendent visible et la rappelle ensuite au cours du temps". Il explique également qu'ils "accroissent la confiance en soi, le mûrissement personnel".

Le caractère définitif du tatouage permet selon David Le Breton (2014) de montrer de manière durable que l'on existe. Il évoque "une tentative de contrôle du sentiment d'identité, une volonté de se fabriquer soi-même et de plus rien laisser au hasard". Les témoignages recueillis par David Le Breton dans *Signes d'identité* (2006) s'accordent tous pour dire que le tatouage, au même titre que le piercing, est une preuve de différenciation, de ne pas être comme tout le monde, de ne pas être standardisé.

Le tatouage, la marque, comme l'appelle D. Le Breton (2014), représente une affirmation de l'identité. Et c'est une identité que l'on porte sur soi, sur son corps.

V. Corps : support à l'identité

« Dans une société du look, de l'image, du spectacle, il faut se convertir en image pour avoir le sentiment d'exister pleinement dans le regard des autres ». D. Le Breton (2014, p.49).

A. Représentation sociale contemporaine du corps

Le corps de l'Homme est ce qui lui permet d'interagir avec son environnement, de par ses sens notamment. Mais au-delà d'être une enveloppe sensible, le corps est aussi ce qu'on donne à voir en premier à autrui.

Il est également de plus en plus exposé, devenant un support à d'autres formes d'art et d'expression comme le tatouage, les piercings.

Le corps représente également une entité modelable, maîtrisable.

Ce contrôle se retrouve dans les médias et normes imposées au corps. L'image qu'il renvoie sera associée à l'identité de l'individu à qui appartient ce corps. Un corps trop gros ? Sûrement une personne fainéante, qui ne prend pas soin d'elle, qui "se laisse aller", il faut mieux manger. Une poitrine trop petite ou un nez trop bossu ? Chirurgie esthétique.

Le corps est jugé, analysé.

C'est ainsi que de nouvelles pratiques émergent, comme le *body hacking* ("piratage du corps"). Il s'agit d'augmenter les capacités naturelles du corps via la technologie, les implants par exemple. Le *body hacking* permet aussi de faire davantage correspondre le corps d'un individu à son imaginaire.

On peut ainsi rencontrer, sous l'épiderme : des puces RFID pour contrôler son environnement, des billes de Téflon ou des cornes synthétiques pour changer son apparence, ou encore des implants magnétiques, permettant à la personne porteuse de posséder un sixième sens, celui de ressentir les aux ondes et champs électromagnétiques. On peut aussi noter une exploration dans le champ de la sexualité avec le projet d'implant génital vibrant.

On voit ainsi que la prothèse ou l'implant, n'est plus là pour combler un manque (une prothèse pour un amputé par exemple) mais pour augmenter ce qui existe déjà. Dès les années 60, et dans un cadre très sérieux, on retrouve le désir "d'augmenter" l'humain : la conquête spatiale. En effet, Nathan Kline et Manfred Clynes, deux chercheurs à la NASA, ont inventé *l'organisme cybernétique* ou *cyborg*, dans l'objectif de permettre la survie dans l'espace et la conquête d'autres planètes. L'Homme augmenté permettrait à l'humanité de devenir multi-planétaire.

Dans les années 80, on peut citer le projet *Third Hand* (Troisième main) de l'artiste Stelarc. Il a imaginé et développé une main humaine, mécanique, et fonctionnelle, attachée à son bras droit. Et ce n'était pas son premier coup d'essai. Auparavant il a réussi à développer une oreille humaine, en partie à partir de sa propre peau, qu'il a équipé d'un microphone et chirurgicalement intégrée à son bras gauche, lui permettant 'd'entendre' par celui-ci.

L'Homme s'est de tout temps ou presque confronté aux limites de son propre corps, s'interrogeant sur comment les dépasser. Une des premières limites à laquelle il s'est heurté étant la mort. Le désir d'immortalité, ou en tout cas de longévité, est bien présent au sein de l'humanité.

Les progrès de la médecine , notamment dans le dernier siècle, ont permis de mieux connaître le corps. Le corps est ainsi "entretenu, réparé, appareillé" comme l'indique Isabelle de Queval dans son ouvrage *Le corps d'aujourd'hui*. Les centenaires sont de plus en plus nombreux chaque année : il y en avait 100 en 1900 et on en compte plus de 26.000 en 2021. C'est ainsi toute une nouvelle population qui utilise le système de santé.

En terme de nouvelle population on peut également citer les personnes transgenres. En effet, certaines personnes, nées d'un certain sexe (femme / homme), et présentant les caractéristiques

associées à ce sexe biologique, ne s'y identifie pas, ne s'y retrouve pas. Ils se sentent comme étrangers à leur corps.

Finalement, au sein du corps de l'Homme cohabitent une représentation subjective - comment est-ce que je me vois ? - et une représentation sociale - qu'est ce que les autres voient de moi ? Quelle est l'image que je renvoie de moi aux autres ? C'est ainsi une corporéité duelle qui est à prendre en compte. Notamment dans la relation de soin et la relation soignant-soigné. Il est important d'identifier et de comprendre ce que le patient pense qu'il renvoie comme image de lui afin de l'accompagner. Cela peut par exemple aider dans l'acceptation d'une maladie, de ses symptômes ou tout simplement dans l'acceptation du fait d'avoir besoin d'aide et de soins.

B. Corps dans la relation soignant-soigné

Comme dit précédemment, le corps du patient est une source importante d'information pour le soignant, tant sur le plan physique (plaie, température, coloration, ...) que sur le plan psychique (visage fermé, gêne, ...). Mieux comprendre ce que nous renvoie le corps d'un patient c'est mieux comprendre le patient lui-même. Et donc mieux l'accompagner dans ce qu'il traverse (maladie, vulnérabilité, souffrance).

Dans cet objectif d'accompagnement, le soignant a à sa disposition un autre type de soin : le toucher. "Ce qu'il y a de plus profond chez l'homme, c'est la peau" écrit à juste titre Paul Valéry.

En effet, le toucher, ce contact si particulier, cette connexion, est intime. Une main sur l'épaule, une pression sur la main.

Le toucher permet un contact plus humain et se veut empathique.

On voit alors que ce contact physique a un impact psychique et qu'il peut participer à la relation de confiance.

Jusqu'à présent nous avons abordé la thématique du corps dans le soin uniquement du point de vue du patient. Et c'est normal, c'est la première chose qui vient à l'esprit lorsqu'on évoque cette thématique.

Pourtant, le corps du soignant joue un rôle important dans la relation soignant-soigné.

Bien sûr, de par son côté technique, véritable outil de travail de l'IDE, mais aussi comme vecteur d'émotions.

En ce sens, le soignant doit également bien se connaître. Qu'il est conscience de son corps, sa posture, ses expressions faciales, ses ressentis, émotions. Qu'il sache ce qu'il renvoie au patient. Car s'il est vrai que le soignant observe le patient, l'inverse l'est aussi.

Méthodologie du recueil de données

Une fois mon cadre théorique bien établi j'ai recueilli des données auprès de professionnels afin d'avoir leur point de vue sur la question.

La méthode retenue a été celle des entretiens semi-directifs. En effet, ceux-ci me permettaient d'orienter l'entretien sur des thèmes prédéfinis par mon guide d'entretien. Ce dernier s'appuyait notamment sur les notions abordées dans mon cadre conceptuel : l'infirmier, le tatouage, la relation soignant-soigné et le corps.

Lors des entretiens il s'agissait de dégager les définitions que pouvaient donner les soignants sur ces notions, ce qu'elles représentaient pour eux. Les trois objectifs d'analyse retenus ont été : déterminer les différents axes du métier infirmier, identifier la signification et la représentation du tatouage et dégager les composantes de la relation soignant-soigné.

Le but était aussi d'avoir des réponses subjectives sur ces différents concepts afin de pouvoir les confronter par la suite à la théorie.

D'autre part, mon guide d'entretien ne contenait que des questions ouvertes. La personne interrogée pouvait ainsi répondre en toute liberté et je pouvais effectuer des relances en cas de besoin. Au total, cela m'a permis d'obtenir des réponses non induites et détaillées. Je voulais éviter "l'effet cobaye" qui aurait biaisé les résultats.

De plus, les deux entretiens ont été espacés de plusieurs jours afin de prévenir l'effet de halo.

Quant au choix des professionnels que je souhaitais interrogés, je n'avais au final qu'un seul critère : qu'il ou elle soit tatoué(e). Définir un lieu de travail en particulier ne me paraissait pas pertinent.

Dû au contexte sanitaire et l'éloignement géographique d'un des professionnels, les entretiens ont été réalisés par visioconférence via Google Meet.

Avant de démarrer l'entretien, j'ai donc demandé à chacun des professionnels s'ils m'autorisaient à enregistrer la vidéo et le son dans le cadre de mon mémoire.

Cela m'a permis de pouvoir traiter les éléments de communication verbale mais également de communication non verbale.

Le premier professionnel que j'ai interviewé travaille depuis un an en soins palliatifs au sein d'un centre hospitalier.

La seconde professionnelle est aide soignante et étudiante infirmière en troisième année. Cela était particulièrement intéressant car elle a pu me donner un ressenti vis à vis des tatouages sur de nombreux lieux différents liés à ces lieux de stage.

Je parlais un peu plus tôt du contexte sanitaire. Celui-ci a eu un effet positif auquel je ne m'attendais pas. En effet, étant en cours à distance, de grandes plages horaires nous étaient allouées pour rédiger ce MIRSI. Je n'avais donc pas de contrainte de durée pour les entretiens. Cela a évidemment permis d'obtenir des réponses détaillées et riches. Je n'avais pas à presser les interviewés pour répondre. Bien sûr, toute médaille a son revers : la richesse d'un des entretiens notamment m'a demandé beaucoup plus de temps à traiter. Cela m'a demandé une bonne organisation de mon temps.

Quant aux limites de cette méthodologie, il aurait pu être intéressant d'interroger un(e) IDE en début de carrière et un(e) IDE expérimentée. Ainsi, j'aurais pu voir s'il y avait des différences dans la gestion des remarques des patients par exemple. Si le ou la professionnel(le) avait développé certaines techniques au fil du temps et de l'expérience.

Analyse des entretiens

Dans un souci de respect de l'anonymat des deux professionnels j'utiliserais les dénominations "IDE K" et "AS/ESI M" lors de l'analyse. Ce sont les mêmes dénominations qui ont été utilisées dans la retranscription des entretiens (ANNEXES II et III)

Pour analyser les entretiens je me repose sur les trois objectifs d'analyse défini plus tôt :

- ❖ Déterminer les différents axes du métiers infirmier
- ❖ Identifier la signification et la représentation du tatouage
- ❖ Dégager les composantes de la relation soignant-soigné

1. Les différents axes du métier infirmier

Je souhaitais d'abord connaître la représentation des deux soignants sur leur propre métier ou futur métier.

a) Les compétences

Les deux professionnels ont tous les deux commencé par évoquer les compétences requises selon eux.

D'un côté on retrouve des compétences qu'on pourrait qualifier de "professionnelles" telles que la rigueur, le fait d'être consciencieux, d'avoir une éthique, une réflexion constante, une envie de connaître le milieu, le corps humain et différentes manières de soulager. Sont abordées également les notions d'écoute, de gestion des silences et l'importance de faire des liens.

D'autre part on retrouve des compétences relationnelles. La notion d'adaptabilité, d'adaptation revient de nombreuses fois. Elles concernent à la fois la capacité d'adaptation au patient mais aussi son discours. Les notions d'empathie, de bienveillance et d'authenticité sont également très présentes pour les deux professionnels. Il est également question d'altruisme.

Pour AS/ESI M. il est également important de comprendre et recevoir le ressenti des patients.

Dans le registre des compétences relationnelles l'IDE K. utilise le terme de "juste-proximité", qu'il préfère à "juste-distance". Pour lui, il est important de trouver la "juste-proximité" dans chaque situation de soin.

b) L'implication

Les deux professionnels s'accordent à dire que c'est un métier avec une forte implication personnelle : "métier prenant", "où on donne beaucoup de soi", "horaires particuliers".

IDE K. décrit une vie qui "évolue à un rythme différent des non-soignants". Il utilise également le terme de dévotion et ajoute "même si à l'école on nous dit que non".

A l'inverse l'AS/ESI M. rejette complètement la notion de vocation, trop rattaché à la religion pour elle. Elle évoque que c'est "un vrai métier maintenant".

Enfin, les réponses d'IDE K. et AS/ESI M. se recoupent sur la notion d'implication émotionnelle.

AS/ESI M. mentionne que le métier peut "nous toucher" et être "difficile émotionnellement".

On retrouve dans leur réponse les notions d'attachement, de larmes de joie et de tristesse et l'envie de prendre soin des autres.

c) L'apprentissage

Enfin, pour IDE K. et AS/ESI M. le métier de soignant passe par l'apprentissage.

D'une part, on retrouve l'apprentissage théorique. Les deux soignants évoquent à plusieurs reprises les notions de connaissances, et la nécessité qu'elles soient solides.

IDE K. aborde ensuite l'apprentissage pratique. Pour lui, on ne sait pas grand-chose en sortant de l'école et aborde le droit à l'erreur. Selon IDE K. il faut se "servir de tout ça pour avancer, devenir meilleur".

2. La signification et la représentation du tatouage

a) Une pratique

Que ce soit pour IDE K ou pour AS/ESI M., le tatouage est avant tout une pratique indélébile et artistique.

IDE K. le décrit comme une "forme d'art que l'on pose sur soi" et AS/ESI M. évoque son "corps comme une toile".

Les deux soignants sont également conscients que c'est une pratique qui suscite des émotions. Cela passe par de la curiosité, l'intérêt, l'envie et des regards appuyés.

