



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

**La posture professionnelle de l'infirmière dans la relation de confiance
favorisant l'alliance thérapeutique**

Formateur référent mémoire : Marylène Oléron

CALES-POISSON Solenn
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 2 mai 2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études :

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier, 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 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant : CALES-POISSON Solenn

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

Tout d'abord, je remercie ma référente MIRSI (Mémoire d'initiation à la Recherche en Soins Infirmiers), Mme Marylène Oléron, qui s'est rendue disponible pour m'accompagner, me guider et me conseiller tout au long de ce travail.

Je remercie ma référente pédagogique, Mme Christine Le Bihan, qui m'a accompagnée durant cette formation et qui a été là lorsque ça n'allait pas. Je la remercie pour sa disponibilité, sa gentillesse, sa bonne humeur et son écoute.

De plus, je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique pour ces trois années de formation, je les remercie pour leurs partages de connaissances, d'expériences, leurs humours et surtout leurs soutien, qui m'ont fait mûrir et progresser afin de devenir la soignante que je suis.

Merci aux deux infirmières que j'ai interviewées qui m'ont accordé du temps et pour leur gentillesse, merci de m'avoir tant appris lors de mes stages.

Un grand merci à ma mère qui m'a toujours soutenue lors de cette formation, mais surtout tout au long de ma vie. Merci de m'avoir écoutée, soutenue, réconfortée quand ça n'allait pas et de m'avoir supporté quand j'étais fatiguée et de me partager sa bonne humeur.

Également un grand merci à mon conjoint qui m'a également soutenu tout au long de mon parcours, qui était là quand ça n'allait pas, qui me supportait aussi lorsque j'étais fatiguée, qui me facilitait la vie lors des stages pour que je me concentre sur celui-ci, et merci pour sa bonne humeur et son humour.

Un grand merci à Manon, ma meilleure amie, qui a toujours été là, dans les bons comme dans les mauvais moments. Elle m'a toujours soutenue, réconfortée, écoutée et surtout m'a toujours donné le sourire. Merci d'être là pour moi.

Enfin, j'aimerais remercier toutes les personnes qui ont été à mes côtés tout au long de cette formation. Je remercie plus particulièrement Morgane et Mathilde qui m'ont beaucoup aidée tout au long de ce travail et de cette formation. Merci car grâce à vous cette formation qui est déjà très forte en émotion et très enrichissante l'a été encore plus.

SOMMAIRE

Introduction	1
Cheminement vers la question de départ	2
Cadre conceptuel	4
La posture professionnelle de l’infirmière	4
L’infirmier/ère	4
La posture professionnelle	4
Les dimensions de la compétence	5
Le savoir-faire et le savoir-être infirmier	5
De la posture professionnelle à la création d’une relation	5
La relation de confiance	6
Débuter une relation soignant-soigné	6
Communication	7
Composantes de la communication	7
Modes de communication	7
Langage verbal	8
Langage non verbal	8
Langage paraverbal	9
Instauration d’une relation de confiance	10
Nuance avec la relation d’aide	10
Alliance thérapeutique	11
Les étapes du processus selon Margot Phaneuf	11
Aspects fondamentaux	12
But	12
Évaluation	13
Dispositif méthodologique du recueil de données	14
Analyse descriptive des entretiens	16
Analyse interprétative et discussion	22
La posture professionnelle	22
La relation de confiance	23
Alliance thérapeutique	25
Conclusion	27
Bibliographie	28
Annexes	31
Quatrième de couverture - Résumé	

*“Chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque
rencontre est donc singulière.”*

(Formarier, 2007)

I. Introduction

Actuellement en 3^{ème} année en Institut de Formation en Soins Infirmiers au CHU de Rennes et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Mon sujet de recherche va porter sur les soins relationnels et, plus particulièrement, sur la création d'une relation de confiance qui permettrait de développer une alliance thérapeutique avec le patient.

Ayant une appétence pour les soins relationnels, la création d'une relation soignant-soigné dans le respect, la bienveillance et la confiance est selon moi très enrichissant.

Les soins relationnels représentent la majeure partie de notre travail et ce sont des soins quotidiens que nous pratiquons de manière différente en fonction des patients.

Le lien créé avec un patient est primordial dans les soins. Il nous permet d'élaborer une relation de confiance avec le patient ce qui facilite l'alliance thérapeutique.

Ainsi, je vais d'abord présenter mes situations d'appels et mon questionnement qui aboutiront à ma question de départ. Puis, j'exposerai les propos d'auteurs dans le cadre théorique afin d'explicitier les notions présentes dans ma question de départ. Ensuite, j'analyserai les entretiens que j'ai réalisés avec des infirmiers de terrain. Enfin, je mettrai en commun les propos des auteurs avec ceux des infirmiers et développerai mon positionnement professionnel.

II. Cheminement vers la question de départ

Première situation d'appel :

Un matin vers 9 heures Mr B, soixante ans, arrive pour un remplacement valvulaire aortique percutané (sigle anglais = TAVI).

Je l'accueille et commence l'entrée administrative. Nous faisons un point sur l'intervention. Je le questionne sur les symptômes de sa pathologie, il me parle de sa dyspnée, son asthénie, puis nous parlons de son quotidien, il est très souriant.

Je lui pose un cathéter pour lui administrer du Ferinject. Il s'installe sur le lit et pendant le soin nous discutons, il raconte des blagues...

Le lendemain, je vais le voir pour prendre ses constantes, et faire un prélèvement veineux. Il me dit "vous allez encore me piquer" je lui réponds en rigolant "bah oui il faut bien que je m'entraîne", il se met à rire. Nous discutons, une relation de confiance s'installe entre nous. Parfois, il me tutoie, s'excuse, je lui dis que ça ne me dérange pas, je comprends que mon jeune âge facilite le dialogue.

Le lendemain matin, afin de surveiller son taux d'hémoglobine je lui fais une prise de sang, et nous discutons : il me dit être content de me voir.

Au vu des résultats, l'interne nous prescrit un concentré de globule rouge.

À mon arrivée dans la chambre pour le transfuser, je vois sa fatigue. Je le questionne pour savoir comment il se sent et il se confie sur ses maux. Pendant que je fais la vérification, je parle avec lui, nous apprécions tous les deux de discuter ensemble.

Avant son départ pour un autre service, je vais le voir et lui dis que c'est la dernière fois que l'on se voit, il me dit un grand merci pour tout ce que j'ai pu faire pour lui, l'écoute, la discussion et le sourire que je lui ai apporté alors qu'il ne se sentait pas bien.

Cette situation m'a beaucoup touchée, car c'était la première fois que j'avais une telle relation avec un patient.

Deuxième situation d'appel :

Un matin vers 8 heures j'accueille une jeune femme de 22 ans qui vient pour une radiofréquence (RF), je réalise son entrée administrative, et prend ses constantes. Mme B est infirmière, elle a fait ses études dans le même IFSI que moi.

Nous en venons à parler de la procédure de la RF, elle me dit que lors d'un de ses stages elle a pu voir cette procédure et justement ça lui fait assez peur. Je l'interroge et elle me dit qu'elle a peur d'avoir mal.

À ce moment, l'infirmière entre dans la chambre, je lui fais part des inquiétudes de la patiente.

Elle prend la situation en main et s'assoit à côté d'elle, lui sourit et avec une voix douce elle lui demande ce qu'il se passe. Mme B lui dit qu'elle est anxieuse vis-à-vis de l'intervention. Alors l'IDE part chercher un classeur explicatif de l'intervention afin de refaire le point sur le déroulé du soin : la salle, le matériel, et les différentes étapes de l'intervention.

En effet, la première étape est le déclenchement par des médicaments d'une crise de tachycardie afin de repérer d'où vient le foyer électrique. Elle lui explique que ce moment peut être assez inconfortable, mais qu'il y aura toujours une infirmière à côté d'elle. La seconde étape est l'ablation par radiofréquence de ce foyer. Comme pour la première étape, cela peut être très inconfortable. Enfin, la troisième étape consiste à recréer une crise de tachycardie pour voir si tout le foyer électrique a été détruit. Mme B semble un peu plus rassurée après les explications de l'IDE.

L'IDE lui dit que si elle le souhaite on peut demander au médecin de prescrire un anxiolytique pour la détendre ce qu'elle accepte, Mme B la remercie de ses explications.

Cette situation m'a marquée, car je me suis identifiée à cette patiente qui avait mon âge et qui était infirmière. J'ai apprécié voir les actions, les méthodes de communication et la conduite de l'IDE vis-à-vis de la patiente.

Ces situations vécues ont fait émaner quelques interrogations en moi. Quels éléments de communication ont permis de créer une relation de confiance ? Comment l'infirmière a-t-elle pu percevoir les besoins de la patiente ? Est-ce que la communication non verbale de l'infirmière à participer à l'élaboration de la relation soignant/soigné ? Quels éléments ont été favorables à créer une relation de confiance ? Quel impact la relation soignant/soigné peut-elle avoir sur le déroulé des soins ? Quels sont les moyens de l'IDE pour personnaliser une relation soignant/soigné ? Comment appréhender la gestion de leurs émotions ?

C'est à l'aide de toutes ces interrogations que j'ai formulé ma question de départ.

En quoi la posture professionnelle de l'infirmière avec le patient amène-t-elle à créer une relation de confiance favorable à une alliance thérapeutique ?

III. Cadre conceptuel

1. La posture professionnelle de l'infirmière

1.1. L'infirmier/ère

L'OMS définit l'infirmier et les soins infirmiers ainsi :

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.

D'après l'article R.4311-2 "Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade." (*Article L4311-1 - Code De La Santé Publique, 2022*)

1.2. La posture professionnelle

Afin d'illustrer ce concept, nous allons dans un premier temps, définir ce qu'est une posture. Selon G. Lameul "une posture est la manifestation (physique ou symbolique) d'un état mental. Façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions, elle exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification." (Lameul, 2008, p.89). La posture professionnelle quant à elle se définit, selon C. Paillard comme :

La place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité, mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus. (Paillard, 2021, p. 480).

D'après ces définitions, nous pouvons voir que la posture professionnelle est propre à chacun, qu'elle dépend de nos valeurs et montre la place que l'on veut avoir lors de notre exercice professionnel. Elle peut également être influencée par nos croyances, mais aussi par nos compétences.

1.2.1. Les dimensions de la compétence

Il en existe trois : la connaissance qui correspond au savoir, les attitudes qui correspondent au savoir-être et la pratique qui correspond au savoir-faire. (Dupichot, 2018)

Selon Margot Phaneuf, le savoir-être correspond au fait "d'être en phase avec la situation, de manifester la conduite appropriée, les comportements et les attitudes attendues en fonction des caractéristiques, des enjeux de la situation et du type d'interlocuteurs en présence." (Phaneuf, 2019, p. 7) Le savoir-faire, selon le dictionnaire le Larousse, se définit comme "une compétence acquise par l'expérience dans les problèmes pratiques, dans l'exercice d'un métier" (synonymes : dextérité, maîtrise, compétence). Pour M.Phaneuf, le savoir-faire correspond aux savoirs pratiques et scientifiques appris en études d'infirmière.

1.2.2. Le savoir-faire et le savoir-être infirmier

Il existe une certaine ambiguïté entre ces deux termes, dans son article J-J Guilbert, propose des exemples afin d'essayer de nous éclairer. Il explique que pour un patient, le plus important, c'est ce que fait l'infirmière, comment et pourquoi. Un de ces exemples concerne la capacité à rassurer la mère d'un enfant qui va subir une intervention chirurgicale majeure. Est-ce du savoir-être ou du savoir-faire ? Dans cette situation, il peut être difficile de savoir si cela relève du savoir-faire ou du savoir-être. D'après J-J Guilbert, la majorité des personnes auraient tendance à dire qu'il s'agit de savoir-être, mais d'autres expriment également le fait que pour rassurer quelqu'un, il faut beaucoup de savoir-faire. Il précise également que la capacité à rassurer quelqu'un correspond à une compétence à communiquer avec autrui. Ce terme est moins ambigu que ne l'est le savoir-être.

1.3. De la posture professionnelle à la création d'une relation

Dans les parties précédentes, nous avons pu voir que la posture professionnelle est un concept complexe qui est propre à chaque individu. Pour A. Manoukian, certains concepts sont indispensables à la création d'une relation. Ce sont des concepts qui sont intimement liés à la posture professionnelle.

En effet, dans son ouvrage *La relation soignant-soigné* (2008), A. Manoukian explique que le non-jugement envers le patient est un élément phare et indispensable à la création d'une relation. Le soignant devant accepter le patient tel qu'il est, avec ses émotions, ses qualités et ses défauts. Il développe également deux autres notions importantes : l'authenticité et l'empathie. L'authenticité permet l'établissement d'une relation honnête, en toute transparence. Cette notion ne fonctionne que si le soignant reste lui-même, ce qui n'est pas toujours facile en fonction de la situation. L'empathie est quant à elle décrite comme le résultat d'une relation proche entre deux personnes, pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre. Pour lui, l'écoute est nécessaire pour parvenir à l'empathie. Ces deux notions nous montrent l'importance de se connaître, de connaître ses forces et ses faiblesses ainsi que ses réactions devant une situation que l'on supporte plus ou moins bien. Elles peuvent avoir un impact sur la relation soignant-soigné.

2. La relation de confiance

2.1. Débuter une relation soignant-soigné

A. Manoukian met en lumière ce concept :

C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation. [...] Mais une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires[...] Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire le sens. (Manoukian, 2008, pp 9-10).

M. Formarier ajoute que "les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques [...] chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures" (Formarier, 2007, p. 34).

Ainsi, on peut dire qu'une relation est une rencontre entre des personnes distinctes qui va se construire via des interactions, des échanges dans un contexte particulier, qui va durer dans le temps. On peut ajouter que " chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière." (Formarier, 2007, p. 33)

C.Paillard définit la relation soignant-soigné comme :

“Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience.”
(Paillard, 2021, p. 328)

2.2. Communication

La communication est essentielle dans une relation de soins. Ainsi, elle correspond à “l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur), en vue d'atteindre certains objectifs.” (Anzieu.D et Martin.J Y p. 189). Communiquer c'est aussi “aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre” (Bioy, Bourgeois, & Negre, 2009, p. 18). On peut également ajouter à ces définitions les travaux de Virginia Henderson concernant les 14 besoins fondamentaux et notamment le dixième besoin qui correspond au besoin de communiquer. Grâce à ces illustrations, nous prenons conscience de la place que peut avoir la communication de façon générale et à plus forte raison dans le soin. Il est aussi intéressant de développer le concept selon ses composantes et les différents modes de communication existants.

2.2.1. Composantes de la communication

Il existe quatre composantes à la communication, le schéma de Shannon et Wiener les caractérise ainsi :

- l'émetteur : personne qui transmet un message
- le message : qui va passer par un canal, interne (5 sens) ou externe (téléphone, journal...)
- le récepteur : personne qui reçoit le message
- le feed-back : qui peut être positif ou négatif

2.2.2. Modes de communication

D'après Bernard et Musellec les types de langage sont classés en 3 catégories : le verbal, le paraverbal et le non verbal. Le langage non verbal est le plus utilisé avec 55% contre 38% pour le langage paraverbal et seulement 7% pour le langage verbal. (Bernard & Musellec, 2020, p 8). Pour mieux comprendre, il faut illustrer ces termes.

2.2.2.1. Langage verbal

Il repose sur le langage écrit ou parlé. Pour le soignant, il est essentiel de laisser le patient parler. "L'observation du langage du patient nécessite de laisser le patient s'exprimer. Les questions ouvertes en début d'entretien permettent de ne pas limiter ses réponses au « oui » ou au « non »." (Bernard & Musellec, 2020, p 75)

D'après les cours de C. Le Bihan, dans la communication il existe des métamodèles. Il y en a trois : les omissions, les généralisations et les distorsions de cause à effet. Il est important pour le soignant de les repérer, car elles peuvent changer le sens d'une phrase ou faire que nous sommes dans l'interprétation, car nous ne savons pas vraiment ce que cela voulait dire. Exemple, un patient qui nous dit avoir mal, s'il est là parce qu'il a une douleur abdominale, on va penser que c'est là qu'il a mal alors que la cause de sa douleur peut être liée à un alitement prolongé qui lui donne des douleurs dans le dos. De plus, ce genre de distorsions est très habituel dans le langage commun, c'est pour cela qu'il faut y être vigilant. (Le Bihan, 2021)

Les notions d'écoute active et d'empathie sont mises en avant de la part du soignant. Ce moment d'écoute va permettre au soignant de connaître les préoccupations et problèmes du patient.

Pour finir sur la communication verbale, on peut voir qu'il existe des mots qui protègent ou à l'inverse des mots qui font du mal. En effet des mots comme : calme, confortable, sécurité, chaud, sourire... vont vers le bien être, la protection et la sécurité. Tandis que des mots comme : peur, mal, douleur, couper, piquer, doute, casser... vont plutôt vers l'inconfort, la tension, l'insécurité. (Virot & Bernard, 2018, p. 73)

2.2.2.2. Langage non verbal

Le non verbal correspond aux postures, aux touchers, aux regards, aux expressions du visage. Tout n'est pas exprimé uniquement par le langage verbale, car "plus que ce que l'on dit, c'est la façon de le dire qui fait foi [...] le langage du corps est le seul qui soit sincère" (Bioy, Bourgeois, & Negre, Communication soignant-soigné, Repères et pratiques, 2009, p. 53).

Pour Évelyne Terrat "Le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales. Cette communication peut renforcer le langage parlé, mais aussi le contredire. Il peut y avoir discordance entre ce que nous disons et ce que nous exprimons de façon non verbale, car ce mode de communication est plus instinctif." (Paillard, 2021, pp. 113-114)

D'après l'ouvrage *Communication soignant-soigné*. "Le geste se transforme en indice d'une bonne écoute. Ce type de langage se compose des éléments suivants: la distance physique encore appelée proxémique, l'expression faciale (froncement de sourcils, clignement des paupières...), le contact des

yeux (fuyant, directif, menaçant...), le contact physique, la posture, les gestes (bras croisés, hochement de la tête...). L'apparence compte également : vêtements reflétant une culture différente, port de la blouse blanche, odeurs corporelles assimilées à l'hygiène, les parfums..." (Paillard, 2021, pp. 113-114)

2.2.2.3. Langage paraverbal

Pour Bernard et Musellec la communication paraverbale correspond à "tout ce qui touche à la manière de parler, de manier les sons et les silences. » La voix comprend plusieurs caractéristiques : le volume (faible, moyen et fort), la hauteur (aiguë, médium, grave), le timbre (clair, moyen, rauque), l'intonation (neutre, expressive), le débit (lent, moyen, rapide), le rythme (constant, varié).