IDE K. décrit qu'il y a souvent voire toujours un moment de flottement lorsqu'il rencontre un patient pour la première fois. Puis il évoque la capacité des patients à passer au-delà de leur première impression.

Le tatouage suscite également des remarques, positives ou négatives.

Pour AS/ESI M. c'est "une question de génération". Que pour les personnes plus âgées il s'agit d'une pratique "très connotée", "pas jolie pour une fille" ou encore pour "ceux qui sont dans des gangs" ou "qui ont fait de la prison". Pour ces patients ce serait une pratique "vulgaire, rebelle et mauvais genre".

Elle dit également rencontrer des patients qui adorent les tatouages mais qui n'osent pas passer le cap car le côté définitif les effraie.

Elle évoque que pour elle c'est une manière de "questionner la personne derrière la blouse blanche". Cela lui donne un sentiment de proximité avec les patients et également un moyen de se sentir "plus humain".

Enfin, elle finit en reconnaissant que c'est dans tous les cas "un sujet de conversation" et même qui les lance souvent.

Enfin IDE K. met en opposition le fait de se tatouer pour soi et pour autrui. Pour lui, on se tatoue "pour soi avant de le faire pour les autres". Le tatouage nous "définit, par rapport à notre propre vision", "pas au regard des autres".

Dans un second temps, les deux professionnels en viennent naturellement au sens qu'ils accordent aux tatouages.

b) L'es-sence du tatouage

Comme ils évoquent tous deux le côté artistique un peu plus tôt, il est naturel de retrouver dans leur réponse le sens esthétique du tatouage. Les mots esthétisme et esthétique reviennent souvent chez IDE K. Pour AS/ESI M. elle décrit "je vois un peu mon corps comme une toile et là je peux faire ce que je veux comme dessin".

Elle intègre également la notion de pouvoir "marquer" les événements importants.

L'AS/ESI M. évoque enfin la notion de rébellion : "peut être que j'ai un petit côté rebel *rires*".

Pour l'IDE K. le tatouage a plusieurs significations en plus du côté esthétique : un aspect thérapeutique, une notion de ritualité et une notion d'appartenance.

Pour l'aspect thérapeutique d'abord il utilise plusieurs fois le terme de "pansement". Selon lui, le tatouage peut être pour certains une "réelle médication", un moyen de pallier "à une situation traumatisante" et permettrait une "reconstruction de soi, de son image". Comme il le dit, le tatouage serait un véritable "soin".

Par la suite, l'IDE K. utilise plusieurs fois le terme "rituel" et "ritualité" pour parler du tatouage.

Il associe cela à la notion que l'on ne fait "pas ça par hasard" et également le fait de "rentrer dans...".

Il hésite, rejette le terme "famille", et choisit finalement : "rentrer dans un modèle".

Il dérive ainsi vers la notion d'appartenance. Le tatouage permet de "rencontrer des personnes qui nous ressemblent", mais permet aussi "aux membres d'une société de se ressembler".

J'ai pu ainsi remarquer que le message transmis par le tatouage diffère selon les deux professionnels. Leur point de vue est même opposé.

J'ai ensuite interrogé leur opinion sur la place du corps du soignant dans tout cela.

c) Le corps

Les deux professionnels décrivent chacun à leur manière deux visions très différentes du corps du soignant.

L'IDE K. revient d'abord à la définition primaire du "corps", au sens littéral du terme : "notre enveloppe de base", "des cellules, de l'eau". Pour lui c'est "comme ça qu'on est créé". Le corps est pour lui une entité physique avant tout.

Puis il ajoute la notion d'entité psychique : le corps est "rempli de ce qu'on est", "notre âme, nos courants de pensées".

Ensuite, il désigne le corps comme présentation à l'autre : pour lui c'est "notre représentation", "notre apparence : la couleur de nos yeux, nos cheveux, nos tatouages". Pour l'IDE K. "quand on voit un corps on l'analyse, on s'en fait une représentation".

L'AS/ESI M. décrit immédiatement le corps du soignant comme un outil de travail. J'aborderais donc son point de vue dans "le corps, support à la relation" traité plus bas.

3. Dégager les composantes de la relation soignant-soigné

a) L'entrée en relation

J'ai souhaité faire un focus sur l'entrée en relation car c'est, avec le tatouage, le thème central de mon sujet de recherche.

Ainsi, j'ai demandé à chaque professionnel de me décrire à quoi ils étaient particulièrement attentifs lors de l'entrée en relation avec un patient.

Ils décrivent tous les deux une phase d'observation du patient pour commencer : "essayer de savoir un petit peu à qui j'ai affaire" (IDE K.), "dans quel état d'esprit il est" (AS/ESI M.).

Ensuite, en fonction du ressenti issu de cette observation, ils s'adaptent.

L'IDE K., par exemple, adopte une communication non verbale particulière : "j'arrive un peu dans des chaussons", "de manière très calme", "en marchant sur des oeufs". Il adapte également son paralangage : "Je m'adresse au patient d'une manière complètement différente que quand je suis dans le couloir par exemple", "beaucoup d'empathie et de bienveillance dans la voix".

L'AS/ESI M. partage cet avis et "adapte le son de sa voix, sa gestuelle et ses mots".

b) Une relation à plusieurs niveaux

A travers leurs propos, j'ai pu définir que les soignants découpent la relation soignant-soigné en trois relations différentes et complémentaires : relation sociale, relation fonctionnelle et relation de confiance.

La relation sociale pour l'IDE K c'est "expliquer qui je suis, où est-ce qu'il est. C'est aussi parler d'autre chose que la maladie, "de la pluie et du beau temps", "comme deux personnes qui se croisent dans la rue".

Pour l'AS/ESI M il s'agit d'une "relation humaine".

Concernant la relation fonctionnelle les deux soignants s'accordent pour dire qu'il s'agit d'évaluer et répondre au mieux aux besoins et demandes du patient. Il s'agit également d'expliquer les choses, les soins.

L'AS/ESI M perçoit que son métier "rend plus attentif à certains détails".

Enfin, IDE K et AS/ESI M décrivent ce qui semble être nécessaire pour créer une relation de confiance avec le patient : "s'adapter", "placer le patient au centre de la conversation", "vraiment l'écouter", mettre de la "bienveillance dans nos échanges".

c) Freins et moteurs de la relation

Commençons par exposer les **freins** possibles relevés :

L'AS/ESI M aborde la notion de disponibilité du soignant, de temporalité : "si on est trop rapide dans notre façon de faire, qu'on ne pose pas les questions et qu'on ne prend pas le temps d'écouter les réponses". Elle relie cela à l'importance d'être en nombre dans les services, "pour avoir le temps d'écouter"

L'IDE K. identifie des freins côté patient mais aussi côté soignant.

Pour le côté patient, il évoque la possibilité d'un "patient dans le refus", la "difficulté de se retrouver hospitalisé", le "déli de la maladie" ou de "certains signes cliniques". Il cite également la "peur de la blouse blanche", le sexe, le physique et l'apparence du soignant (dont les tatouages).

Concernant les freins côté soignant, cela lui pose problème, car selon lui dans l'idéal il ne devrait pas y en avoir, "sinon on ne fait pas ce métier" dit-il en rigolant. Cependant, il en identifie plusieurs, en ayant vécu certains : si le patient "renvoie du négatif", a "commis des délits". Il dit avoir "été confronté à des patients qui avaient commis des meurtres". Pour lui, le soignant peut alors "s'offusquer, se renfrogner".

Continuons avec les **moteurs** de relation :

Pour l'AS/ESI M le fait d'être soi-même rend le soignant plus accessible et permet "des fois de trouver des points communs". Pour elle, trouver un bon sujet de conversation, "un point d'accroche", "quelque chose qui rend humain", facilite et encourage la relation soignant-soigné. On peut également à nouveau noter la notion de disponibilité : "se poser même quelques minutes et écouter, entendre et comprendre".

L'IDE K. reprend la notion de point commun. Il évoque que les ressemblances physiques, les tatouages, l'origine, la couleur de peau, le vécu, les voyages peuvent constituer des points communs moteurs de relation.

Il ajoute que "la manière dont on va avoir des échanges", "le ton employé" constituent également des moteurs. Dans le même sens, certaines attitudes soignantes comme l'empathie, l'écoute et la bienveillance favorisent la relation.

Concernant la place des **tatouages** :

Pour l'AS/ESI M., "quand les patients ont aussi des tatouages cela permet d'avoir un bon sujet de conversation" mais complète en disant que c'est "patient-dépendant". Selon elle, cela dépend à quoi le patient associe le tatouage. Le tatouage peut donc à la fois être un frein et un moteur de la relation soignant-soigné. L'IDE K. partage cet avis.

Les soignants reconnaissent tous deux qu'il est cependant de plus en plus rare que cela soit un frein. Ils ont le sentiment que le tatouage est de plus en plus un moteur de relation. Au pire, il n'impacte en rien la relation.

d) Le corps, support à la relation

Comme dit plus haut, l'AS/ESI M. voit le corps comme un "outil de travail" : "On utilise nos mains pour travailler, notre corps pour porter, soigner, soulager d'autres corps". Elle met l'accent sur l'aspect technique du métier infirmier et la place que le corps y occupe : "c'est comment on fait les gestes qui compte, pas comment est notre corps". Elle voit également le corps comme capable de "trahir certaines de nos émotions".

L'IDE K. décrit également le corps comme un outil permettant de "réparer, aider, soigner", "par des gestes invasifs ou pas".

Enfin, il associe le corps à un autre vecteur, de lien cette fois.

Pour l'IDE K. le corps est vecteur d'émotion, d'affection, nous permet de "témoigner plein de choses". Il voit le corps comme "très important dans la relation soignant-soigné", permettant de témoigner des "sentiments amicaux ou de bienveillance". Il aborde notamment la notion du toucher : "avec le corps on a tout un mécanisme qui est associé notamment lors du toucher".

Ce dernier permettrait de "créer du lien, de témoigner et de ressentir de l'affection".

Discussion

A présent, je vais pouvoir mettre en relation mon cadre théorique avec les résultats de l'analyse des entretiens.

1. Le métier infirmier

Tout d'abord, penchons nous sur le métier infirmier. J'avais besoin de connaître la représentation du métier, côté soignant, afin de la comparer à la représentation sociale mais aussi afin de la comparer à la représentation du tatouage. Cela me permettra de voir si je relève une incompatibilité.

Bien que trouvant ses origines dans la religion, la littérature et les entretiens montrent bien que le métier est aujourd'hui bel et bien reconnu comme tel. En effet, il existe une formation diplômante pour exercer et un cadre législatif régit la profession. C'est d'ailleurs ce qu'exprime l'AS/ESI M. en disant "c'est un vrai métier maintenant". Les deux soignants abordent également l'importance des connaissances. L'IDE K. insiste également sur le fait que l'apprentissage se fait également avec l'expérience et par l'erreur.

Les deux soignants reconnaissent également que c'est un métier prenant, avec une forte implication, personnelle comme émotionnelle. L'IDE K. parle de don de soi, d'un rythme de vie différent. Quant à l'AS/ESI M. elle évoque un métier qui "peut nous toucher" et être "difficile émotionnellement".

Et il semblerait que la population en ait conscience. Dans le sondage ODOXA, les français interrogés qualifient eux-mêmes le métier d'"éprouvant", et beaucoup n'aimeraient pas l'exercer.

Je partage le point de vue des deux soignants. Je pense qu'au fond, le métier implique qu'un humain prenne soin d'un autre, il faut donc donner un peu de soi au patient pour qu'il se sente en confiance, entendu, rassuré. Afin qu'il se sente aussi dans un rapport humain, pas face à un soignant "robot" qui vient uniquement pour exécuter ses tâches.

Je rejoins également le point de vue de l'IDE K. lorsqu'il parle d'altruisme. Je pense en effet qu'il faut en être doté, au moins un minimum pour prendre en soin les patients. En tout cas, il faut être tourné vers l'autre, être enclin à prendre soin de lui sur tous les plans.

L'IDE K. emploie également le terme de "dévouement".

Cependant, je n'adhère pas entièrement à ce concept. Pourtant certains français parlent bien de "vocation" et de "sacerdoce". Bien sûr, le métier demande un investissement et à des inconvénients. Mais je pense avoir le choix de mon implication. Je ne me vois pas comme l'infirmière qui sacrifie sa

vie personnelle, sa famille, ses loisirs, pour son métier. Selon moi, il faut avant tout rechercher un bon équilibre de vie. Il me semble très important de pouvoir se décharger auprès d'une personne ressource (conjoint(e), amis, ...) afin de pouvoir réellement couper, profiter des instants dans le cadre personnel, pour reprendre le travail "rechargé" et disponible. Un soignant qui se connaît bien, qui sait identifier et gérer ses propres émotions, est pour moi un soignant compétent.

L'IDE K. exprime ensuite le fait que "l'infirmier se soigne en prenant en soin les autres". Là encore, je suis partagée sur cette affirmation. En effet, je pense qu'il y a une part de réalité. En étant confronté au vécu des patients au quotidien, on apprend à relativiser certaines choses dans notre propre vécu. Mais je pense aussi que certains soignants sont davantage orientés vers l'aspect technique du métier, et qu'ils ont choisi de l'exercer pour cela. Je dirais plutôt que "l'infirmier grandit en prenant soin des autres". Il grandit professionnellement et personnellement.

Il pourrait être intéressant d'aller poser la question à plusieurs soignants pour voir leur réponse à ce sujet.

Ensuite, lorsque je demande aux deux soignants de qualifier le métier infirmier, les notions de bienveillance et d'empathie reviennent énormément. Ils décrivent également une personne à l'écoute des patients, avec des compétences techniques et relationnelles. Tout cela ressort également dans le sondage ODOXA auprès de la population française. Ils voient les infirmiers comme "sympathiques", "bienveillants" et "à l'écoute de leurs patients".