"Le timbre de la voix importe beaucoup dans l'interaction, car le patient est très attentif au moindre signe pouvant l'informer sur sa pathologie. Plus le timbre est grave, plus il est rassurant et va entraîner l'adhésion de l'interlocuteur" (Bernard & Musellec, 2020, p. 70)

"Le rythme de la voix est aussi le reflet des émotions. Il peut révéler de la peur ou de l'anxiété quand il est rapide chez le patient ou être interprété comme un défaut d'écoute chez le soignant." (Bernard & Musellec, 2020, p.71)

Le fait de repérer le rythme de la voix de son interlocuteur permet de débiter la synchronisation paraverbale qu'on appelle pacing. (Bernard & Musellec, 2020, p.71)

Le pacing respiratoire est une technique en deux temps : tout d'abord, il y a la synchronisation respiratoire du soignant avec le patient puis le fait de ne parler que durant l'expiration du sujet.

"Cette forme de mirroring discret va renforcer l'alliance avec le patient. La respiration est un processus physiologique le plus souvent inconscient, automatique, qui assure l'homéostasie de l'organisme. Le fait de prendre conscience de la respiration permet de la moduler." (Bernard & Musellec, 2020, p.73)

Lorsque l'on ressent une émotion tel que le stress ou une douleur, la fréquence respiratoire va s'accélérer et à l'inverse lorsque nous sommes calmes, celle-ci va diminuer.

"Une fois la synchronisation obtenue, un rythme rapide pourra être modifié pour qu'il soit plus lent avec des pauses ou des silences, ce qui permet de diminuer le stress et donc de moduler l'anxiété ou la peur, comme l'attestent des études expérimentales." (Bernard & Musellec, 2020, p.73)

Selon Bernard et Musellec "La synchronisation respiratoire est un élément puissant pour créer un mode d'entrée en relation ou simplement pour renforcer ou stabiliser une relation établie." (Bernard & Musellec, 2020, p.73)

2.3. Instauration d'une relation de confiance

Pour définir une relation de confiance, il faut, dans un premier temps, définir le terme de confiance. Pour le dictionnaire Le Larousse, la confiance correspond au sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose. Pour Bellenger "la confiance interpersonnelle se construit dans un processus où chacun prend progressivement de petits risques l'un envers l'autre. Elle s'identifie selon trois facteurs : l'engagement d'au moins une des personnes, le respect mutuel des personnes en relation et la volonté de s'engager et négocier ce processus de risque pendant un certain temps." (Bastian et coll., 2001, p. 95).

Ici, le terme de processus est important, car il "nous informe qu'il ne s'agit pas seulement d'établir une relation de confiance, mais de lui permettre d'apparaître, de se développer et de se maintenir." (Bastian et coll., 2001, p. 95). L'instauration de cette relation de confiance peut prendre du temps, elle se fera en fonction du rythme du patient. C. Paillard identifie la relation de confiance comme une "compétence relationnelle" puisqu'elle "tient compte de l'histoire du patient pour établir, avec lui, une communication fiable, constructive." Lorsqu'un patient nous accorde sa confiance cela "favorise l'émergence de la parole, rassure, pose une sécurité, un climat." (Paillard, 2021, p 130). De ce fait, l'instauration d'un climat de confiance se développe tout au long de l'hospitalisation "il intervient dans le champ infirmier dès l'accueil, ou encore en éducation thérapeutique, en santé mentale et d'autres secteurs où ces relations dépendent du positionnement du soignant face à une personne vulnérable." (Paillard, 2021, p 130). C. Paillard nous fait également part des limites que comporte la confiance. En effet, le temps, les compétences et l'expertise infirmière sont nécessaires pour que le patient nous fasse confiance "mais elle demeure incontournable pour collaborer avec l'équipe soignante, avec les personnes soignées." (Paillard, 2021, p 130). Enfin, pour Stéfanie Senn, "la confiance forme la base d'une relation thérapeutique et en est l'un des attributs les plus importants." (Paillard, 2021, p. 28).

2.4. Nuance avec la relation d'aide

Avant de passer à la partie sur l'alliance thérapeutique, nous allons définir la notion de relation d'aide, afin de voir la nuance entre relation d'aide et relation de confiance.

Selon A.Manoukian "la relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre avec sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle [...]. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné" (Manoukian, 2008, p. 56)

Nous pouvons conclure que la création de la relation de confiance est la première étape à la création de l'alliance thérapeutique.

3. Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est une phase clef recherchée par l'infirmière.

M. Phaneuf la définit comme la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être. (Phaneuf, 2016).

Selon A. Bioy et M. Bachelart "L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés." (Bioy & Bachelart, 2010, p. 317)

Comme vu précédemment avant d'avoir une alliance thérapeutique de la part d'un patient, il faut tout d'abord créer une relation de confiance.

Pour Jacques Chalifour "ce lien permet de bâtir, au cours des rencontres, des échanges constructifs afin que le «client» (personne soignée) s'investisse dans son traitement et termine par accepter de ne plus se réfugier derrière ses mécanismes de défense, mais d'explorer les potentiels, avec l'aide du soignant". (Paillard, 2021, p. 28)

3.1. Les étapes du processus selon Margot Phaneuf

Dans son article sur l'alliance thérapeutique, M. Phaneuf affirme que l'alliance thérapeutique se crée et s'installe entre l'infirmier et le patient en quatre étapes. La première consiste à l'instauration d'une relation d'aide avec "écoute, empathie, non-jugement, considération positive par le soignant" puis une "acceptation de la relation par le client, confiance et engagement mutuel" grâce à une motivation et une implication des deux personnes. La troisième étape stipule que "la relation thérapeutique favorise la progression" et amène à la clarification d'objectifs communs. Enfin, le patient est compris et soutenu donc son état de santé s'améliore (Phaneuf, 2016, p. 3).

Elle nous explique que "la relation infirmière-client avec ses multiples possibilités est la substance même de l'alliance thérapeutique. C'est son dynamisme qui la fonde et la rend possible." (Phaneuf, 2016)

3.2. Aspects fondamentaux

D'après M-C. Mateo l'alliance thérapeutique "concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute" et celle-ci est composée d'au moins quatre aspects fondamentaux :

→La négociation, pour être d'accord sur le cadre thérapeutique

→La mutualité

→La confiance

→L'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient) (Jovic & Formarier, 2012, p. 64)

Afin d'aider les personnes à adhérer au projet thérapeutique, Antoine Bioy propose des objectifs de communication :

Prendre un rôle actif dans la relation qu'il instaure avec l'équipe soignante, changer certaines de ses habitudes de vie, trouver un équilibre entre les exigences d'un traitement et les exigences de la vie, assumer les contraintes d'une surveillance régulière, prendre en charge son propre traitement, utiliser de manière optimale les services de soins, accepter le caractère chronique de la maladie ou d'un handicap, se faire entendre auprès des institutions, des services et des professionnels qui peuvent contribuer à améliorer son état de santé ou ses conditions de vie. (Paillard, 2021, p. 28)

M.Phaneuf ajoute que "le client consent à s'engager, à utiliser ses capacités personnelles de motivation, de ténacité, de détermination et de persévérance pour les mettre au service de son évolution" (Phaneuf, 2016, p. 6)

3.3. But

M. Phaneuf compare l'alliance thérapeutique à une poupée russe "où se trouvent des couches successives d'interventions".

Elle possède à la base toutes les qualités d'un accompagnement thérapeutique construit sur une relation particulièrement chaleureuse où l'infirmière à partir de l'utilisation thérapeutique de soi partage avec le client des objectifs d'action en vue d'une progression de son état. L'infirmière et le client poursuivent ainsi d'un commun accord des objectifs d'amélioration de sa souffrance, de sa dépression, de sa toxicomanie ou d'autres difficultés physiques ou mentales. (Phaneuf, 2016, p. 9)

M-C. Mateo nous précise que “l’alliance thérapeutique représente l’un des meilleurs facteurs prédictifs de l’issue thérapeutique” (Jovic & Formarier, 2012, p. 6)

3.4. Évaluation

Dans son article M. Phaneuf nous explique que “Toute intervention infirmière qui mérite d’être mise sur pied mérite aussi qu’on évalue, même de manière sommaire et informelle, les résultats obtenus”. En effet il existe une échelle d’évaluation : l’échelle de Luborski (cf. annexe 1). Cette échelle d’évaluation s’utilise à partir d’un questionnaire simple tels que : l’alliance thérapeutique vous a-t-elle permis de vous améliorer ou votre situation s’est-elle aggravée ? Et dans quelle mesure ? Cette grille est facile d’utilisation par l’infirmière comme par le patient.

Il existe d'autres méthodes d'évaluation de l'alliance thérapeutique comme le Working Alliance Inventory (WAI) (cf.annexe 2) créé par Horvath et Greenberg, 1989. Cette échelle permet de mesurer l'alliance thérapeutique selon le modèle théorique de Brodin qui identifie trois dimensions dans cette alliance : les liens (développement d'un attachement interpersonnel positif entre le patient et le thérapeute incluant confiance et respect mutuel), les tâches (perception par chaque partenaire de la pertinence et de l'efficacité des tâches de la thérapie, ainsi que le partage d'une responsabilité dans leur exécution) et les objectifs (compréhension, validation et acceptation par les deux partenaires des objectifs de changement de la thérapie). “Il n’est pas centré sur le patient ou le thérapeute, mais évalue essentiellement la relation patient-thérapeute.” (Hervé et coll., 2008, p. 68)

IV. Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de confronter mes recherches théoriques à la réalité du terrain, j'ai réalisé deux entretiens avec deux infirmières diplômées d'état. Le but de ces entretiens était d'avoir une vision réelle sur mon sujet. En effet, la notion de posture professionnelle est une notion subjective propre à chaque personne. Et les notions de relation de confiance et d'alliance thérapeutique sont vécues par les infirmières tous les jours au contact des patients.