Je me pose alors une question : combien de ces personnes interrogées ont déjà été hospitalisées ou au contact d'une infirmière ? J'aimerais savoir si les mots qu'ils emploient viennent d'une réelle expérience ? De la représentation sociale admise de l'infirmière ? De leur représentation personnelle de l'infirmier ? Les mots qu'ils emploient ne sont pas erronés bien sûr, mais ils viennent forcément avec une image. Cela me permettrait de voir si la population a une réelle idée de l'infirmière, sur le terrain, ou pas. C'est cette image que j'aimerais aller questionner. Elle pourrait peut-être expliquer que certaines personnes soient "choquées" de voir des infirmiers tatoués car ils ne s'y attendent pas, cela ne correspond pas à la vision qu'ils se faisaient de l'infirmier. Et j'ajouterais également la question "avez-vous déjà été hospitalisé ou pris en soin par une infirmière ?".

Dans un second temps il pourrait donc être intéressant d'aller interroger cela via un questionnaire. Ainsi, je pourrais comparer les réponses des deux catégories de personnes, ceux ayant déjà été pris en soin par une infirmière et ceux n'ayant jamais rencontré d'infirmière, et voir s'il y a des différences significatives, ou pas.

2. Le tatouage

Durant les entretiens j'ai ensuite abordé la notion du tatouage.

Les propos des deux soignants rejoignent la théorie : le tatouage est un art, qui permet de s'exprimer, de s'identifier, de se démarquer.

Pour l'AS/ESI M. il y a une part de "rébellion" dans la pratique, elle évoque également le tatouage comme un moyen de **marquer** les événements **marquants**. Elle semble donner au tatouage un sens émotionnel en ajoutant qu'il permet d'exprimer "des choses qui nous touchent à travers notre corps".

De son côté, l'IDE K. identifie le tatouage comme un élément de présentation à l'autre. Pour lui, le corps, au-delà d'être une enveloppe physique, est ce qui permet à l'autre de se faire une idée, une image de qui je suis. Les tatouages étant à même la peau, ils font partie de ce que je renvoie à l'autre. Et c'est aussi ce qu'exprime l'IDE K. lorsqu'il dit : "quand on voit un corps on l'analyse, on s'en fait une représentation". Mais l'IDE K. insiste sur le fait que l'on se tatoue d'abord pour soi avant de le faire pour les autres. C'est en effet ce que j'ai pu lire. Une petite part de nous se tatoue également pour changer l'image qu'il a auprès des autres.

Et cette image que renvoie la personne tatouée suscite souvent quelque chose chez l'autre. Les deux soignants évoquent tous deux des anecdotes. Certaines avec les patients, d'autres avec leurs proches ou leurs supérieurs. A chaque fois, le tatouage soulevait des interrogations, des inquiétudes et des remarques.

L'IDE K raconte avec le sourire "qu'il y a toujours un petit quelque chose", "un petit moment" ou encore des "regards appuyés". Il ne laisse pas en suspens ces réactions et en échange de suite avec le ou la patient.e. Il rapporte d'ailleurs un constat assez intéressant : d'expérience, les patients passent très vite au dessus de leur première impression visuelle car ils se rendent compte que l'IDE K. est "un gentil". Ce qui conforte l'idée que le tatouage a encore aujourd'hui une connotation négative et violente auprès de certaines personnes.

Là où l'AS/ESI M rapporte que des patients ne la considéraient pas comme une personne sérieuse de par ses tatouages, l'IDE K rapporte une expérience positive où "les patients ont cette capacité à ne pas juger nos compétences par rapport à notre physique".

Il est très intéressant d'avoir deux vécus si différents. Il serait d'autant plus intrigant d'aller interroger d'autres soignants afin de voir le vécu général, sur un plus grand nombre.

Ensuite, tout comme l'auteur David Le Breton, l'IDE K. soulève la notion de tatouage thérapeutique. Il parle de reconstruction de l'image de soi, "palliatif à une situation traumatisante". Et cela me fait penser aux tatouages de l'aréole ou mammaires proposés aux femmes ayant subi une mastectomie avec reconstruction. Cela leur permet en effet de reconstruire une image de soi après une situation traumatisante.

Mais l'IDE K. semble aller plus loin dans ce raisonnement et utilise les termes de "pansement", "soin" et "médication". Je dois admettre que ces mots font écho en moi. Le tatouage m'aide énormément dans le chemin de l'acceptation de mon corps tel qu'il est. Il le rend plus facile à aimer. Le tatouage me redonne confiance en moi, m'aide à construire une relation saine avec mon corps.

Et comme je le disais plus haut, un soignant qui se connaît bien est un soignant compétent. J'ai tendance à croire que bien se connaître c'est aussi se faire confiance, connaître ses compétences, mais aussi ses limites. Et je suis convaincue que le patient est sensible à cela.

Là où ma blouse blanche me sert de bouclier, tout comme David Le Breton, je pense que "le tatouage enveloppe le corps d'une peau protectrice".

Enfin, l'IDE K. aborde la ritualité liée au tatouage. Il y voit 2 choses : la ritualité de se tatouer dans le sens où la pratique est devenue courante mais aussi la ritualité dans le sens d'appartenance.

Là où David Le Breton décrit le tatouage comme un rite de passage à l'âge adulte, selon l'IDE K il permet d'appartenir à une certaine communauté.

J'en déduis que le tatouage serait un moyen de combler le besoin d'appartenance pour certains ?

J'aime assez cette vision. L'IDE K. rejette le mot famille pour parler de communauté lors de notre entretien. Cependant, l'emploi de ce terme ne me gêne pas, au contraire. Car même si au sein de la "Famille des tatoué.e.s" il y a des sous groupes, la pratique rassemble. Si je devais demander un renseignement à un(e) inconnu(e) et que j'avais le choix entre un(e) tatoué(e) et un(e) non tatoué(e), je crois que j'irais instinctivement vers la personne tatouée. Et c'est plutôt logique à mon sens : entre deux inconnus, je me tourne vers ce qui m'évoque quelque chose de familier.

Une familiarité physique mais aussi psychique. En effet, nous avons pu lister les raisons pour lesquelles on se tatoue. Cette liste n'est pas parfaitement exhaustive. Cependant, je pense que beaucoup de personnes tatouées peuvent s'y retrouver. Ainsi, si nous attribuons les mêmes raisons à la pratique, peut être avons nous des schémas de pensées, des opinions, des envies similaires. Des points communs ?

Et inversement, lorsque je ne suis pas tatoué, je ne peux m'identifier à l'autre qui l'est, ainsi je me dis

qu'il pense et voit les choses différemment de moi ?

Cela pourrait expliquer pourquoi le tatouage peut être à la fois un moteur et à la fois un frein à la relation soignant-soigné.

Je tenais également à mettre en avant qu'il est aussi possible que le tatouage ne suscite pas forcément de réaction chez le patient, ou qu'en tout cas il ne l'exprime pas.

3. La relation soignant-soigné

Avant d'explorer les freins et moteurs à la relation soignant-soigné que j'ai pu relever, reprenons dans l'ordre. Chronologiquement, l'entrée en relation est passage obligé avant toute instauration de la relation soignant-soigné. Je voulais comprendre ce qui se jouait à cette étape. En effet, on dit souvent que tout se joue au premier regard, que la première impression reste. Mais qu'en est-il dans le domaine du soin ? dans la relation soignant soigné ?

Les deux soignants décrivent tout d'abord une phase d'observation du patient. Son état clinique et psychique va déterminer la suite de leurs actions. L'IDE K essaie tout d'abord de savoir à qui il a affaire, si le patient est enclin ou s'il va "l'importuner". L'AS/ESI M évalue le visage du patient, son regard et son humeur. Ils jaugent tous deux le patient et font preuve d'adaptation.

Par la suite les soignants vont adapter leur communication non-verbale et leur paralangage.

L'IDE K a pour habitude d'arriver très calmement dans la chambre, "en marchant sur des œufs".

Il dit également avoir remarqué qu'il n'utilise pas la même façon de parler quand il s'adresse à un patient que quand il s'adresse à un collègue ou est au téléphone par exemple. Il s'est aperçu qu'il mettait beaucoup d'empathie et de bienveillance dans sa voix lorsqu'il échangeait avec un patient.

L'AS/ESI M rapporte un constat similaire, elle "adapte le ton de sa voix, ses mots".

Par la suite, les soignants décrivent trois relations, composantes de la relation soignant-soigné : la relation sociale, la relation fonctionnelle et la relation de confiance. Ce sont en effet des relations que j'ai pu étudier au cours des trois ans de formation et que j'ai pu apprendre à identifier, à mettre en place, lors de mes stages sur le terrain. C'est pourquoi elles apparaissent dans mon cadre théorique.

Pour la première relation, la relation sociale, on peut également parler de relation de civilité. Durant celle-ci, l'IDE K se présente, explique qui il est, où se trouve le patient.

Les deux soignants expliquent ensuite que dans la relation soignant soigné ils ne parlent “pas forcément de la maladie ou des traitements” (IDE K), que c’est aussi “une relation humaine” (AS/ESI M), avec des échanges “comme deux personnes qui se croisent dans la rue” (IDE K). Pour l’AS/ESI M c’est une rencontre entre “deux personnes avec leur caractère et leur personnalité”. La relation est “humaine” et donc “imprévisible et spontanée”.

Cela rejoint les propos évoqués plus tôt concernant l’implication personnelle du soignant dans son métier.

Ensuite, on retrouve la notion de relation fonctionnelle. Comme abordé dans le cadre théorique, c’est celle qui lie le patient au soignant sur le plan de l’acte de soin pur.

Les deux soignants abordent également cette relation en parlant notamment d’évaluation des besoins des patients (IDE K.), de “répondre aux demandes des patients” (AS/ESI M), du rôle explicatif du soignant (IDE K.), mais aussi de la “relation d’aide” (AS/ESI M).

Dans ma pratique professionnelle j’essaie toujours de lier cette relation fonctionnelle à la relation sociale. En effet, la relation fonctionnelle est imposée au patient. Alors j’en profite pour apprendre à connaître la personne soignée, comme l’IDE K. j’explique beaucoup ce que je fais. Non seulement pour moi mais avant tout pour le patient, c’est sa santé, son corps après tout. De mon point de vue, la relation sociale vient compléter la relation fonctionnelle. Encore une fois, c’est pour éviter le côté soignant-robot, simple exécutant d’un soin. et pour intégrer encore davantage le patient à sa prise en soin, qu’il en soit un peu plus acteur. De plus, cela permet d’en apprendre toujours plus sur le patient, nous aidant dans sa prise en soin. Et je pense que c’est une ressource précieuse pour développer la relation soignant-soigné, à travers la relation de confiance.

Les deux soignants utilisent d’ailleurs des termes évoquant la relation de confiance. On retrouve dans leur propos la notion d’adaptation, d’écoute, d’empathie et de bienveillance. Pour l’AS/ESI M il est important de “placer le patient au centre de la conversation”.

Il est, en effet, indéniable que le soignant a besoin de s’adapter au patient. On ne peut pas prendre en soin chaque patient de la même manière. Il existe des invariants entre chaque prise en soin. Cependant, il y a des éléments qui varieront d’un patient à l’autre, ne serait-ce que l’âge ou le sexe par exemple. Il faut prendre en compte ces éléments pour adapter sa pratique professionnelle. Sans cela, la relation soignant-soigné (et la qualité de soins) risquent d’être impactés.

Abordons à présent les freins et moteurs de la relation. Je ne vais pas faire durer le suspens : le tatouage peut être l'un comme l'autre.

En effet, les deux soignants expriment bien l'ambivalence du tatouage.

Pour certains patients, il est associé à une pratique vulgaire, mauvais genre. L'IDE K pense que cela est dû à une question de génération.

Ainsi, en plus d'une éventuelle "difficulté à se retrouver hospitalisé", un "déli de la maladie" ou la "crainte de la blouse blanche", "le physique du soignant" peut également être un frein à la relation côté patient (IDE K).

Et j'aimerais rajouter une nuance à tout cela. Pour ma part, j'ai vécu un refus de soin de la part d'un patient une fois qu'il a vu que j'étais tatouée. Le tatouage a donc été un frein définitif à la relation. Il ne l'a pas ralenti, il l'a complètement empêché.

L'IDE K. lui, exprime un frein temporaire, plus une retenue, de la part des patients qu'il rencontre.

Comme dit plus haut, les patients semblent rapidement passer au-dessus des a priori du tatouage lorsqu'ils voient que l'IDE K. est "un gentil".

Il pourrait être intéressant d'aller creuser sur ce sujet. Dans quel cas le tatouage provoque un frein définitif à la relation et dans quels cas le frein n'est que temporaire ?

A l'inverse, lorsque le tatouage suscite de la curiosité, de l'envie ou qu'il est un point commun entre le soignant et le patient, il semble que celui-ci devienne un moteur pour la relation.

L'AS/ESI M et l'IDE K s'accordent pour dire que cela représente un bon sujet de conversation, "un point d'accroche".

Et pour eux, avoir un bon sujet de conversation représente également un moteur.

L'AS/ESI M soulève également la temporalité et la disponibilité comme moteur à la relation. Pour elle, "se poser, même quelques minutes" apporte beaucoup à la relation.

Je partage entièrement ce point de vue. Bien que légèrement utopique. J'ai appris à fonctionner comme cela. Même si je n'ai que trente secondes ou une minute à accorder au patient, je m'assure qu'il sente que je ne les consacre qu'à lui. Je m'assois quand c'est possible, et je laisse toutes les pensées ne concernant pas le patient, à la porte. C'est une gymnastique parfois complexe et fatigante mais je trouve qu'elle en vaut réellement la peine. Je souhaite que le patient se sente considéré, vu, écouté et entendu. Et cela passe également par la communication non-verbale.