J'ai donc fait le choix d'utiliser la méthode qualitative, avec des entretiens semi-directifs à questions ouvertes (cf. annexes 3) ce qui m'a permis de garder une "ligne de conduite" lors de mes entretiens, tout en laissant une certaine liberté d'expression aux personnes interrogées.

Pour construire mon guide d'entretien, je me suis basée sur les grands axes que j'ai développés lors du cadre théorique. Ces dernières étant :

- la posture professionnelle
- la relation de confiance
- l'alliance thérapeutique

J'ai donc rédigé 8 questions ouvertes répondant chacune à des objectifs afin de pouvoir compléter mes apports théoriques.

Je me suis ensuite questionnée sur le profil des professionnels à interroger. Il m'a donc semblé cohérent de m'entretenir avec 2 infirmières ayant vécu des expériences différentes. Sachant que pour mon stage de semestre 5 j'allais en stage dans un service de cardiologie en hôpital de semaine et mon stage de semestre 6 numéro 1 aux urgences, je trouvais intéressant le fait de "confronter" ces deux services où la prise en soins est différente et où la durée de prise en soins n'est pas la même.

Lors de ces stages, j'ai pu travailler avec différentes infirmières et certaines m'ont particulièrement marquées.

J'ai donc réalisé mon premier entretien avec une infirmière, qui dans l'analyse des entretiens sera appelée IDE 1, qui exerce dans le service de cardiologie. Au cours de sa carrière elle a souhaité développer d'autres compétences. " J'ai toujours été très sensible à l'accompagnement et la prise en charge des patients dans leur globalité. Parce que j'estime que le métier d'infirmière, ce n'est pas seulement des soins techniques. En cardiologie, on a beaucoup de patients qui vivent avec une maladie chronique et donc ça me semblait important d'accompagner les patients dans leur parcours

de soins. Donc, j'ai choisi de faire un DU. En fait, j'ai fait un diplôme universitaire d'éducation thérapeutique." Elle a également suivi une formation en communication thérapeutique.

La deuxième infirmière, qui sera appelée IDE 2, travaille aux urgences de Pontchaillou depuis presque 10 ans, elle est tutrice de stage et a une appétence pour les soins relationnels. Elle accorde une importance particulière à créer une relation soignant-soigné de qualité.

Elles souhaitaient que je leur envoie les questions de mon guide d'entretien avant l'entretien afin de pouvoir s'y préparer.

Les deux entretiens se sont déroulés en présentiel dans les services respectifs de chacune.

Pour enregistrer les entretiens, je leur ai d'abord demandé leur accord puis j'ai utilisé le magnétophone de mon téléphone portable.

Le premier entretien avec l'IDE 1 a duré 41 minutes et 55 secondes, nous avons pu échanger dans un bureau du service.

Le second entretien avec l'IDE 2 a duré 16 minutes et 51 secondes, nous avons échangé dans la salle de pause du personnel.

Lors de mes entretiens, j'ai pu rencontrer certaines limites. Tout d'abord, je connaissais les deux infirmières ce qui a peut-être influencé leur réponse. Ensuite le fait d'avoir envoyé les questions de l'entretien aux infirmières, a fait qu'elles étaient peut être moins spontanées dans leurs réponses.

En effet, nous pouvons voir qu'il y a une différence de temps entre les deux entretiens. Lors des entretiens, certaines questions me sont venues au cours de l'échange, notamment sur le thème de la juste distance, cela me fait me dire que j'aurais peut-être dû réfléchir à d'autres questions.

À la suite de la retranscription de mes entretiens, j'ai donc pu analyser ces données afin de les confronter à mes recherches théoriques.

V. Analyse descriptive des entretiens

Nous allons donc passer à l'analyse des entretiens, que j'ai réalisés à l'aide d'un tableau (cf annexe 5). Pour préserver l'anonymat des deux professionnelles interrogées, elles s'appelleront IDE 1 et IDE 2. J'ai analysé ces entretiens selon des objectifs définis à partir des questions posées.

→ Identifier ce que représente la posture professionnelle pour l'infirmière:

Dans les réponses des deux infirmières, on peut voir des éléments en commun et des éléments complémentaires. Pour l'IDE 1 la posture professionnelle correspond à "l'attitude de l'infirmière dans son quotidien.[...] C'est vraiment une prise en charge globale du patient et une attitude qui favorise la communication avec le patient et la relation soignant-soigné pour créer une relation. [...]C'est donc l'attitude de l'infirmière vers le patient." Elle fait le lien avec différentes compétences "savoir, savoir être, savoir-faire". L'IDE 2 me dit que "donner des explications" et "connaître ce dont on parle", qui correspondent aux termes du savoir, est très important. Toutes deux me font part de certains concepts moraux tels que l'empathie, le respect, le non-jugement, la bienveillance. L'IDE 2 me fait part de la présentation physique de l'infirmière, et le fait qu'avoir une présentation physique "propre" lui paraît important : "tenue adaptée, cheveux remontés, ne pas avoir trop de bijoux, pas de vernis, ni les ongles longs". Elle met également l'accent sur l'observation infirmière qui "permet d'identifier ce qui pourrait mettre un frein à la mise en place d'une relation authentique et de confiance." L'IDE 1 dit que la posture professionnelle c'est aussi de savoir adapter sa communication tant sur le langage verbal, mais aussi le paraverbal et le non verbal "se mettre à sa hauteur [...] adapter son intonation de voix".

L'IDE 2 me dit que, comme elle est petite, elle fait jeune et que, de plus, elle est une femme, il est nécessaire pour elle d'avoir une posture professionnelle adaptée "J'essaie de mettre une distance, polie, un petit peu ferme, mais douce à la fois".

→ Identifier les bénéfices et les limites de la relation soignant-soigné :

Les deux infirmières identifient un bénéfice commun qui est à terme l'alliance thérapeutique. Pour l'IDE 2 "La relation soignant-soigné est essentielle pour pouvoir aller au bout du projet de soins" et pour l'IDE 1 "L'objectif c'est vraiment de créer cette relation de confiance et faciliter les soins et faciliter l'adhérence. L'adhésion du patient.". Pour l'IDE 1, la relation soignant-soigné va avoir un impact sur l'anxiété du patient face à une hospitalisation, elle permet de "diminuer le stress de l'hospitalisation". Pour elle, il ne faut pas oublier un aspect très important de la relation, c'est le soigné, le but est qu'il soit acteur de sa prise en soin "il faut faire en sorte que le patient soit acteur du soin, acteur de sa santé".

Concernant les limites de la relation soignant-soigné, elles peuvent venir du patient, de ses émotions, mais aussi de l'organisation du travail de l'infirmière et même certaine fois de l'infirmière elle-même. En effet, l'IDE 2 explique qu'un "patient qui est sous stupéfiants [...] complètement confus [...] semi-comateux" ne permet pas l'établissement de la relation du fait d'une altération de la communication. L'IDE 1 a complété ces limites qui peuvent venir du patient, par le fait que celui-ci ne veut peut être pas communiquer avec nous, ou qu'il puisse ressentir certaines émotions qui ne permettent pas l'instauration de la relation soignant-soigné "le patient peut être réticent [...], réticent à communiquer", "par le stress, manifester de la colère ou de l'insatisfaction". Elle me fait part du fait que la relation peut ne pas s'établir à cause "de l'organisation du service également [...] une surcharge de travail [...] il y a des impératifs dans l'organisation des soins [...] préparer le patient pour une intervention.". Les limites peuvent également venir de l'infirmière, "L'infirmière peut être un jour plus fatiguée ou plus inquiète par des soucis personnels." Ce qui fait qu'elle sera peut être moins en capacité de créer une relation soignant-soigné.

→ Identifier les éléments favorables à la création d'une relation de confiance

Certains facteurs peuvent influencer la création d'une relation de confiance favorablement ou défavorablement.

Pour les deux infirmières, l'environnement est un facteur important. Pour l'IDE 1 "un patient aura plus de facilité à s'exprimer, à se confier s'il est en chambre seule", parce que "le bruit dans les couloirs ou s'il y a des personnes qui entrent et sortent sans arrêt [...] téléphone dans sa poche. Ce sont des interférences à la communication". Donc il faut favoriser un environnement calme, propice à la discussion. L'IDE 2 me dit qu'il faut "observer autour de lui ce qui pourrait favoriser son confort ou pas, et le mettre en place", ainsi le patient se sentira peut être plus en confiance pour pouvoir communiquer. Elle m'explique que le milieu hospitalier est inconnu pour beaucoup de personnes, "Les patients sont dans des endroits qu'ils ne connaissent pas. L'organisation leur est peu familière." Cela peut leur provoquer de l'angoisse.

L'IDE 1 m'explique que la durée de l'hospitalisation est à prendre en compte "La relation de confiance est favorisée par une durée d'hospitalisation longue. Mais pour autant, parfois, on est surpris. Et cette relation de confiance, elle se met en place très rapidement", elle fait le lien avec l'hospitalisation de jour "en hôpital de jour, cette relation de confiance, on a, je dirais un impératif de la créer rapidement pour mettre en place cette relation". Pour certaines personnes accorder sa confiance est quelque chose qui prend du temps et c'est pour cela que le temps d'hospitalisation va influencer la création d'une relation de confiance.

Elle me parle également de l'expertise de l'infirmière comme un élément favorable à la création d'une relation de confiance, "l'expertise dans la discipline et les connaissances sur la pathologie, les traitements, les interventions, ça facilite quand même la relation. [...] il va considérer le discours de l'infirmière comme crédible", cette expertise va également permettre de favoriser la communication "Je dirais qu'une infirmière qui a une expertise et une expérience dans la discipline lorsqu'elle va pratiquer un soin. Elle pourra, elle sera, par son expérience, un peu plus détachée du soin. Un peu moins, même si pour autant, elle sera concentrée sur son soin. Mais elle sera détachée et du coup, pourra, entre guillemets, faire deux choses en même temps. C'est-à-dire pratiquer le soin et communiquer". En effet, la communication est la base de la création d'une relation pour cela il faut "se mettre à la hauteur du patient", et utiliser des techniques de communication "par exemple les questions ouvertes pour faciliter l'expression du patient, la reformulation, valider le discours du patient.". Mais selon la sensibilité de l'infirmière concernant l'utilisation de technique de communication, ça peut avoir un impact sur la relation de confiance "notre propre sensibilité. En tant qu'infirmière aussi. C'est-à-dire qu'il y a peut-être des infirmières qui seront plus à même d'utiliser tel et tel outil. Il faut aussi que chaque professionnel se retrouve. Il ne faut pas se forcer non plus." Le handicap d'un patient peut également altérer la communication "patient malentendant ou un patient malvoyant", dans ces situations il va falloir adapter notre communication.

L'IDE 2 met l'accent sur l'écoute active, "je pense qu'à partir du moment où le patient se sent écouté et qu'on répond à ses besoins, à partir de ce moment-là, la relation de confiance est établie et il adhère au projet de soins puisqu'il nous fait confiance".

L'IDE 2 me dit que l'attitude du soignant et sa posture peuvent avoir un impact défavorable sur la création de la relation de confiance "Quelqu'un qui est familier, désorganisé, qui ne fait pas professionnel. Un patient ne donnera pas sa confiance, je ne pense pas. Donc, il aura du mal à adhérer au projet de soin."

La relation de confiance peut être altérée à cause de mécanismes de défense, selon l'IDE 1 certains patients sont dans le "dénier de la maladie". Cela va donc compliquer la création d'une relation, car pour eux il n'y a pas lieu de créer une relation de confiance s'ils ne sont pas malades.

Elle me fait part du fait que la famille du patient peut être un frein à l'établissement d'une relation de confiance "Un patient qui est accompagné, un patient qui vit en couple, où la femme est omniprésente ou à l'inverse, le mari omniprésent et le mari qui s'exprime beaucoup et qui prend, entre guillemets, la place du patient."

→ Identifier les liens entre la relation de confiance et l'alliance thérapeutique

Pour l'IDE 2, c'est très simple "L'un ne va pas sans l'autre. Je pense que la relation de confiance va permettre au patient de comprendre le but thérapeutique de la prise en soin et donc va le rallier à cette prise en soins là.[...] Il n'y a que la confiance qui peut les amener à adhérer à quelque chose qu'ils ne connaissent pas."

Pour l'IDE 1, "la relation de confiance est indispensable pour créer cette alliance thérapeutique. C'est la première étape.", car pour elle "Si le patient n'a pas confiance, il n'adhèrera pas et ne rentrera pas dans son parcours de soins.". Elle trouve que "Le terme alliance est très expressif. Il inclut vraiment deux personnes. C'est important de créer cette relation de confiance, mais en même temps, il ne faut pas oublier que le patient doit être acteur, c'est-à-dire que c'est le patient qui va évoluer dans son parcours de soins. L'infirmière, le soignant est là pour établir cette relation de confiance."

Pour elle, l'alliance thérapeutique c'est quelque chose qui va durer dans le temps "L'alliance thérapeutique, c'est pour tous les soins, c'est pour tous les soins au cours du parcours de soins du patient, au cours de sa vie avec sa maladie."

Et pour que cela dure, il ne suffit pas que l'infirmière transmette une information sur un traitement ou sur la maladie du patient "Il faut bien faire la différence entre l'information, je dirais, une infirmière peut transmettre une information, mais l'alliance thérapeutique, ça va au-delà. C'est-à-dire que c'est vraiment une éducation et une appropriation par le patient de cette information."

Dans l'alliance thérapeutique, le patient est acteur "C'est vraiment le terme appropriation et le patient acteur qui est important."

Mais elle m'informe que dans certaines situations il n'y a pas de lien entre relation de confiance et alliance thérapeutique "Mais du coup, ce qui est intéressant dans cette... Dans ce cas-là, c'est que cette relation de confiance pour nous, elle existait. L'alliance thérapeutique, on pensait qu'elle existait, mais pour autant, ce n'était pas le cas."

→ Éléments impactant l'alliance thérapeutique

Les deux infirmières m'expliquent qu'avant de créer une alliance thérapeutique il faut avoir identifié les besoins du patient, afin de pouvoir y répondre et favoriser la création d'une alliance thérapeutique.

Dans une situation l'IDE 2 m'explique qu'un de ses patients ne voulait pas rester hospitalisé alors qu'il en avait besoin. "il fallait identifier pourquoi il voulait partir [...] il m'a expliqué qu'il s'ennuyait. Donc, du coup, je l'ai aidé à connecter sa tablette, que sa compagne venait de lui amener avec le wi-fi du CHU. Je me suis renseigné sur la prise en soin qu'il aurait en cure à Saint-Vincent-de-Paul et du coup, j'ai pu lui expliquer qu'il y aurait des activités proposées ou autres. J'ai rappelé l'infirmière d'addictologie pour qu'elle lui parle. Moi également, je lui ai parlé. Je lui ai donné en fait des

informations sur ce qui pouvait lui arriver si il continuait à boire, puisqu'en fait, il n'avait pas notion, si ce n'est qu'il abimait son foie. Il ne savait pas. Il n'avait jamais entendu parler d'encéphalopathie, de delirium tremens et ce genre de choses et donc il a compris le but de la prise en charge. On a accédé à ses demandes par rapport à son ennui. Je lui ai remis un peu plus de Valiums parce que du coup, ce n'était pas moi qui m'en occupais, c'était mon collègue et il avait un peu espacé. Mais le patient ne se sentait pas bien et du coup, il est resté. Et le lendemain, il est parti en cure." Dans cette situation l'infirmière a identifié le besoin du patient et y a répondu ce qui lui a permis d'avoir une alliance thérapeutique avec lui.

L'IDE 2 me fait part d'une patiente qui était atteinte d'une maladie chronique et qui ne suivait pas du tout son traitement au vu de ses résultats de bilan qui se dégradaient. Elle dut également identifier quel était le besoin de cette patiente "Et en explorant progressivement, on a choisi d'expliquer, de prendre le temps d'expliquer à cette patiente ce qu'était sa maladie et elle n'avait pas compris en fait ce qu'était sa maladie. Parce que pour elle, elle se disait qu'on lui a parlé de difficultés respiratoires liées à la maladie. Et pour elle, elle se disait que si elle faisait plus de sport, elle serait moins essoufflée. En fait, l'objectif pour cette patiente pour créer cette alliance thérapeutique. On a pris le temps de lui expliquer sa maladie. Avec des schémas, des dessins, en utilisant des mots simples, on a pris le temps après de lui expliquer à quoi servaient ces médicaments. On prit le temps de lui expliquer aussi les effets secondaires parce que cette dame en fait, en explorant, on s'est aperçu qu'elle ne prenait pas ses médicaments à cause des effets secondaires."

Dans cette situation l'identification des besoins de la patiente et l'explication ont permis de favoriser cette alliance thérapeutique.

Pour l'IDE 1, les mécanismes de défense jouent un rôle important dans l'acceptation de la maladie et dans l'alliance thérapeutique "Cette réaction de déni est légitime parce que vivre avec une maladie chronique invalidante quelque part, c'est comme un parcours de deuil. On passe par le déni, par la colère, par la dépression, par le marchandage, on ne passe par toutes ces phases là et en aucun cas nous, on est là pour juger."

L'IDE 2 m'explique qu'aux urgences "Les patients alcoolisés ou sous stupéfiants. Souvent les patients alcoolisés n'ont pas choisi de venir aux urgences. Comme pour eux, il n'y a pas de problème d'identifié" donc on ne pourra pas créer d'alliance thérapeutique.

L'IDE 1 me fait part de technique qu'elle peut utiliser dans le cadre l'alliance thérapeutique pour faire adhérer le patient. Elle utilise le toucher relationnel "J'ai simplement utilisé le toucher pour apaiser. Il a senti un apaisement, je pense. Et cette alliance thérapeutique, en fait, elle s'est mise en place aussitôt."

Elle utilise également une technique “d’hypnose” : “il suffit de demander au patient ce qu'il fait comme métier, par exemple, ou dire qu'il fait beau aujourd'hui. Est-ce que vous avez un jardin? Et puis voilà. Si le patient dit oui, j'ai un jardin. Qu'est-ce que vous faites en ce moment dans votre jardin? Et voilà. Ça peut en fait permettre de le transférer entre guillemets, le patient dans un lieu, ce qu'on appelle un lieu sûr, un lieu ressource pour le patient. Et du coup, ça peut être un moyen de créer cette relation de confiance et de créer cette alliance thérapeutique.”

Après avoir analysé les données des entretiens, je vais les interpréter. Cette interprétation sera l'objet de la discussion.

VI. Analyse interprétative et discussion

Dans cette dernière partie, je vais croiser les différentes données de mon cadre théorique et les éléments cités par les infirmières lors des entretiens, dans le but de les interpréter, et j'y ajouterai ma réflexion personnelle. Je vais m'appuyer sur la chronologie de mon cadre théorique afin de rester cohérente vis-à-vis du déroulé de ce mémoire.

Je rappelle ma question de départ : *en quoi la posture professionnelle de l'infirmière avec le patient amène-t-elle à créer une relation de confiance favorable à une alliance thérapeutique ?*

1. La posture professionnelle

Au début de ce travail de recherche, la posture professionnelle était pour moi un concept assez flou. Je la définissais comme un ensemble de caractéristiques propres à l'infirmière qui aurait une influence sur l'exercice de son métier, comme sa capacité relationnelle, sa capacité à gérer le stress...