Le corps du soignant étant central dans la communication verbale et les tatouages, il me semblait important d'en discuter avec les deux soignants pour avoir leur point de vue respectifs.

Comme dit dans l'analyse, l'AS/ESI M aborde le corps du soignant comme un outil de travail avant tout. Et elle s'en méfie même car il peut "trahir nos émotions".

L'IDE K partage une partie de ce point de vue : le corps du soignant est en effet là pour soulager, porter, aider, "réparer" le patient. Cependant, il met l'accent sur le fait que le corps du soignant n'est pas qu'un vecteur de soin mais aussi un vecteur de lien et d'émotions.

Il aborde notamment la notion du toucher. Il évoque l'hormone du bonheur qui est sécrétée par l'organisme lorsqu'on nous touche ou que l'on touche quelqu'un (volontairement et avec son consentement cela va de soi). Ainsi, pour l'IDE K., le corps permet de "témoigner et ressentir de l'affection", de transmettre des "sentiments amicaux et de bienveillance". Cela me rappelle son utilisation du terme "juste-proximité".

Je suis pour ma part assez partagé sur la notion de toucher. C'est une pratique compliquée à mettre en place. Il faut que le soignant et le patient se sentent à l'aise et acceptent le toucher. Si le geste est "forcé" côté soignant ou "imposé" côté patient, il perdra tout son bénéfice. De plus, lorsque je rapporte cela au tatouage, si le patient se sent déjà mal à l'aise, utiliser le toucher pourrait renforcer ce sentiment. Surtout si le geste ne paraît pas naturel.

D'un autre côté, si le soignant utilise le toucher de manière spontanée, authentique et que le patient l'accepte, cela peut s'avérer rassurant et positif.

Je dirais donc que le toucher au sein de la relation soignant-soigné est à utiliser avec prudence.

Cependant, je suis convaincue, comme l'IDE K., que le corps a son importance dans la relation soignant-soigné.

Autant pour nous soignant, qui observons celui du patient, que l'inverse. Le patient nous observe, il scrute parfois nos réactions. Il va voir quand quelque chose nous inquiète, parce que l'on va froncer les sourcils, sans s'en apercevoir. Ou bien attendre une bonne nouvelle lorsque l'on rentre dans la chambre avec un grand sourire.

Et là où certains de mes collègues disent qu'il faut cacher ses émotions aux patients, je ne suis pas tout à fait d'accord. D'abord parce que l'on ne peut pas tout retenir. Et ensuite parce que cela fait aussi partie du côté humain que je m'efforce de maintenir dans ma pratique. Je fais toutefois attention à ne pas confondre empathie avec compassion.

Lorsque j'apporte une mauvaise nouvelle à un patient, j'ai forcément l'air moins guilleret que d'habitude mais cela ne m'empêche pas de lui apporter compréhension et soutien. De lui montrer du positif autre part, de l'accompagner dans le cheminement voire l'acceptation.

Au final, mes émotions sont un peu comme mes tatouages, je peux les cacher si j'en ai envie mais on finira toujours par les voir.

Tout au long de ce travail de recherche, de nouvelles questions n'ont cessé d'émerger dans mon esprit. Cependant, au fur et à mesure que j'avancais dans mes recherches, mes analyses, mon attention était systématiquement attirée vers la notion de confiance. Si je devais aller plus loin, je m'orienterais ainsi vers la relation de confiance. En effet, j'ai compris à travers ce travail que c'était celle-ci qui était influencée par les tatouages lors de l'entrée en relation.

Dans quelle mesure la présence de tatouage visibles chez le soignant impacte-t-elle la relation de confiance lors de l'entrée en relation de soin avec le patient ?

La relation de confiance étant une composante de la relation soignant-soigné, c'est par ce biais que cette dernière est à son tour impactée. C'est donc à mon sens la notion qui mérite d'être davantage explorée.

Conclusion

Après avoir discuté autour des thématiques précédentes, il est temps pour moi de conclure ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Tout est parti de deux situations où le tatouage a causé, chez le patient dont je m'occupais, deux réactions complètement différentes. Lors de la première situation, mon tatouage m'a aidé à créer une relation de confiance avec la personne. Lors de la deuxième situation, dès que le patient a vu que j'étais tatouée, celui-ci a brusquement cessé la relation de confiance qui s'était créée au fil de la nuit, sans qu'il ne me voit. Des résultats si différents à des situations pourtant similaires m'ont beaucoup posé question. C'est ainsi qu'a pu démarrer ce travail de recherche. Dans ce dernier, j'ai tenté de dégager des réponses à la question suivante : **En quoi la présence de tatouages visibles chez le soignant influence-t-elle l'entrée en relation avec le patient lors de la prise en soin ?**

Que j'ai ensuite modifié pour finalement me demander : Dans quelle mesure la présence de tatouage visible impacte-t-elle la relation de confiance lors de l'entrée en relation de soin avec le patient ?

Après avoir regroupé des éléments de réponse théoriques dans mon cadre conceptuel, je me suis tournée vers deux professionnels afin qu'ils éclairent la question de leur point de vue.

J'ai ensuite pu croiser les notions théoriques avec leurs représentations.

Ce que je retiens c'est que lors de l'entrée en relation, le soignant observe. Il évalue l'état du patient pour savoir comment se positionner. Il adapte ensuite son ton, sa façon de parler et d'être en fonction de ce qu'il a pu voir et percevoir. Durant cette période, le patient observe également le soignant. Il se trouve en position de vulnérabilité et juge celui ou celle qui va prendre soin de lui.

Durant ces premiers moments, d'allure calme, beaucoup de choses se jouent. Tels deux animaux sauvages, patient et soignant se scrutent. Il n'est pas question de prédateur regardant sa proie mais bien d'une analyse de l'autre et de la situation.

“Échangerons-nous uniquement dans le cadre de la relation fonctionnelle ?” Celle-ci s'impose aux deux acteurs. Mais elle n'est pas la seule relation possible entre patient et soignant. En effet, mes recherches et entretiens m'ont aidé à déduire une chose. Si des points communs et/ou bons sujets de conversations sont trouvés, alors la relation fera un grand bond en avant. Elle deviendra humaine, instaurant un lien de confiance entre patient et soignant. La discussion ne tourne plus uniquement autour de la maladie, des traitements. On parle de la pluie, du beau temps et pourquoi pas... de

tatouages. Chacun en apprend un peu plus sur l'autre. Chacun donne un petit bout de soi à l'autre. La notion d'implication personnelle au sein du métier infirmier prend alors tout son sens.

Ainsi, si ces points communs, "points d'accroche", sujets de conversation, sont identifiés dès l'entrée en relation, par au moins l'un des acteurs, la "glace" sera brisée. Ce sont de véritables "bouées" auxquelles soignant comme patient peuvent se raccrocher. Elles leur permettent d'entamer une relation plus facilement, de manière sereine. Naviguer sur des eaux plus calmes plutôt que de naviguer à vue. "Je ne me trouve plus face à un inconnu mais face à quelqu'un qui dégage quelque chose de familier, avec qui il sera plus aisé de créer un lien". C'est encore, à mon sens, un de ces "petits riens" dont parle Walter Hesbeen, qui permettent d'humaniser le soin.

Du fait de sa visibilité, le tatouage peut faire partie des "points d'accroche", des moteurs à la relation. De plus, c'est un sujet vaste, qui touche aux goûts de chacun et qui peut renvoyer une multitude de messages que l'autre peut venir interroger et/ou s'identifier.

Ou pas.

En effet, si le patient ne trouve rien de familier, même vaguement, chez le soignant, cela renforce sa position de vulnérabilité. Il n'a rien à quoi se raccrocher pour se rassurer. Son environnement lui est déjà étranger et vient s'ajouter à cela un(e) inconnu(e) à qui il doit confier sa santé.

Le tatouage peut venir rajouter à ce mal être de par la représentation que le patient s'en fait. Et qu'il va venir transposer à la personne qui le porte.

Le patient peut l'associer à la violence, la rébellion, la vulgarité, la nonchalance, le manque de sérieux, ou de compétences. En un regard sur les tatouages du soignant, il lui attribue les mêmes valeurs. Ce dernier devra alors redoubler d'effort pour prouver qu'il n'est pas ce qu'il représente aux yeux de ce patient. La relation de confiance pourra être plus difficile, voire impossible, à créer. Et c'est pourquoi, selon moi, les mots de l'AS/ESI M sont très justes. Il s'agit d'une relation humaine, elle est donc "imprévisible et spontanée". Dans le bon comme le mauvais sens.

Pour répondre à ma question de départ de manière synthétique je dirais donc que le tatouage peut influencer l'entrée en relation avec le patient de deux manières différentes.

Soit de manière "négative" : le patient semble associer le tatouage, et par extension, le soignant qui les porte, à des valeurs de violence, de mauvais genre ou de manque de compétence. La relation de confiance en pâtira, rendant la relation soignant-soigné plus fonctionnelle que sociale.

Soit le tatouage à une influence positive sur l'entrée en relation. Le tatouage est identifié comme un point commun ou un sujet de conversation entre le soignant et le patient. Les deux protagonistes s'identifient plus facilement l'un à l'autre. La relation soignant-soigné est alors sous-tendue par un climat de confiance bénéfique dans l'immédiat et lors de la suite de la prise en soin.

En écrivant cette conclusion, je m'aperçois que ce travail m'a véritablement rappelé au cœur du métier que j'ai choisi. Être en contact avec l'autre, pas que via les soins mais aussi via un échange tout ce qu'il y a de plus humain. Un contact simple, authentique et surtout imprévisible.

Comparable à une véritable gestation, ce projet a grandi en moi et m'a fait grandir. Ces mois de recherches, de recueil et d'analyse de données m'ont permis de dessiner la soignante que je veux être. Une infirmière qui s'adapte, écoute, se questionne toujours et soigne souvent. Et avant tout une humaine, avec ses émotions, son vécu et ses tatouages.

J'aimerais terminer en ajoutant que ce travail a été basé sur des données recueillies par une soignante et auprès de soignants. Cependant, pour faire une relation soignant-soigné, il faut un soignant mais aussi un patient. Il serait donc également pertinent d'aller recueillir des données auprès des patients afin d'avoir une vision plus globale du sujet.

Bibliographie

Livres :

- Bioy, A. (2013). *Communication soignant soigné* (3^e éd.). BRÉAL.
- Labelle J-M. (1996), *La Réciprocité éducative*. PUF.
- Lhez, P. (1995). *De la robe de bure à la tunique pantalon*. InterEditions.
- Manoukian, A. (2014). *La relation soignant soigné* (4^e éd.). LAMARRE.
- Muller, E. (2013). *Une anthropologie du tatouage contemporain : parcours de porteurs d'encre*. L'HARMATTAN.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éd. Du Seuil
- Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne*. Dunod-InterEditions.
- Sfez, L. (2010). *La communication*, PUF
- Sibert, C., Le Neurès, K. (2011). *Soins relationnels, soins palliatifs, unités d'enseignement 4.2 et 4.7*. Elsevier Masson.

Articles :

- Courtois A-C. Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ? *Soins*, n°700 de novembre 2005 page 45.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Fournier, C. & Kerzanet, S. (2007). *Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature*. *Santé Publique*, 5(5), 413-425. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0413>
- Fourquet, J., Dubrulle J-P., (2018, 04 Septembre). La pratique du tatouage en France. *La Croix*. <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/09/115767-Rapport-LC.pdf>
- Fourquet, J. (2010, Juillet) Les français et les tatouages. *Sud Ouest Dimanche*. https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1220-1-study_file.pdf
- Kosut, M. (2000) Tattoo Narratives: The intersection of the body, self-identity and society, *Visual Sociology*, 79-100, DOI: 10.1080/14725860008583817
- Lecomte, J. et Moscovici, S. (1998). Comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalité. *SCIENCES HUMAINES, Hors-série N° 21*. https://www.scienceshumaines.com/comment-voit-on-le-monde-representations-sociales-et-realite_fr_11718.html
- Lecordier, D. (2009). Le corps : concept ethnosociologique mobilisé dans le soin. *Recherche en soins infirmiers*, 3(3), 32-35. <https://doi.org/10.3917/rsi.098.0032>

- Malabeuf L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. *Soins Formation Pédagogique Encadrement*, N°4, p.4-6.
- Nascimento-Duarte, B. (2015). L'augmentation humaine « *underground* » : quelles limites pour le corps ?. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 4(4), 89-102.
<https://doi.org/10.3917/retn.286.0089>
- Odoxa (2015, 12 Mai). L'image des infirmiers et des infirmières. *Le Parisien-Aujourd'hui en France*.
<http://www.odoxa.fr/sondage/francais-aiment-leurs-infirmieres/>
- Ostermann, O. (2019, 18 Février). Blessures secrètes, symboles intimes... Ce que les tatouages racontent de nous. *madame Figaro*
<https://madame.lefigaro.fr/bien-etre/une-trace-de-soi-sur-soi-sens-cache-des-tatouages-livre-heloise-guay-de-bellissen-interview-080119-162880>

Dictionnaires :

- Identité. (2016). Dans Paillard, C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (3^e éd., p.237-238). Éd. Setes.
- Infirmière. (2016). Dans Paillard, C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (3^e éd., p.243-255). Éd. Setes.
- Infirmière. (2020). Dans Rey A. et al., *Dictionnaire Le Petit Robert de la langue française*.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/infirmier>
- Relation. (2016). Dans Paillard, C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (3^e éd., p.357-360). Éd. Setes.
- Relation. (2020). Dans *Dictionnaire Larousse*
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>
- Relation soignant-soigné. (2016). Dans Paillard, C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (3^e éd., p.362-363). Éd. Setes.
- Représentation. (2016). Dans Paillard, C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (3^e éd., p.370). Éd. Setes.
- Représentation de l'infirmière. (2016). Dans Paillard, C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (3^e éd., p.371). Éd. Setes.

PDF autonomes en ligne :

- Roustant, O. (2019). L'écoute active.
https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/02-MISSIONS-ACADEMIQUES/mission-tutorat/livret-boite_a_outils_FO_E_coute_Active.pdf

- Sandrin-Berthon B., Dandé A., et al. (2001) L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé. https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=2343
- Santin, A. (2009). La relation de soin : une question de confiance?. <https://www.espace-ethique.org/printpdf/1093>

Blog :

- Anonyme (s.d.). Les représentations sociales. *Psychologiesociale.com*. <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/theories/normes/20-les-representations-sociales#page>
- Jouet Le Pors, M. (2006, 26 Avril). La théorie des représentations sociales. *Cadredesanté.com*. <https://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations>
- Ledermatoué. (2016, 18 Septembre). Tatouages, piercings et blouse blanche. *Blog du derma tatoué*. <https://ledermatotatoue.wordpress.com/tag/infirmiere/>
- Nessler, A., (2019, 14 Novembre). 83% des Français pensent qu'un tatouage peut être un frein professionnel. *Welcome To The Jungle*. <https://www.welcometothejungle.com/fr/articles/tatouage-frein-travail>

Pages web individuelles :

- Ined (2020). Nombre de centaines. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/centenaires/>
- Staff Santé (2020, 4 Aout). *Infirmier : chiffres clés*. <https://www.staffsante.fr/contenu/infirmier-chiffres-cles/>
- Staff Santé (2019, 28 Novembre). *Combien d'infirmiers en France au 1er Janvier 2019*. [https://www.staffsante.fr/contenu/combien-dinfirmiers-en-france-au-1er-janvier-2019/#:~:text=Au%201er%20janvier%202019%2C%20il%20y%20a%20donc%20722,hommes%20\(13%2C%25\).](https://www.staffsante.fr/contenu/combien-dinfirmiers-en-france-au-1er-janvier-2019/#:~:text=Au%201er%20janvier%202019%2C%20il%20y%20a%20donc%20722,hommes%20(13%2C%25).)

Wikipédia :

- Irezumi. (2021, 29 Avril). Dans *Wikipédia*. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Irezumi>

Annexes

I - Guide d'entretien

II - Retranscription entretien IDE K

III - Retranscription entretien AS/ESI M

IV - Tableaux d'analyse

A. Le métier infirmier

B. Le tatouage

C. La relation soignant-soigné

I - Guide d'entretien

Déterminer les différents axes du métier infirmier :

- Selon vous, c'est quoi un(e) infirmier(e) ?
- Est-ce que vous diriez que c'est une vocation ?
 - Qu'est ce qui vous fait dire ça ?
- Comment qualifieriez-vous le métier ?
 - Avec quels mots, quels adjectifs ?
- Pour vous, c'est quoi une infirmière compétente ?
 - Quelles qualités ? Traits de caractère ? Connaissances ?

Identifier la signification et la représentation du tatouage :

- Quelle est votre définition du tatouage ?
- Depuis quand êtes-vous tatoué(e) ?
 - Depuis que vous êtes IDE, vous avez toujours été tatoué(e) ?
- Selon vous, pourquoi on se tatoue ?
- Avez-vous déjà eu des remarques de patients sur vos tatouages ?
 - Que disaient-elles ? Étaient-elles positives ? négatives ?
 - Certaines ont-elles déjà renvoyées à votre compétence ?
- Selon vous pourquoi certains patients réagissent de manière négative face aux tatouages ?
 - Qu'est ce qui provoque cette réaction selon vous ?
 - Et pour les réactions positives ?
- Avez-vous arrêté de vous tatouer depuis que vous êtes IDE ?

Dégager les composantes de la relation soignant-soigné :

- Quelle est votre définition de la relation soignant-soigné
- Pour vous, qu'est ce qui fait une "bonne" relation soignant-soigné
 - Qu'est ce qui peut la faciliter ? l'encourager ?
 - Au contraire, qu'est ce qui peut la freiner ?
 - Les tatouages font partie de quelle catégorie ?
- A quoi faites-vous attention lors de l'entrée en relation avec un patient ?
 - A quoi êtes-vous attentif lors de cette première rencontre ?
- Pour vous, quelle est la place du corps du soignant dans la relation soignant-soigné ?
 - Est-ce juste un "outil de travail" ?
 - Est-ce autre chose ?

II - Retranscription entretien IDE K

ESI : Tout d'abord pourriez vous vous présenter ? Qui êtes vous, quel est votre parcours ?

→ **IDE K. :** Je suis K*, j'ai 30 ans. Je suis diplômé depuis Juillet 2020. Donc ça ne fait pas tout à fait un an. J'ai exercé dès le mois de juillet. Pendant 3 mois en cours séjour gériatrique. J'avais signé pour du soins palliatifs, c'était ma demande. Mais la cadre préférait que je passe d'abord par de la médecine. Depuis septembre j'exerce en soins palliatifs gériatriques. J'ai repris des études à l'âge de 26 ans. J'ai un parcours assez riche pour en arriver jusqu'ici.

ESI : Avec quel type de patient travaillez-vous au quotidien ?

→ **IDE K. :** Il y a plusieurs types de prise en soin. On fait du handicap physique, mental, toujours gériatrique. On a des unités de vie protégées, des unités de long séjour. Moi, je travaille dans le bâtiment "médical" donc on a du SSR, du court séjour, et les soins palliatifs. J'ai quasiment que des patients atteints de cancer. On a de temps en temps des fin de vie liées à des AEG (altération de l'état général) mais en général y'a souvent un cancer derrière. C'est régulièrement des fins de vie même s'il y a des patients qui retournent chez eux terminer leur vie pour quelques mois ou quelques années. On a quand même majoritairement des accompagnements de fin de vie et des décès dans le service.

ESI : D'accord. On va passer à la thématique suivante. Je vais commencer avec une question très vaste : C'est quoi un(e) IDE (infirmier diplômé d'état) pour vous ?

→ **IDE K. :** Pour moi c'est une question qui appelle beaucoup de réponses. Dans laquelle on peut intégrer beaucoup de notions et concepts. Pour moi, il y a plusieurs choses qui entrent en compte. Je pense que c'est quelqu'un qui doit avoir une éthique, une réflexion éthique très poussées. Surtout dans le domaine où je travaille qui est très particulier. Je pense que c'est quelqu'un qui doit avoir une forte empathie, être animée par un réel sentiment, une réelle volonté de bienveillance et d'altruisme. Alors altruisme, pas dans le sens où on va complètement se donner mais dans le sens où on va essayer de faire au mieux. Toujours avec une réflexion éthique et déontologique pour être en capacité de répondre au mieux aux besoins de notre patient.

ESI : Est ce que vous diriez que c'est une vocation ?

→ **IDE K. :** Pendant les études on nous disait que non. Mais... Est-ce une vocation ? Peut-être, peut-être pas complètement. Mais ce que je pense, c'est qu'on ne fait pas ce métier par hasard, on n'en arrive pas là par hasard. On a tous un vécu, on a tous un passif, on a nos valises. J'ai 30 ans, j'ai

un peu de vécu. J'ai exercé plusieurs métiers dans ma vie. Celui-ci est celui qui me comble le plus. On a tous nos parcours de vie. J'ai vécu pendant mon adolescence qui n'était pas forcément évident, comme plein d'autres personnes. J'ai fait une psychothérapie. Moi de mon côté. Donc j'ai compris certaines choses me concernant. Et puis une fois qu'on a fait ce travail de réflexion personnelle, on continue d'avoir cette réflexion tout au long de notre vie. Exercer ce métier pour moi c'est pas anodin. Je dis toujours "on devient pas infirmier par hasard. Certes on a envie d'accompagner, d'aider, de prendre par la main, de plein de choses. Mais on le fait aussi pour soi". On va avoir un sentiment de travail accompli, de satisfaction. Il ne faut pas le faire que pour ça sinon c'est très égoïste bien sûr. Mais j'ai lu quelque chose un jour qui disait "L'infirmier se soigne en prenant en soin les autres". Je pense qu'il y a de ça.

ESI : Et du coup, comment qualifieriez-vous le métier ? Avec quels mots / adjectifs ?

→ **IDE K. :** Bienveillance. Dévouement. Dans le sens où c'est un métier prenant. Pas de la dévotion où on va complètement arrêter nos vies et réfléchir que par rapport à nos prise en soin. Mais c'est quand même un métier où on donne beaucoup de soi. On a des horaires particuliers, une vie qui évolue à un rythme complètement différent des... comment dire, des autres êtres humains qui ne sont pas soignants *rire*. Mais aussi une notion d'attachement. Ce genre de choses.

ESI : Tout à l'heure vous parliez beaucoup d'éthique, de bienveillance. Et par rapport à la compétence ? Pour vous c'est quoi un(e) IDE compétent(e) ?

→ **IDE K. :** Déjà je pense que c'est quelqu'un qui doit être rigoureux, consciencieux. Qui doit avoir des connaissances solides, qui vont s'acquérir au cours de longues années. En sortant de l'école on ne sait pas grand chose *rire*. Il faut être honnête. Y'a pas de honte à ça.

Et surtout, je le dis tout le temps aux étudiants que j'encadre et même à mes collègues, on n'est pas des super héros. On fait tous des erreurs. On se rattrape. On essaie de faire au mieux. On est juste des êtres humains. On a le droit de se tromper. Il faut se servir de tout ça pour avancer, devenir meilleur.

La rigueur, être consciencieux, avoir des connaissances, mais surtout avoir le feeling et cette capacité à s'adapter au patient, avoir toujours une réflexion. Ne pas agir bêtement. Être capable de réfléchir en fonction de l'intérêt du patient et d'adapter notre discours et la prise en soin. C'est évident pour moi en palliatif. Il faut qu'on soit capable de s'adapter au patient et surtout d'avoir un discours adapté vis-à-vis de lui et des familles. On a des gens qui sont très gravement malades. On parle de la fin de vie, on parle de la mort. Et pour moi on peut tout dire, il faut savoir le dire, trouver les mots

justes, trouver la bonne empathie. Moi ça me fait sourire quand on me dit "il faut trouver la juste-distance". Non. Il faut arrêter. ça ne veut rien dire. Je préfère dire qu'il faut la "juste-proximité". C'est trouver la proximité qui nous paraît adaptée. Celle qui, pour nous, est adaptée au patient, en fonction de ce dont il a besoin, c'est notre ressenti. Mais aussi une proximité qui va nous donner la satisfaction d'être dans une PES adaptée, complète, qui nous satisfasse, mais aussi une proximité qui ne nous fasse pas de mal.

ESI : On va maintenant rentrer dans le vif du sujet : le tatouage ! Pour commencer, quelle serait votre définition du tatouage ?

→ **IDE K. :** C'est beaucoup de choses. Déjà c'est une marque indélébile que l'on pose sur soi .Mais je pense qu'il y a beaucoup de sens derrière. La plupart du temps ce sont des choses qui nous parlent on choisit pas un motif par hasard. Est ce que c'est un motif qui nous plait ? Pourquoi est-ce que ça nous plait ? Je pense que ce n'est pas anodin. Alors oui, y'a l'aspect esthétique. Mais au-delà de l'esthétisme y'a peut être une signification, un symbolisme. Donc la on rentre un peu plus dans la ritualité.

D'un point de vue personnel, tous mes tatouages veulent dire quelque chose et racontent mon histoire. Je pense, qu' au final un tattoo c'est esthétique, mais ça nous définit aussi. Alors, attention, ça ne nous définit pas au regard des autres mais par rapport à ce qu'on a vécu et par rapport à notre propre vision. Parce que je pense qu'on le fait principalement pour soi, avant de le faire pour les autres. Y'a ce côté esthétique. Mais pour moi voilà c'est 2 choses : l'esthétisme et aussi y trouver un sens. Trouver quelque chose qui nous parle et qui donne du sens.

ESI : Depuis quand êtes-vous tatoué(e) ? Depuis que vous êtes IDE vous avez toujours été tatoué(e) ?

→ **IDE K. :** J'ai fait mon premier tatouage j'avais 23 ans. En partant du principe que je n'en ferais qu'un seul de toute ma vie *rires*.

ESI : Je pense qu'on s'est tous dit ça à un moment et que ça a dérapé *rires*.

→ **IDE K. :** *Rires* Oui, ça a gangrené *rires*. Du coup, oui j'ai toujours été tatouée depuis que je suis infirmier. Quand j'ai commencé mes études j'en avais déjà 2 sur le bras. Ça n'a pas arrêté ensuite.

ESI : Avez-vous déjà eu des remarques de patients sur vos tattoos ?

Que disaient-elles ? Étaient-elles positives ? Négatives ? Avez-vous un exemple ? Certaines ont-elles déjà renvoyées à votre compétence ? Selon vous, pourquoi certains patients réagissent de manière

négative face aux tattoos de leurs soignants ? Qu'est ce qui provoque cette réaction selon vous ? Et pour les réactions positives?