Les écrits de G.Lameul ou encore de C.Paillard m'ont permis de prendre conscience qu'en effet la posture professionnelle est propre à chacun, qu'elle dépend de nos croyances, de nos intuitions, et qu'elle va également dépendre de nos connaissances (savoir-être et savoir-faire). Elle va donner du sens à nos actions. S. Starck affirme que "dans l'exercice d'un métier, ne pas savoir adopter une posture professionnelle relève d'une disqualification majeure." (Starck, 2016). Il porte également l'attention sur "le rôle que tient l'environnement matériel relativement à l'adoption d'une posture. Plus qu'un simple décor, il favorise ou limite le développement de certaines d'entre elles." (Starck, 2016).

L'IDE 1 compare la posture professionnelle à l'attitude de l'infirmière et ajoute à sa définition que c'est une attitude qui favorise la communication. Dans ses propos, elle semble en accord avec les définitions proposées par les auteurs. Je pense que la posture professionnelle de l'infirmière va impacter la relation soignant-soigné.

L'IDE 2 met l'accent sur l'aspect physique de l'infirmière dans la posture professionnelle et insiste sur la nécessité d'avoir des connaissances c'est-à-dire un savoir. D'après G. Lameul une posture correspond à une manifestation physique ou symbolique d'un état mental. On peut en conclure qu'en effet l'aspect physique de l'infirmière va avoir une influence sur sa posture professionnelle.

D'autres facteurs vont influencer la posture professionnelle. En effet, d'après les écrits de A.Manoukian et les entretiens réalisés, j'ai pu identifier des concepts moraux qui sont liés à la posture professionnelle, tels que l'empathie, le non-jugement, l'authenticité, l'écoute et la bienveillance. En effet, pour tous, ces concepts vont permettre à l'infirmière via sa posture professionnelle la mise en place d'une relation de confiance.

2. La relation de confiance

J'ai trouvé intéressant, lors de l'élaboration de mon mémoire, d'aborder la notion de relation soignant-soigné avant celle de la relation de confiance. Pour moi, on ne peut avoir une relation de confiance avec un patient sans avoir créé une relation soignant-soigné de qualité.

C.Paillard nous précise dans sa définition que c'est grâce à la communication que l'on peut créer une relation soignant-soigné. Pour l'IDE 2 l'objectif de cette relation est de créer une relation de confiance, les deux infirmières s'accordent sur le but de faire adhérer le patient aux soins tout en le laissant acteur de sa prise en soins.

Lors des entretiens, l'un de mes objectifs était de connaître les limites à la création d'une relation soignant-soigné, afin de pouvoir compléter mes apports théoriques. Les limites peuvent venir à la fois du patient, mais aussi de l'infirmière. En effet, l'infirmière peut être soumise à une charge de travail trop importante et qui, par manque de temps, aura plus de difficultés à créer une relation soignant-soigné favorable à la création d'une relation de confiance. Mais certains patients ont besoin de temps pour entrer en relation avec l'infirmière. En effet, le patient en arrivant à l'hôpital est dans l'inconnu, il ne connaît pas forcément le fonctionnement, ni le personnel et cela peut être source d'angoisse. Bernard et Musellec nous précisent que :

Nous savons tous qu'une minute n'est pas la même pour tous et varie pour un sujet en fonction de ce qu'il fait pendant cette minute. Les émotions font varier le temps subjectif de chacun : celles qui sont agréables le raccourcissent alors que celles qui sont désagréables l'allongent. Ainsi, le temps paraît plus long lorsqu'on est stressé ou lorsqu'on s'ennuie.

(Bernard & Musellec, 2020, p. 138)

Les facteurs liés aux temps et à l'environnement peuvent être des limites, mais l'IDE 2 me fait part d'une autre limite : les patients sous l'emprise de stupéfiant avec qui aucun lien n'est créé, c'est une problématique à laquelle elle est souvent confrontée aux urgences. Elle m'explique que les patients confus ou semi-comateux peuvent également être une limite à la création d'une relation. Ces "types" de patients ne permettent pas d'avoir une bonne communication. Il s'agit d'un point intéressant car lors de l'élaboration de mon cadre théorique je n'avais pas pensé au concept d'altération de la communication qui aurait été une piste pertinente à explorer.

Selon C. Paillard l'altération de la communication se définit comme "une modification des traits sous l'influence des émotions. Inaptitude ou difficulté, de façon momentanée ou définitive à utiliser ou à comprendre le langage dans les réactions interpersonnelles. D'autres formes de communication peuvent alors pallier aux échanges verbaux. Des formes complexes d'altération peuvent conduire les soignants à développer des stratégies de communication, par exemple avec les personnes atteintes d'autisme ou de démence ou encore avec des personnes dans le coma." (Paillard, 2021, p. 109)

Maintenant que nous avons vu certains points intéressants sur la relation soignant-soigné, nous allons pouvoir développer la notion de relation de confiance.

Sachant que j'avais déjà une définition de la relation de confiance, je souhaitais avoir l'avis des infirmières sur les éléments favorables et défavorables à la création de cette relation afin de confronter la réalité du terrain face aux propos théoriques. Pour moi, il fallait essayer de créer un cadre favorisant la communication afin que la personne puisse se confier plus facilement. Je pensais également, qu'il fallait que l'infirmière ait l'esprit libéré afin d'être en capacité d'entendre les besoins de la personne soignée. C. Paillard nous fait part d'éléments importants, qui vont impacter la création d'une relation de confiance, tels que, le temps, les compétences et l'expertise de l'infirmière. Elle précise que la création de cette relation s'effectue dès l'accueil du patient et se développe tout au long de l'hospitalisation.

Lors de mes entretiens, les deux infirmières ont pu me faire part d'éléments identiques à C. Paillard comme l'importance de l'expertise de l'infirmière, qui va lui donner de la crédibilité. Le temps via la durée de l'hospitalisation, si on prend par exemple l'IDE 1 qui travaille en hôpital de jour ou l'IDE 2 qui travaille aux urgences, les patients ne sont pas là longtemps, donc il y a comme un impératif de créer cette relation de confiance. Par la suite, si le patient est hospitalisé, cette première rencontre aura un impact favorable sur son hospitalisation.

En plus, les infirmières ajoutent que des éléments liés à l'environnement tels que : être dans une chambre simple, être confortablement installé, avoir ce dont on a besoin, peut avoir un impact sur la relation de confiance.

Ces différentes composantes m'ont amenées à réfléchir au ressenti du patient en tentant de se mettre à sa place. Personnellement, je n'aimerais pas parler de mes problèmes s'il y a du bruit, si quelqu'un entend ce que je dis... Même s'il faut garder en tête que certains patients sont plus à l'aise et ne ressentent pas de difficulté à discuter librement de leur vie. Il y a également des personnes habituées aux hôpitaux qui seront moins perturbées par ces différents facteurs extérieurs pouvant influencer la relation de confiance.

Lors de mes entretiens, les infirmières m'ont fait part de certaines situations vécues, ce qui m'a amené à me questionner sur la notion de juste distance. Je n'ai pas abordé cette notion dans mon cadre théorique, non pas par choix, mais parce que je n'avais pas conscience que la relation de confiance, et surtout l'empathie pouvait parfois amener à une grande implication. Les soignants doivent apprendre à prendre une certaine distance dans des situations avec une forte implication émotionnelle. Pour mieux la comprendre, j'ai effectué des recherches complémentaires.

Selon Serge Philippon, "la juste distance n'est pas que la prise de conscience des effets de la relation dans un espace donné et qu'elle s'entend plutôt comme une juste présence mutuellement consenti." (Philippon, 2012)

Pour Pascal Prayez "Il s'agit d'être présent à ce que le patient exprime, puis de reconnaître ce qui se passe en soi. On peut dire que la distance à prendre se situe avant tout par rapport à soi-même". (Prayez, 2007).

Je pense qu'il faut donc essayer de prendre du recul non pas par rapport à l'autre mais surtout par rapport à ce que nous ressentons.

Pour faire le lien avec l'alliance thérapeutique je me suis référée aux écrits de M.Phaneuf et notamment celui où elle définit l'alliance thérapeutique, elle nous précise que la base de celle-ci est la relation de confiance. Lorsque j'ai demandé aux infirmières le lien qu'elles faisaient entre ces deux notions, elles se sont accordées pour dire que l'un ne va pas sans l'autre, et que la création d'une relation de confiance est la première étape avant d'aller vers une alliance thérapeutique.

3. Alliance thérapeutique

D'après les auteurs et les infirmières interrogées, la création d'une relation de confiance est nécessaire à l'alliance thérapeutique du patient.

Pour moi l'alliance thérapeutique ne consiste pas seulement en la bonne prise d'un traitement, au bon suivi d'une alimentation. Mais elle concerne tous les aspects de la vie quotidienne du patient, il faut prendre en compte ses habitudes de vie. Un patient peut suivre correctement un traitement hypocholestérolémiant, aller faire ses bilans sanguins de contrôle, mais manger gras très régulièrement. Pour moi, cela veut dire qu'il n'a pas tout compris sur sa pathologie, son traitement. C'est pour cela qu'il est très important d'intégrer les habitudes de vie du patient. Je pense que l'on peut inclure l'alliance thérapeutique à l'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient). Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), "L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) aide les personnes souffrant de maladies chroniques à devenir capables de prendre en charge leur maladie et produit des bénéfices en termes de santé et financier" (*Éducation Thérapeutique Du Programme De Formation Continue Pour Professionnels De Soins*, 1998).