→ **IDE K.** : Alors, j'ai eu des remarques. Enfin, c'est peut être un grand mot. Ça a déjà été le sujet de discussion on va dire. Avec les patients, j'ai eu de temps en temps des discussions. Pendant mes 3 années d'étude et mes quasi 1 an d'exercice professionnel, ça a été le sujet de discussion dans ¼ cas, ce qui n'est pas énorme au final. Et pourtant je travaille avec des patients de plus de 60 ans. En fait, j'ai de temps en temps des personnes, démentes ou pas, je précise, qui m'ont dit "oh c'est quoi vos dessins sur le bras ?", "oh c'est quoi vos tatouages sur le bras ?". Donc je disais "bah voilà c'est ça, *montre son bras*, ça représente ça, ça c'est un oiseau, ça c'est une forêt". Donc en fait les gens s'intéressent ou demandent "est ce que vous pouvez me décrire ce que c'est ?" "Est ce que ça a une signification derrière", "Est ce que vous pouvez m'en parler ?". Je leur disais oui, je ne m'en cache pas. Et après spontanément je demandai "est ce que c'est quelque chose qui vous plaît ?" ou "est-ce que vous aimez ça ?". Alors, "oui" dans quelques cas, "oui moi j'en ai aussi" ou "ah bah venez je vous montre". Et dans d'autres cas "non, moi j'aime pas ça, vous savez ma ptite fille elle est tatouée, puis les jeunes ils sont tatoués..." Mais ce que j'ai beaucoup eu par la suite c'est "non j'aime pas ça, mais sur vous ça me dérange pas.". Ah bon ? Pourquoi ? "Parce que vous on voit que vous êtes un gentil. Je ne sais pas. On sent que vous êtes quelqu'un d'agréable, qui est dévoué, vous n'êtes vraiment pas quelqu'un de méchant dans votre façon de vous adresser à nous, de nous prendre en soin, vous êtes très doux."

ESI : D'accord, comme si pour eux le tattoo est associé à du négatif, du violent ?

C'est ça, c'est quelque chose de très connoté. Et je trouve formidable que les gens dépassent leurs a priori et aillent au-delà de leur schéma de pensées et je trouve ça super positif au final. ça prouve que les patients ont cette capacité à ne pas juger nos compétences par rapport à notre physique. Donc ça c'est génial. Ok je suis très tatoué, jusqu'à l'épaule, on ne peut que le voir. Finalement, les gens reconnaissent mes capacités professionnelles donc c'est super. J'ai aussi déjà eu des regards, j'ai un bras qui est tout noir clairement *rires*. On ne peut pas le louper, j'ai des piercings dans le visage et dans les oreilles, j'ai toujours des coupes de cheveux très prononcées, j'ai un look très atypique. J'ai parfois des regards appuyés mais pas forcément mauvais ou offusqués, que ce soit de patients ou de famille. Y'a toujours un petit quelque chose, un petit moment et puis après on discute, on voit que les gens s'apaisent et font fi de ça et on passe dans la relation soignant-soigné ou soignant-famille et au final ça pose problème.

ESI : Parce qu'ils voient au-delà de ça, et derrière ça se passe bien ?

→ **IDE K.** : Exactement.

ESI : Je vois. C'est parfait, ça fait une transition parfaite pour le dernier sujet : la relation soignant-soigné. Puisque vous l'abordez, c'est quoi pour vous la relation soignant-soigné ?

→ **IDE K.** : Pour moi c'est surtout s'adapter voir quels sont les besoins de mon patient ou de la famille. Est ce que ça va être un besoin juste de dialogue ? de réassurance ? d'échange ? Potentiellement liés à la situation de soin ou au-delà. Pas forcément parler de la maladie ou des traitements mais un échange comme 2 personnes qui se croisent dans la rue. On va parler de la pluie et du beau temps. Pour moi ça va être ça la relation soignant-soigné : notre capacité à s'adapter, à mettre de la bienveillance dans nos échanges, expliquer les PES, les thérapeutiques, le futur, le devenir de notre patient à celui ci ou aux familles.

Au final, c'est "quel est le besoin de mon patient et comment moi en tant que soignant je vais répondre à ce besoin de la manière la plus pro et empathique possible ?"

ESI : Et alors justement, pour vous, qu'est ce qui fait une « bonne » relation soignant-soigné ? Qu'est ce qui peut la faciliter, l'encourager ? Au contraire quels sont les leviers pour la freiner ?

→ **IDE K.** : C'est une question très compliquée. La relation soignant-soigné se crée uniquement si le patient et si le soignant sont chacun enclin à l'ouverture et à la création de cette relation.

Qu'est ce qui peut être un frein : si on a un patient qui est dans le refus en fait de l'ouverture à cette création de relation soignant-soigné. Ou si le soignant de son côté est dans le refus. A quoi ça pourrait être lié un refus ?

Du point de vue du patient *silence* peut-être la difficulté de se retrouver hospitalisé ? Le déni d'une maladie ? d'une évolution de maladie ? ou simplement un déni de certains signes cliniques en phase aiguë ?

On peut aussi retrouver la crainte de la blouse blanche, le physique du soignant, les piercings, les tatouages. On peut aussi avoir le sexe du soignant.

Du côté du soignant *silence* alors, clairement si y'a un refus de la relation soignant-soigné de la part du soignant *grimace* y'a un problème quand même, ce n'est que mon avis mais je l'ai vécu. Mais ça peut être un patient qui nous renvoie du négatif, le soignant peut s'offusquer, se renfrogner et donc crée des difficultés à la création de la relation soignant-soigné. On peut aussi avoir le passif du patient, on a parfois des patients toxicomanes, qui ont commis des délits. En psychiatrie

on a des violeurs, des pédophiles, des gens qui ont tué d'autres personnes, ça aussi je l'ai vécu. J'ai été confronté à des patients qui avaient commis des meurtres et des tentatives de meurtres.

ça c'est pour la partie freins. Pour la partie leviers, je vais dire moteurs pour la relation soignant-soigné :

Tout simplement, je vais dire la manière dont on va avoir des échanges. Déjà le ton employé, dans les 2 sens. Est ce qu'on va réussir à trouver des leviers communs, des choses qui nous rapprochent, ça peut être plein de choses, notre origine, notre couleur de peau, est ce qu'on se ressemble physiquement, les tatouages c'est pour moi quelque chose qui peut créer un levier. Même si moi j'ai au final peu de petites mamies et de petits papis qui sont tatoués, même si on en a, ça viendra dans le futur. Je pense que ça peut être toutes ces choses là. Est ce qu'on a vécu des choses similaires dans nos vies ? Est ce qu'on a fait des voyages ? Tout ça je pense que ça peut créer des leviers et des facilités à la création de la relation soignant-soigné.

ESI : Et donc pour vous, de ce que j'ai entendu, les tattoo peuvent être à la fois un frein et un levier, un moteur de relation ?

→ **IDE K** : Complètement puisque c'est quelque chose d'esthétique pour moi et pour beaucoup de personnes je pense. Même si pour certaines y'a un réel pansement. Une réelle médication associée aux tatouages. Je pense notamment aux femmes qui ont vécu une mastectomie à la suite à un K du sein. ça va être de la reconstruction de soi, de son image, ça va être un palliatif à une situation traumatisante. Dans ce cas là je pense qu'on est plus dans de la médication, du soin, un pansement que juste le côté esthétique. Après, y'a aussi une espèce de rituel, on ne fait pas ça par hasard. C'est une ritualité pour soi, c'est plein de sens mais c'est aussi de la ritualité puisqu'on va entrer... comment dire ça.. on va entrer dans... pas dans une famille parce qu'on s'en fout, mais on va entrer dans un modèle ou on va pouvoir rencontrer des personnes qui nous ressemblent. J'ai fait mon mémoire de fin d'étude sur la toilette mortuaire et dans l'entrée de processus de deuil pour le soignant. Donc j'ai appris ce qu'est un rite et ce que sont les rituels. Finalement, c'est tout simplement ce qui permet aux membres d'une société de se ressembler et de trouver du sens à leurs actions.

Je pense que le fait qu'il y ait de + en + de personnes tatouées c'est aussi rentré dans une forme de ritualité.

Pour moi le tattoo y'a une forme d'esthétique, une forme de pansement, un petit peu de médication personnelle, mais y'a aussi l'entrée dans une certaine forme de ritualité et l'appartenance à une certaine communauté peut être aussi.

ESI : Et alors du coup avec tous ces éléments en tête, à quoi faites-vous attention lors de l'entrée en relation soignant soigné ? A quoi êtes-vous attentif lors de la première rencontre avec un patient ? A vos mots ? Votre gestuelle ? Votre ton de voix ?

→ **IDE K.** : C'est assez marrant comme question. On me l'a souvent fait remarquer pendant mon parcours d'étudiants. C'est devenu un automatisme : quand je rentre dans une chambre, bon je me présente, je dis qui je suis, et j'arrive un petit peu dans des chaussons. C'est à dire que je vais arriver de manière très calme, vraiment en marchant sur des œufs pour essayer de savoir un petit peu à qui j'ai affaire ?

Est ce que mon patient est enclin à ce que j'ai des échanges avec lui ? Est ce qu'il est dans le besoin ? dans la demande ? Ou est ce que je vais plutôt l'importuner mais je vais pas avoir le choix, lui expliquer qui je suis, ou est ce qu'il est, surtout chez nous, les soins palliatifs pour le commun des mortels c'est le couloir de la mort. Les patients et la famille arrivent avec d'énormes aprioris. Ce que je comprends, j'avais les mêmes en arrivant dans le service. Mais ça change, ils comprennent, ils acquièrent la capacité de comprendre que c'est empreint de beaucoup plus de symbolisme que ça. Donc déjà y'a ça quand je vais rentrer dans une chambre. Et en fait, je m'adresse au patient d'une manière complètement différente que quand je suis dans les couloirs à discuter avec mes collègues ou dans la salle de soins. Je l'ai remarqué en fait pendant mes stages. Je suis passé par plusieurs services très différents (EHPAD, chirurgie, psychiatrie). et en fait dans tous mes stages on me disait "Kevin c'est impressionnant tu as des capacités relationnelles innées" *surpris*. Elle me dit "je comprends pas ton truc, tu m'énerve" *rires* "t'as une capacité à t'adresser au patient, c'est toujours juste et adapté et je sais pas comment tu fais, ça m'énerve" *rires*. On m'a dit que je m'adressais toujours de manière adaptée, avec beaucoup de bienveillance et d'empathie dans la voix. "Tu n'as jamais la voix que tu as ailleurs dans l'hôpital". Au fur et à mesure j'ai essayé d'y prêter attention et c'est vrai. J'ai pas la même voix quand je décroche au téléphone, que j'échange avec le patient ou les familles, j'ai une voix beaucoup plus douce, calme et posée que le reste du temps.

Donc au final pour moi la création de la relation soignant-soigné elle passe par changer mon mode de communication mais sans réelle intention de ma part. C'est mon mode de fonctionnement pour entrer dans la relation et pour essayer de la créer. Et puis bon après on s'adapte hein, au fur et à mesure des jours, on arrive à trouver la juste proximité avec le patient. Il y a des patients avec qui je

suis beaucoup plus proche qu'avec d'autres. Y'a des patients ou on va s'appeler par nos prénoms. En soins palliatifs, les familles et les patients nous appellent par nos prénoms. On est une petite équipe, les gens qui nous côtoient de l'extérieur nous appellent par nos prénoms donc ça crée déjà des leviers pour la relation soignant-soigné.

ESI : Oui au final ça crée une proximité et une toute autre dimension dans la relation soignant-soigné.

→ **IDE K.** : Complètement, complètement. Mais malgré tout on est toujours emprunt de beaucoup de respect, ça n'enlève absolument rien au professionnalisme et au respect qu'on leur témoigne. Que ce soit nous vis à vis d'eux ou inversement. Y'a aussi certains de mes patients qui me tutoie et je trouve ça très agréable même si je ne les tutoie pas, je trouve ça très agréable parce qu'on est dans quelque chose de beaucoup plus fort, de beaucoup plus empreint de sens et d'affection que lorsqu'on se vouvoie.

ESI : Et du coup une marque de confiance ?

→ **IDE K.** : Ah oui oui complètement. La j'étais de nuit avec une patiente atteinte d'un cancer qui la fait beaucoup tousser et qui se retrouve avec une pneumopathie avec peu d'effets positifs de l'antibiothérapie parce que la tumeur grandit, le cancer progresse. Donc c'est une patiente qui est réveillée la nuit par des quintes de toux .On a beau lui faire de la morphine à visée antitussive, les effets restent limités .Elle a même pas sonné, je l'ai entendu j'y suis allée je lui ai dit "Mme X je vais vous passer de la morphine, ça fait 15 min, je vous entends, je peux pas vous laisser souffrir, je vais vous aider", je lui propose aussi du valium pour l'aider à retourner à son sommeil. Elle me dit "vous êtes sur que je vais dormir ?", je la rassure, elle me dit que c'est tout ce qu'elle veut, dormir. Et je lui dit que je sais, que ça va agir, l'apaiser, la faire dormir et elle m'a dit "Merci Kevin" et dans son merci on sentait qu'elle était soulagée. Que le "merci Kevin", c'était merci pour ce que vous avez fait VOUS Kevin. Pas juste merci à l'infirmier quoi. La c'est beaucoup plus fort que ça.

ESI : Oui c'était un merci qui allait au-delà de la politesse ?

→ **IDE K.** : Complètement oui.

ESI : Je vois. On parle de communication depuis tout à l'heure et en général on parle beaucoup du corps du patient dans le soin mais pour vous c'est quoi la place du corps du soignant ? Est-ce que c'est « juste » un outil de travail ? ou est ce que ça va au-delà de ça ?

→ **IDE K.** : Pour moi ça va au-delà, bien entendu.

Le corps c'est un vecteur de plein de choses, d'émotions, d'affection, c'est aussi une des clés, un des leviers dans la relation de soins.

Au premier abord, notre corps c'est notre enveloppe. Au final, c'est notre représentation.

C'est pas évident à expliquer. C'est notre enveloppe de base, on est constitué comme ça. Je parle d'une manière où il n'y a rien derrière, on arrive sur terre comme ça, on est un corps, des cellules, de l'eau, des trucs. Au final on a pas le choix, c'est comme ça qu'on est créé. On a 2 bras, 2 jambes, on fait ce qu'on a à faire avec, d'une part.

Après, je pense qu'on a notre corps, on arrive comme ça, d'accord mais on a aussi notre corps qui est rempli de ce qu'on est. Notre âme, nos courants de pensées, on a plein de choses. Et puis on a tout ce qu'on veut faire avec ce corps. Nous c'est faire des choses techniques, *fait des guillemets avec ses doigts* "réparer", aider, soigner, médicamenter. ça passe par des gestes techniques, invasifs ou pas. Et puis c'est aussi notre apparence : la couleur de nos yeux, nos cheveux, nos tatouages, tout ça.

Je pense au final que c'est peut être aussi un levier, on y revient à la création du lien de la relation ss, ça on en a déjà parlé. Tout ça, le corps en fait partie.

Mais je pense que c'est aussi ce qui va nous permettre d'apporter beaucoup de choses au patient. Certes, pour l'aider mais ça va nous aider à lui témoigner plein de choses. Avec le corps on a tout un mécanisme qui est associé notamment lors du toucher. Pas que le toucher parce que quand on voit un corps on l'analyse, on s'en fait une représentation. On va se dire "lui il est mince, il est gros, grand, petit, il me véhicule quelque chose de positif, de négatif. Tiens je vois cette personne, elle m'impressionne, elle me témoigne une certaine beauté, physique ou de coeur", je vais avoir un apriori, pas d'a priori, je vais me sentir bien, pas bien.

Et tiens, quand cette personne va me toucher je vais aussi sentir des choses.

Je pense que le toucher est vecteur de beaucoup de choses. C'est ce qui va permettre de créer du lien, de témoigner et de ressentir de l'affection. J'ai vu un reportage sur l'importance du toucher et j'ai une collègue qui nous a fait une intervention sur le toucher massage.

Quand les êtres humains se touchent, tout un tas de mécanismes opèrent dans le corps, le cerveau, d'un point de vue hormonal aussi, avec l'ocytocine, l'hormone du bonheur. Les sentiments amoureux sont très liés au toucher. On peut parler aussi de sentiments amicaux, ou de bienveillance dans la relation soignant-soigné par exemple, pas forcément de l'amour au sens du couple. Je pense que le corps est très important dans la relation soignant-soigné. Il est important de faire avec le corps qu'on a, de toute façon on a pas le choix et puis je pense qu'on en joue peut être aussi un petit peu. Au final, peut être que ce que je vous expliquait tout à l'heure sur la façon de poser ma voix quand je m'adresse au patient c'est lié à tout ça. Peut être qu'au final, les casseroles que l'on va trainer, le parcours de vie, notre façon de nous adresser aux autres, pas forcément les patients mais partout, va

peut être pas dépendre que de ce qu'on a vécu mais aussi du corps que l'on va montrer aux autres, peut être. Je laisse cette question en suspens j'aime bien, *rires*.

ESI : ça tombe bien puisque c'était ma dernière question sur le guide d'entretien, est ce que vous souhaiteriez rajouter quelque chose ?

→ **IDE K.** : Non, je pense que c'est assez complet.

ESI : Merci encore d'avoir participé.

→ **IDE K.** : Pas de soucis. Avec plaisir, bonne fin de journée et bon courage !

III - Retranscription entretien AS/ESI M

ESI : Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours ?

→ **AS/ ESI M. :** Je m'appelle M*. J'ai 24 ans et je suis aide soignante et étudiante infirmière en dernière année. J'ai commencé ma formation à La Rochelle puis je suis revenue ici pour la dernière année car mon conjoint et mes amis sont à Rennes et alentours. Avant ça j'ai fait 2 ans en licence de bio puis la prépa pour le concours, à Rennes.

ESI : D'accord, merci. Est ce que vous pouvez me donner votre définition de l'IDE ?

→ **AS/ ESI M. :** Pour moi une IDE, c'est une personne à l'écoute. Cela m'évoque la patiente. C'est quelqu'un qui a envie de prendre soin des autres. C'est avoir envie de connaître la médecine, le corps humain et différentes manières de soulager les autres. Être infirmière c'est pleins de choses qui se mélangent en faites. C'est un métier qu'on ne choisit pas par hasard

ESI : Est-ce que vous diriez que c'est une vocation ?

→ **AS/ ESI M. :** Je n'aime pas parler de vocation. Car cela me renvoie à la religion, aux bonnes sœurs de l'époque qui faisaient fonction d'infirmière. Sauf que maintenant ce n'est plus ça, c'est un métier. Mais comme je l'ai dit, on ne le choisit pas par hasard. Il faut vraiment avoir l'envie de le faire, le désir d'être infirmière. Puis au départ on se fait une image de ce que c'est puis au fur à mesure de l'expérience on découvre vraiment le métier. On a des moments difficiles mais aussi des grands moments de joie. Il faut être accrochée et être passionnée pour rester au top pour les patients.

ESI : Comment qualifieriez-vous le métier ? Quels mots ou adjectifs utiliseriez vous ?

→ **AS/ ESI M. :** Je dirai ... Passionnant dans un premier temps mais difficile émotionnellement. C'est un métier qui implique notre personnalité et qui peut nous toucher. Qui peut susciter des larmes de joie mais aussi de tristesse. Je trouve que c'est un métier qui implique d'être soi-même et authentique pour pouvoir comprendre et recevoir le ressenti des patients

ESI : Et alors pour vous, c'est quoi une infirmière compétente ?

→ **AS/ ESI M. :** Oula... Question difficile. Je ne pense pas qu'il y ait d'infirmière compétente type. On n'a pas un schéma. L'essentiel c'est d'être soi-même dans un premier temps. Ensuite il faut savoir écouter, savoir rester silencieuse quand il le faut, être empathique. Finalement être présente pour les patients c'est le plus important pour qu'ils se sentent en sécurité, confiant et compris. Mais chaque

infirmière a sa manière de montrer qu'elle est présente en fonction de sa personnalité. Certains utiliserons l'humour, d'autres la douceur, le calme etc...

En tout cas, la technique ce n'est pas le plus important pour faire une infirmière compétente ! Car tout le monde pourrait poser des perfusions, mais qui sait écouter un patient en fin de vie, accompagner les patients... ça c'est autre chose...

Je pense aussi que pour être une infirmière compétente bien évidemment les connaissances et faire des liens sont bien sûr une chose essentielle

ESI : Ok, rentrons dans le vif du sujet : le tatouage ! Quelle serait votre définition de celui-ci ?

→ **AS/ ESI M.** : Pour moi c'est une forme d'art. Qui permet de s'exprimer sur notre peau avec de l'encre. Ca pique un peu mais on y prend vite goût !

Très bien. Et depuis quand êtes-vous tatouée ?

Depuis deux ans environ. J'ai commencé par le petit, là sur le poignet **montre la fleur sur son poignet droit** et puis j'ai continué avec celui-là **montre son avant bras, parure de fleurs**.

ESI : Selon vous pourquoi on se tatoue ?

→ **AS/ ESI M.** : Je pense que c'est une manière de se démarquer et de pouvoir exprimer des choses qui nous touchent à travers notre corps. Je vois un peu mon corps comme une toile, et là je peux faire ce que je veux comme dessin. Comme ça les évènements marquants, sont vraiment **guillemets** marqués **appuie sur le mot**. Et peut-être que j'ai un petit côté rebelle **rires**

ESI : Avez-vous déjà eu des remarques de patients sur vos tattoos ?

→ **AS/ ESI M.** : **Sourire** Oh oui ! Pleins de remarques aussi bien positives que négatives !!

J'ai une petite histoire sympa **rires**, c'était quand j'étais en première année d'infirmière. J'étais tatouée depuis peu et assez fière de mon tatouage. J'avais une petite résidente en charge et je devais lui faire un aérosol. Je rentre dans sa chambre, je l'avais déjà vu plusieurs fois, mais là je passe mon bras tatouée devant elle pour attraper le masque d'aérosol. Elle me chope le bras et me dit, mademoiselle pourquoi vous vous êtes fait des dessins sur le bras comme ça ? Ce n'est pas joli pour une jeune fille. Je lui réponds que j'aime bien et que je compte même en avoir d'autres ! Et elle me rétorque : Vous savez, c'est ceux qui sont dans des gangs qui ont des tatouages ! Je lui ai répondu

qu'elle ne savait pas ce que je faisais dans ma vie privée, et peut être qu'effectivement j'étais dans un super gang hyper dangereux.

Je crois qu'elle n'a pas compris la blague et ne m'a jamais reposer la question ! *rires*

Après j'ai eu pleins de remarques positives par des gens tatoués et non tatoués. Des patients qui me disent qu'ils adorent les tatouages mais ils ont peur de passer le pas car c'est définitif.

Enfin bon dans tous les cas, ça lance les conversations !

ESI : Certaines de ses remarques ont-elles déjà renvoyées à votre compétence ?

→ **AS/ ESI M.** : Oui aussi ! Mais beaucoup plus rarement. Mais oui j'ai eu des patients qui me trouvaient incompétente car j'étais tatouée et donc je n'étais pas une personne sérieuse !

Je trouve que le plus choquant c'est quand les patients ou mêmes certaines personnes de mon entourage demandent si cela n'est pas un frein pour se faire embaucher à l'hôpital, que pour les concours et les entretiens il vaut mieux cacher les tatouages. C'est surtout ces remarques qui me gênent le plus. Je réponds souvent que si je ne suis pas embauchée à cause de mes tatouages c'est que c'est un endroit qui ne me correspond pas !

ESI : Selon vous, pourquoi certains patients réagissent de manière négative face aux tattoos de leurs soignants ?

→ **AS/ ESI M.** : Je pense que c'est une question de génération. Car de plus en plus de personnes se font tatouer et c'est devenu « banal ». Avant, le tatouage était vu comme quelque chose de vulgaire, rebelle et mauvais genre. Une patiente m'a dit « C'est le gens qui ont fait de la prison qui sont tatoués ». Voilà l'idée de l'époque et la mauvaise image des tatouages !

Alors que le tatouage existe depuis très longtemps et c'est de l'art à part entière.

ESI : Et pour les réactions positives ?

→ **AS/ ESI M.** : Il y a une part de curiosité, d'envie. On me demande souvent ce que représentent mes tatouages. C'est une manière aussi je pense de questionner la personne qui se trouve derrière la blouse blanche. De se sentir un peu plus proche et pour une fois ce sont les patients qui questionnent et non l'inverse. On se sent plus humain.

ESI : Avez-vous arrêté de vous tatouer depuis que vous êtes soignante/étudiante ?

→ **AS/ ESI M.** : Je ne suis pas encore IDE, je suis diplômée dans quelques mois. Mais pour rien au monde j'arrêterai, j'ai même pleins de projets. Précédemment j'ai dit qu'être IDE c'était avant tout être soi-même et authentique... bah, mes tatouages c'est moi, c'est ce que je suis.

ESI : Vous parlez d'authenticité, d'être soi-même auprès du patient, dans la relation. Justement, quelle est votre définition de la relation soignant soigné ?

→ **AS/ ESI M.** : C'est une question assez vaste. Je dirai que la relation soignant soigné est composée de plein de choses. C'est une relation d'écoute et d'aide. Le soignant et le soigné sont deux personnes avec leur caractère et leur personnalité.

Le soignant place le patient au centre de la conversation, le but est de l'écouter et de prendre en soin dans l'intégralité le patient. Mais vraiment l'écouter c'est-à-dire accuser réception de ce que le patient confie. Le but est de montrer qu'on est présent dans les moments compliqués et d'essayer au mieux de répondre aux demandes des patients.

La relation soignant soigné, je pense que c'est des moments de douceur, de douleurs mais aussi de joies. En soi c'est juste une relation humaine donc forcément imprévisible et spontanée. Notre côté infirmier rend cette relation empathique, on est plus attentif à certains détails que pour une conversation lambda avec une autre personne.

Bref, c'est énormément de choses !

ESI : Et du coup pour vous qu'est ce qui fait une « bonne » relation soignant-soigné ?

→ **AS/ ESI M.** : La confiance et l'authenticité ! Sans hésiter. Il faut que la personne soignée se sente bien et en confiance avec la personne soignante. Sinon la relation ne fonctionnera pas. C'est comme dans la vie ! Et comme je n'arrête pas de répéter l'écoute ! L'empathie et bien sûr la bienveillance !

ESI : Alors qu'est ce qui pourrait venir la freiner ?

→ **AS/ ESI M.** : Le temps. Si on est trop rapide dans notre façon de faire, qu'on ne pose pas les questions et qu'on ne prend pas le temps d'écouter les réponses. Là ça peut pas être un soin. C'est pour ça que c'est important d'être en bon nombre dans les services, pour avoir le temps d'écouter. Car c'est super de pouvoir faire tous les pansements, les prises de sang etc... Mais c'est encore mieux de se poser même quelques minutes et écouter, entendre et comprendre ce que la personne ressent. Quand je dis ça ce n'est pas forcément une personne qui a envie de se confier sur tout, sur

des choses tristes etc... Cela peut être des choses positives, notamment sur les évolutions des pathologies.

ESI : Et au contraire quels sont pour vous les leviers pour la faciliter, l'encourager ?

→ **AS/ ESI M.** : Quand on est authentique cela permet d'être plus accessible et donc des fois de trouver des points communs. Bah comme les tatouages par exemple, quand je rentre dans une chambre, quand les patients ont aussi des tatouages cela permet d'avoir un bon sujet de conversation, un point d'accroche, quelque chose qui rend humain en faites.

ESI : En ayant tout ça en tête, selon vous les tatouages font partie de quelle catégorie du coup ? Frein ou levier ?

→ **AS/ ESI M.** : C'est assez patient-dépendant ! En tout cas ça intrigue, ça permet d'engager des conversations. Après sur certaines personnes qui associent les tatouages à la fête, à la drogue, aux gangs etc... Effectivement cela peut être un frein. Mais je trouve que c'est de plus en plus rare.