Afin de pouvoir mettre en place l'alliance thérapeutique avec un patient, on remarque que la caractéristique "définir des objectifs communs" entre le soignant et le patient est nécessaire.

Pour pouvoir me rendre compte de l'importance de la place de l'infirmière dans la création d'une alliance thérapeutique j'ai demandé aux infirmières de me raconter des situations où elles ont dû

mettre des éléments en place pour favoriser l'alliance thérapeutique. D'après ces situations j'ai pu identifier certains éléments importants favorisant ou non la mise en place de l'alliance thérapeutique. Les deux infirmières mettent un point d'honneur à identifier les besoins du patient, quel qu'il soit. En effet, dans leurs situations, on a pu voir qu'un patient ne voulait pas être hospitalisé, car il ne voulait pas s'ennuyer. Alors l'IDE a cherché une solution pour pallier à ce problème. D'après l'IDE, si la priorité du patient est de ne pas s'ennuyer, alors la prise en soins sera difficile voire impossible. Il s'agit donc d'identifier les besoins du patient afin de pouvoir mettre en place des actions en lien avec les besoins de la personne. Cela passe par des petites attentions, tel que : lui apporter une couverture s'il a froid, s'assurer qu'il a toujours de l'eau...

Dans la situation présentée par l'IDE 1, la patiente avait l'air d'avoir compris l'intérêt du traitement, les effets secondaires, et le suivre. Mais lorsqu'elle venait faire ses bilans sanguins, les résultats n'étaient pas bons, et après enquête de l'infirmière auprès de la patiente, il s'est avéré que cette dernière n'avait pas compris l'intérêt du traitement. L'infirmière a donc repris tous ces éléments avec elle, et la patiente a pu comprendre et a ensuite suivi son traitement.

Comme dit précédemment les patients qui pouvaient être sous stupéfiant, confus, ou ayant un handicap (exemple : malvoyant) peuvent être un frein à l'alliance thérapeutique et plus particulièrement les personnes n'ayant pas choisi d'être hospitalisées (exemple : personnes sous l'emprise de l'alcool...).

Il existe certaines techniques pour favoriser l'adhésion du patient lors d'un soin. L'IDE 1 utilise des techniques complémentaires que je trouve très intéressantes comme "l'hypnose" ou encore le toucher relationnel. Mais il faut bien comprendre que ces techniques ne conviennent pas à tous les patients et il faut s'adapter en fonction de la personne qu'il y a en face de nous. La personne peut par exemple préférer faire des exercices de respiration. On peut donc conclure que beaucoup de facteurs interviennent dans l'alliance thérapeutique et notamment des facteurs liés aux patients, car il ne faut jamais oublier que c'est lui qui est acteur et au centre de sa prise en soin.

L'alliance thérapeutique est une relation de collaboration entre l'infirmière et le patient.

Pour conclure cette discussion et ce travail de recherche, grâce à tous ces points, je pense avoir assez d'éléments pour répondre à ma question de départ qui est : *en quoi la posture professionnelle de l'infirmière avec le patient amène-t-elle à créer une relation de confiance favorable à une alliance thérapeutique ?*

Je confirme que la posture professionnelle de l'infirmière va impacter la création d'une relation de confiance et donc l'alliance thérapeutique. Effectivement, l'infirmière par son attitude, son expérience et sa personnalité va avoir une influence sur la relation qu'elle va créer avec un patient. L'un des piliers de la création d'une relation est la communication. Il est donc important pour l'infirmière d'adapter sa communication pour développer progressivement une relation de confiance. Une fois cette étape franchie, le but est de créer une alliance thérapeutique avec le patient dans un objectif de mieux être et de mieux vivre avec sa maladie. C'est une relation de collaboration étroite entre une infirmière et un patient.

Ce travail m'a permis de voir certaines limites que je n'avais pas envisagées au début. En effet, il peut y avoir une altération de la communication qui risque de ne pas permettre de créer une relation ou de la rompre si elle était déjà présente. Et il y a la notion de juste distance qui me questionne beaucoup, pour ma part je suis quelqu'un d'assez "émotive" et je suis touchée par les histoires de vie, les parcours ou les problèmes de chacun. Il m'est déjà arrivé de laisser couler une larme lorsqu'un patient me fait part du décès de sa femme. Je pense que mes émotions, qu'elles soient positives ou négatives pourraient avoir un impact sur la relation de confiance et l'alliance thérapeutique. C'est pourquoi j'aimerais proposer cette question de recherche définitive : ***En quoi les émotions du soignant peuvent-elles influencer la relation de confiance ?***

VII. Conclusion

Le mémoire de recherche en soins infirmiers est un travail d'investissement qui s'est développé tout au long de cette dernière année de formation. Il vient mettre un point final à ces trois années d'école d'infirmière et je suis fière de ce que j'ai réalisé. J'appréhendais beaucoup ce travail, pour moi qui ne suis pas du tout littéraire. Écrire une trentaine de pages sur un sujet me paraissait infaisable, alors que finalement j'aurais aimé en faire plus.

Ce travail a débuté par un thème qui me tient particulièrement à cœur : les soins relationnels et j'ai réfléchi à deux situations qui m'ont marquées. Après une période de questionnement, j'ai rédigé ma question de départ. Je souhaitais en apprendre davantage sur le lien qu'il y avait entre la posture professionnelle de l'infirmière et la création d'une relation de confiance allant jusqu'à l'alliance thérapeutique.

Mes différentes lectures m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur ces notions que sont : la posture professionnelle, la relation de confiance et l'alliance thérapeutique. Suite à ces lectures j'ai réalisé deux entretiens avec deux infirmières de terrain afin de me rendre compte de la mise en pratique de ces concepts. Après l'analyse de ces deux entretiens, j'ai mis en relation les propos des auteurs avec ceux des infirmières pour enfin apporter mon propre point de vue sur ce sujet et rédiger ma question de recherche.

Tout ce travail m'a permis de prendre conscience de toute la complexité et la subjectivité qu'est la relation dans les soins avec un patient. Il faut prendre en compte tous les facteurs environnant qui peuvent favoriser ou non la mise en place d'une relation de confiance qui pourra nous amener à l'alliance thérapeutique.

J'ai rencontré certaines difficultés durant ce travail. Au début, je ne savais pas comment faire, dans quelle direction je voulais aller, comment traiter les informations. Il m'a fallu du temps pour réussir à synthétiser les propos des auteurs. Une fois cette étape intégrée, j'ai enfin pu laisser parler ma "créativité". Il a également fallu que je fasse un travail sur ma manière de formuler mes écrits car j'avais tendance à écrire de la même façon que je parle. Ensuite, concernant les apports théoriques, j'ai eu du mal à trouver des ouvrages traitant de la posture professionnelle de l'infirmière, alors qu'à l'inverse il a fallu que je sélectionne ceux qui traitaient de la relation de confiance qui sont multiples. Malgré cela, grâce à ce mémoire, j'ai appris de nombreux éléments sur ce sujet et j'ai également appris à me questionner. J'ai évolué en tant que soignant, j'ai fait évoluer ma pratique professionnelle et j'ai développé ma démarche de recherche. Ma question de recherche m'a énormément interrogée, ce qui pourrait me permettre de remettre en question ma pratique professionnelle.

En tant que future professionnelle, je vais travailler au service des urgences à partir de cet été, et ce travail me permet de me projeter sur différentes situations que je pourrais rencontrer. En effet, je

pense notamment à tous les éléments pouvant impacter la création de la relation de confiance tels que la temporalité ou l'environnement. J'essaierais toujours, de tout mettre en place pour favoriser le bien-être physique et psychique de mes patients. Je ne me rendais pas compte à quel point la posture professionnelle de l'infirmière pouvait avoir un impact sur la relation.

VIII. Bibliographie

Ouvrages :

-Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. Setes éditions.

-Bernard, F., & Musellec, H. (2020). *La communication dans le soin: hypnose médicale et techniques relationnelles* (2nd ed.). Arnette.

-Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3rd ed.). Lamarre.

-Martin, J.-Y., & Anzieu, D. (2013). *La dynamique des groupes restreints* (2nd ed.). Presses Universitaires de France.

-Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). *La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques*. Bréal.

-Jovic, L., & Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2nd ed.). Mallet Conseil.

-Virot, C., & Bernard, F. (2018). *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie (2e édition)* (2nd ed.). Arnette - John Libbey Eurotext.

Périodiques :

-Bastian, J., Valdeyron, J.-L., & Vaquier, V. (2001, Septembre). De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 66, 93-98.

-Philippon, S. (2012). Limites et juste présence dans la relation entre un soignant et une personne âgée. *Perspective soignante*, 45, 64-72.

Site web :

- (n.d.). Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr>

- (n.d.). Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne. <https://www.larousse.fr/>

- Article R. 4311-2 - Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. (n.d.). Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001651769
(Article L4311-1 - Code De La Santé Publique, 2022)

- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspective Psy*, 49, 317-326.
<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>

- Dupichot, I. (2018, février 1). *Savoir, savoir-être, savoir-faire, valoriser vos compétences*. Welcome to the Jungle.
<https://www.welcometothejungle.com/fr/articles/savoir-savoir-etre-savoir-faire-le-trio-gagnant-en-entreprise>

- Education Thérapeutique du Programmes de formation continue pour professionnels de soins. (1998). WHO/Europe.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
(Education Thérapeutique Du Programmes De Formation Continue Pour Professionnels De Soins, 1998)

- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

- Guilbert, J.-J. (2001). L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire ». *Pédagogie Médicale*, 23-25.
<https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2001/01/pmed20012p23.pdf>

- Hervé, M.-J., White-Koning, M., Paradis-Guennou, M., Guiraud, A., Picot, M.-C., Grandjean, H., & Maury, M. (2008). Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. *Devenir*, 20, 65-85.
<https://www.cairn.info/revue-devenir-2008-1-page-65.htm>

-Lameul, G. (2008). Les effets de l'usage des technologies d'information et de communication en formation d'enseignants, sur la construction des postures professionnelles. *Savoirs*, 17, 71-94. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0071>

-Prayez, P. Distance professionnelle et qualité du soin ; Distance et affectivité, Distance et déshumanisation, Enjeux individuels et collectifs. Pays-Bas : Editions Lamarre, 2007.