ESI : A quoi faites-vous attention lors de l'entrée en relation soignant-soigné ? A quoi êtes-vous attentif lors de la première rencontre avec un patient ?

→ **AS/ ESI M.** : D'abord au visage du patient, dans quel état d'esprit il est. S'il est douloureux, anxieux, jovial ou bien complètement fermé ? Cela se voit quand on entre dans la chambre, si la personne ne nous regarde pas, fronce les sourcils, transpire, si la personne est pâle etc... C'est la première chose.

Ensuite on s'adapte ! Du coup on adapte le ton de sa voix, sa gestuelle et ses mots ! Par exemple, je ne ferai pas d'humour avec quelqu'un qui est tout pâle et qui transpire. Il faut s'adapter et être attentif !

ESI : Pour vous quelle est la place du corps du soignant dans la relation soignant soigné ?

→ **AS/ ESI M.** : Le corps peut trahir certaines de nos émotions après pour moi notre corps nous appartient. On utilise nos mains pour travailler, notre corps pour porter, soigner, soulager d'autres corps. C'est notre outil de travail.

Au centre de la relation soignant soigné pour moi c'est le corps du patient et non le corps du soignant en première position. Finalement c'est comment on fait les gestes qui compte, pas comment est notre corps.

IV - Tableaux d'analyse des entretiens

A. Tableau 1 : Le métier infirmier

Thème	Le métier infirmier		
Objectif	Déterminer les différents axes du métier infirmier		
Classification	<p><u>Apprentissage</u></p> <p>- Apprentissage théorique</p> <p>IDE K. : "Connaissances solides", "en sortant de l'école on ne sait pas grand chose"</p> <p>AS/ESI M. : "avoir des connaissances", "les connaissances"</p> <p>-Apprentissage pratique / par l'erreur</p> <p>IDE K. : "Droit de se tromper", "on se rattrape", "se servir de tout ça pour avancer, devenir meilleur"</p> <p>AS/ESI M. : "au fur et à mesure de l'expérience on découvre vraiment le métier"</p>	<p><u>Compétences</u></p> <p>- Compétences professionnelles</p> <p>IDE K. : "rigoureux", "conscientieux", "avoir une éthique", "réflexion éthique" x2, "réfléchir en fonction de l'intérêt du patient"</p> <p>AS/ESI M. : "savoir écouter" x2, "savoir rester silencieuse", "envie de connaître la médecine, le corps humain", "connaître différentes manières de soulager les autres", "faire des liens"</p> <p>- Compétences relationnelles</p> <p>IDE K. : "s'adapter aux patients", "adapter notre discours", "discours adapté", "capacité à s'adapter au patient", "trouver la bonne empathie", "trouver les mots justes", "la juste-proximité", "forte empathie", "altruisme", "bienveillance"</p> <p>AS/ESI M. : "empathique", "présente pour les patients", "être soi-même" x2, "bienveillance", "authentique", "comprendre et recevoir le ressenti des patients"</p>	<p><u>Implication</u></p> <p>- Notion d'évidence</p> <p>IDE K. : "on ne fait pas ce métier par hasard", "on n'en arrive pas là par hasard", "on ne devient pas infirmier par hasard"</p> <p>AS/ESI M. : "on ne le choisit pas par hasard" x2</p> <p>- Forte implication personnelle</p> <p>IDE K. : "Dévouement", "on donne beaucoup de soi", "vie qui évolue à un rythme complètement différent", "horaires particuliers"</p> <p>AS/ESI M. : "implique notre personnalité", "passionnant"</p> <p>- Forte implication émotionnelle</p> <p>IDE K. : "notion d'attachement"</p> <p>AS/ESI M. : "difficile émotionnellement", "peut nous toucher", "susciter des larmes de joies mais aussi de tristesse", "envie de prendre soin des autres"</p>

B. Tableau 2 : Le tatouage

Thème	Le tatouage		
Objectif	Identifier la signification et la représentation du tatouage.		
Classification	<p><u>Une pratique</u></p> <p>- Artistique IDE K. : "forme d'art que l'on pose sur soi"</p> <p>- Définitive IDE K. : "marque indélébile"</p> <p>- Qui suscite des choses chez l'autre IDE K. : "des regards", "des regards appuyés", "y'a toujours un petit quelque chose", "un petit moment", "question de génération", "quelque chose de très connoté"</p> <p>AS/ESI M. : "aussi bien positives que négatives", "manière de questionner la personne derrière la blouse blanche", "curiosité", "envie", "des patients qui me disent qu'ils adorent les tatouages", "se sentir un peu plus proches", "on se sent plus humain", "sujet de discussion", "ça lance les conversations", "elle m'a dit que ce n'était pas joli pour une fille", "que c'est pour ceux qui sont dans des gangs", "une patiente m'a dit 'c'est les gens qui ont fait de la prison qui sont tatoués'", "pas une personne sérieuse", "quelque chose de vulgaire, rebel et mauvais genre"</p> <p>- Que l'on fait pour soi avant tout</p> <p>IDEK. : "on le fait principalement pour soi avant de le faire pour les autres" "ça nous définit, par rapport à notre propre vision", "pas au regard des autres"</p>	<p><u>Le corps</u></p> <p>- Une entité physique et psychique IDE K. : "notre enveloppe", "notre enveloppe de base", "des cellules, de l'eau, des trucs", "comme ça qu'on est créé", "notre âme, nos courants de pensées", "rempli de ce qu'on est"</p> <p>AS/ESI M. : "Mon corps comme une toile"</p> <p>- Vecteur d'image à l'autre IDE K. : "notre représentation", "notre apparence", "couleur de nos yeux, cheveux, tatouages", "quand on voit un corps on l'analyse, on s'en fait une représentation"</p>	<p><u>Les-sence du tatouage</u></p> <p>- Esthétique IDE K. : "aspect esthétique", "côté esthétique" x2, "esthétique" x2, "esthétisme"</p> <p>- Thérapeutique IDE K. : "pansement" x3, "médication" x3, "reconstruction de soi", "palliatif à une situation traumatisante", "soin"</p> <p>- Ritualité IDE K. : "Rituel", "ritualité" x3</p> <p>- Source de message IDE K. : "entrer dans un modèle", "rencontrer des gens qui nous ressemblent", "permet aux membres d'une société de se ressembler", "appartenance à une communauté",</p> <p>AS/ESI M. : "manière de se démarquer", "exprimer des choses qui nous touchent", "côté rebel", "les événements marquants sont vraiment marqués"</p>

C. Tableau 3 : La relation soignant -soigné

Thème	La relation soignant-soigné			
Objectif	Dégager les composantes de la relation soignant-soigné			
Classification	<p><u>L'entrée en relation</u></p> <p>- Observation</p> <p>IDE K. : “essayer de savoir un petit peu à qui j'ai affaire”, “patient enclin ?, dans le besoin ?, dans la demande ?”</p> <p>AS/ESI M. : “Visage du patient”, “douloureux, anxieux, jovial ou bien complètement fermé ?”, “cela se voit quand on entre dans la chambre”, “si la personne nous regarde ou pas, fronce les sourcils”, “être attentif”, “ensuite on s'adapte”</p> <p>- Communication non-verbale</p> <p>IDE K. : “j'arrive un peu dans des chaussons”, “arriver de manière très calme”, “en marchant sur des oeufs”</p> <p>AS/ESI M. : “on adapte [...] sa gestuelle”</p> <p>- Paralangage</p> <p>IDE K. : “je m'adresse au patient d'une manière complètement</p>	<p><u>Une relation à plusieurs niveaux</u></p> <p>- Relation sociale</p> <p>IDE K. : “je me présente”, “je dis qui je suis”, “expliquer qui je suis”, “expliquer où il est”, “pas forcément parler de la maladie ou des traitements”, “parler de la pluie et du beau temps”, “un échange comme 2 personnes qui se croisent dans la rue”</p> <p>AS/ESI M. : “relation humaine”, “imprévisible et spontanée”, “deux personnes avec leur caractère et leur personnalité”</p> <p>- Relation fonctionnelle</p> <p>IDE K. : “quels sont les besoins de mon patient ?” x2, “répondre à ce besoin”, “expliquer”</p> <p>AS/ESI M. : “essayer au mieux de répondre aux demandes des patients”, “le côté infirmier nous rend plus attentif à certains détails”, “relation d'aide”</p> <p>- Relation de confiance</p> <p>IDE K. : “s'adapter” x2, “mettre de la bienveillance dans nos échanges”</p> <p>AS/ESI M. : “placer le patient au centre de la</p>	<p><u>Freins et moteurs de la relation</u></p> <p>- Freins côté patient</p> <p>IDE K. : “patient dans le refus”, “difficulté de se retrouver hospitalisé”, “déli d'une maladie”, “évolution d'une maladie”, “déli de certains signes cliniques”, “crainte de la blouse blanche”, “physique du soignant”, “sexe du soignant”</p> <p>- Freins côté soignant</p> <p>IDE K. : “soignant dans le refus”, “patient qui nous renvoie du négatif”, “soignant peut s'offusquer, se renfrogner”, “passif du patient”, “patients qui ont commis des délits [...] des meurtres”</p> <p>AS/ESI M. : “temps”, “si on est trop rapide dans notre façon de faire”, “ne prend pas le temps d'écouter”</p> <p>- Points communs comme moteurs</p> <p>IDE K. : “trouver des leviers communs”, “choses qui nous rapprochent”, “origine”, “vécu similaire”, “voyages”, “couleur de peau”, “se ressemblent</p>	<p><u>Le corps, support à la relation</u></p> <p>- Vecteur d'émotion</p> <p>IDE K. : “vecteur d'émotion”, “vecteur d'affection”, “va nous aider à lui (le patient) témoigner plein de choses”, “témoigner et ressentir de l'affection”, “sentiments amicaux ou de bienveillance”,</p> <p>AS/ESI M. : “peut trahir certaines de nos émotions”</p> <p>- Vecteur de soins</p> <p>IDE K. : “tout ce qu'on veut faire avec ce corps. Nous c'est faire des choses techniques”, “réparer, aider, soigner, médicamenter”, “passe par des gestes techniques, invasifs ou pas”</p> <p>AS/ESI M. : “outil de travail”, “nos mains pour travailler”, “notre corps pour porter, soigner, soulager d'autres corps”, “c'est comment on fait les gestes qui comptent, pas comment est notre corps”</p> <p>- Vecteur de lien par le toucher</p> <p>IDE K. : (en parlant du corps) “aussi un levier”, “création du lien de la relation</p>

	<p>différente que quand je suis dans le couloir par exemple”, “beaucoup d’empathie et de bienveillance dans la voix”</p> <p>AS/ESI M. : “on adapte le ton de sa voix, [...] ses mots”</p>	<p>conversation”, “relation d’écoute”, “l’écouter” x2, “relation empathique”</p>	<p>physiquement”, “tatouages” AS/ESI M. : “trouver des points communs”, “un point d’accroche”, “quelque chose qui rend humain”, “quand les patients ont des tatouages, cela permet d’avoir un bon sujet de conversation”</p> <p>- La communication au service de la relation IDE K. : “manière dont on va avoir des échanges”, “ton employé” AS/ESI M. : “avoir un bon sujet de conversation”</p> <p>- Attitudes au service de la relation AS/ESI M. : “se poser, même quelques minutes”, “être authentique”, “entendre”, “l’écouter”, “comprendre”, “se sente bien et en confiance avec la personne soignante”, “bienveillance”</p>	<p>soignant-soigné”, “le corps en fait partie”, “apporter beaucoup de choses au patient”, “permettre de créer du lien”, “Quand les êtres humains se touchent, tout un tas de mécanismes opèrent dans le corps, le cerveau, d’un point de vue hormonal aussi, avec l’ocytocine, l’hormone du bonheur”, “le toucher est vecteur de beaucoup de choses”, “le corps est très important dans la relation soignant-soigné”</p>
--	--	--	--	--

NOM : DEBANNE
PRENOM : Naïs

TITRE : Encrée en relation
TITLE : Enter-ink the relationship

RÉSUMÉ

L'entrée en relation soignant-soigné est un moment tout particulier. Le soignant et le patient s'observent mutuellement. Le patient peut alors relever la présence de tatouage chez le soignant. J'ai rencontré lors de mes stages, deux situations où mes tatouages aux bras ont suscité des réactions très différentes. En quoi la présence de tatouages visibles chez le soignant influence-t-elle l'entrée en relation avec le patient lors de la prise en soins ? J'ai commencé par étudier des concepts comme le tatouage, l'infirmière, l'identité, le corps et la relation soignant-soigné. J'ai ensuite été recueillir le point de vue de deux soignants concernant ces mêmes concepts. Il est alors apparu que c'est la relation de confiance qui peut être impactée par les tatouages du soignant. Le tatouage peut favoriser la confiance entre un soignant et un patient s'il représente un point commun ou un bon sujet de conversation. A l'inverse, il peut être délétère si le patient identifie le tatouage comme quelque chose de négatif (violence, manque de sérieux).

ABSTRACT

The beginning of the caregiver-caretaker relationship is a very special moment. Both the nurse and the patient examine each other. In the process, the patient might see tattoos on the nurse. During my internships I have encountered two situations with two very different outcomes. How does the presence of visible tattoos on the nurse's body influences the beginning of the relationship with the patient ? I started by studying concepts such as : tattoo, nurse, identity, body and caregiver-caretaker relationship. Next, I gathered the points of view from two nurses on these notions. It then appeared to me that it's the trust that can be affected by the nurse's tattoo. The latter can enhance trust between a caregiver and a caretaker if it represents a thing in common or a great topic of conversation. On the contrary, it can be harmful if the patient identifies the tattoo as something negative (violence, lack of seriousness).

MOTS CLÉS : tatouage, infirmier, relation soignant-soigné, confiance, impact

KEYWORDS : tattoo, nurse, caregiver-caretaker relationship, trust, impact

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