-Phaneuf, M. (2016, Mars). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins Les origines.*

<http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

-Phaneuf, M. (2019, Janvier). Que devient le savoir-être dans notre monde aux accents technologiques et scientifiques grandissants?

file:///home/chronos/u-5b984160961f3c893f856c5ca380f0e8a4d5045c/MyFiles/Downloads/Que-deviennent-les-savoirs-infirmiers.pdf

-Starck, S. (2016). La posture professionnelle : entre corps propre et corps sociaux. *Open Edition Journals*. <https://journals.openedition.org/ripes/1124#tocto1n2>

Cours théorique :

-Le Bihan, C. (2021). Les méta-modèles. [présentation CHU Rennes]

IX. Annexes

Annexe I - Echelle de Luborski

Annexe II - WAI

Annexe III - Guide d'entretien

Annexe IV - Retranscription entretien n°1

Annexe V - Retranscription entretien n°2

Annexe VI - Tableau d'analyse des entretiens

Annexe I - Echelle de Luborski

Échelle d'évaluation de Luborski ¹⁰

0. Non évaluée	4. Pas de changement
1. Très fortement amélioré	5. Légèrement aggravé
2. Fortement amélioré	6. Fortement aggravé
3. Légèrement amélioré	7. Très fortement aggravé

Annexe II - WAI

QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE Horvarth et Greenberg, 1989

Vous trouverez ci-dessous une série d'énoncés se rapportant à la relation développée entre un patient et son thérapeute. Merci d'évaluer votre opinion en ce qui concerne votre (ou dernière) prise en charge thérapeutique. Merci de répondre en utilisant l'échelle de cotation ci-dessous :

1 : Jamais, 2 : Rarement, 3 : Occasionnellement, 4 : De temps en temps, 5 : Souvent, 6 : Très souvent, 7 : Toujours

		1	2	3	4	5	6	7
1	Mon thérapeute et moi nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation							
2	Mon thérapeute et moi avons tous deux confiance en l'utilité de nos activités en cours							
3	Je crois que mon thérapeute m'aime bien							
4	J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos rencontres							
5	J'ai confiance sur le fait que mon thérapeute est capable de m'aider							
6	Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus							
7	Je sens que mon thérapeute m'apprécie							
8	Nous nous entendons sur ce qui est important à travailler							
9	Mon thérapeute et moi avons développé une confiance mutuelle							
10	Mon thérapeute et moi avons des idées différentes sur ce que sont mes vrais problèmes							
11	Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour moi							
12	Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct							

En quoi les résultats actuels de votre thérapie sont-ils en accord, ou non, avec vos attentes ?

Annexe III - Guide d'entretien

Bonjour, je suis Solenn étudiante en troisième année infirmière, je vous ai contacté dans le cadre de mon mémoire qui porte sur la relation soignant-soigné.

Cet entretien sera anonyme. M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien ?

Dans un premier temps, pouvez-vous présenter et me détailler succinctement votre parcours infirmier ?

	Questions	Objectifs
1	Selon vous que sous-entend la posture professionnelle de l'infirmière ?	Identifier la définition que l'infirmière donne d'une posture professionnelle
2	Dans la relation soignante soignée il y a-t-il des bénéfices et des limites ?	Identifier dans le discours de l'infirmière les bénéfices et les limites qu'elle repère dans la relation
3	Selon vous, qu'est-ce qui permet la création d'une relation de confiance ?	Identifier les éléments favorables mis en place lors de la création d'une relation de confiance
3 bis	Est-ce que la temporalité intervient dans la création d'une relation de confiance ? (si la personne ne l'évoque pas lors de la question précédente)	Appréhender l'enjeu temporel dans la création d'une relation de confiance
4	Quel lien faites-vous entre relation de confiance et alliance thérapeutique ?	Caractériser la relation de confiance et l'alliance thérapeutique
5	Pouvez-vous me parler d'une prise en soin qui a favorisé une alliance thérapeutique	Avoir une illustration d'une prise en soin afin de mettre en avant les éléments favorisant une alliance thérapeutique
6	Quels peuvent être chez le patient les freins à l'établissement d'une alliance thérapeutique	Identifier les éléments physiques ou psychiques pouvant impacter l'établissement d'une alliance thérapeutique

-Conclusion

-Synthétiser les propos

Pour faire le lien avec l'entretien, je vais vous énoncer ma question de départ qui est :

En quoi la posture professionnelle de l'infirmière avec le patient amène-t-elle à créer une relation de confiance favorable à une alliance thérapeutique ?

Est-ce qu'il y a des éléments concernant cette question que vous voudriez ajouter ?

Annexe IV - Retranscription entretien n°1

ESI : Alors du coup, donc, pour commencer. Je vais reposer un petit peu dans le contexte, donc c'est par rapport à la relation soignant soigné pour le thème de mon mémoire. Du coup, pour la première question est ce que tu peux te présenter et décrire un petit peu ton parcours?

IDE : Donc moi, je suis infirmière depuis, alors j'ai toujours beaucoup de mal à dire depuis combien de temps. Ça fait bientôt 30 ans que j'exerce le métier d'infirmière. Donc, ma carrière est en majeure partie en cardiologie. J'ai d'abord exercé 13 ans, je crois de mémoire 13 ans, donc en soins intensifs de cardiologie et urgences cardiologiques et ensuite mon parcours a été un petit peu bouleversée par des soucis de santé personnels. Donc j'ai dû quitter le service de soins intensifs et j'ai intégré une unité d'hospitalisation de semaine qui, à la différence, accueille des patients sur des hospitalisations programmées. Ce service a subi plusieurs restructurations ces dernières années. J'ai eu une activité un petit peu en chirurgie cardiaque et là, actuellement, depuis quelques années, mon post, en fait, se situe donc en hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour et poste de programmation où on organise en fait les hospitalisations des patients.

Donc, personnellement, j'ai souhaité développer d'autres compétences au fil de ma carrière. J'ai toujours été très sensible à l'accompagnement et la prise en charge des patients dans leur globalité. Parce que j'estime que le métier d'infirmière, ce n'est pas seulement des soins techniques. En cardiologie on a beaucoup de patients qui vivent avec une maladie chronique et donc ça me semblait important d'accompagner les patients dans leur parcours de soins. Donc, j'ai choisi de faire un DU. En fait, j'ai fait un diplôme universitaire d'éducation thérapeutique. Ça fait maintenant 10 ans. Ça fait maintenant dix ans que j'ai fait ce diplôme, donc ça m'a permis de développer mes compétences. Et je me suis investi plus particulièrement dans l'accompagnement des patients atteints d'une maladie qu'on appelle l'hypertension artérielle pulmonaire, qui est une maladie grave, invalidante, avec de nombreuses répercussions sur la vie familiale, sociale, professionnelle et avec des traitements qui peuvent être contraignants. Donc, je me suis beaucoup investi dans l'accompagnement de ses patients. Donc voilà. Mais au fil de mon exercice au quotidien, j'essaie de mener des actions d'éducation thérapeutique également. Voilà un petit peu mon parcours de vieilles infirmières.

ESI : Ok super merci, pour mon thème, c'est parfait. Alors du coup, donc, selon toi, que sous-entend la posture professionnelle de l'infirmière?

IDE : Alors pour moi, la posture infirmière, c'est ... C'est difficile de donner une définition, mais je dirais que c'est l'attitude de l'infirmière dans son exercice au quotidien. Donc elle est basée sur des valeurs, des valeurs professionnelles, à la fois de savoir, de savoir être et de savoir faire.

Alors, ses compétences, on les développe bien sûr au fil de l'expérience. Mais il faut savoir qu'il y a des choses simples, par exemple, comme l'écoute, la bienveillance, l'empathie. Ce sont des facteurs, des notions importantes pour une infirmière. Par exemple, des choses simples comme se présenter, veiller au confort du patient, se mettre à sa hauteur. Tout ça fait partie de la posture infirmière et je dirais que l'objectif, c'est vraiment de créer un lien, une communication avec le patient. Donc, cette communication, elle passe par le discours oral, mais pas seulement. Ça passe par l'intonation de la voix. Ça peut être le toucher également qu'on peut développer dans le soin. Donc, pour moi, la posture infirmière, c'est vraiment une prise en charge globale du patient et une attitude qui favorise en fait la communication avec le patient et cette relation soignant soigné pour créer une relation de confiance. Oui, parce qu'on sait qu'une hospitalisation, c'est source de stress. Les soins, ça peut être source de stress également. La posture infirmière, c'est tout ça. C'est l'attitude de l'infirmière vers le patient

ESI : OK, d'accord. Alors ducoup pour la deuxième question dans la relation soignant soigné, est ce qu'il y a des bénéfices et des limites?

IDE : Alors le bénéfice principal, c'est d'accompagner le patient, de créer ce lien. Ce qu'on appelle le lien entre émetteur récepteur dans une relation à deux, deux partenaires. Donc, comme je disais tout à l'heure, c'est.. L'objectif ça va être de diminuer le stress de l'hospitalisation. Créer ce lien de confiance et surtout, faire en sorte que le patient soit acteur du soin, acteur de sa santé et acteur du soin. En aucun cas le patient doit subir. Donc c'est vraiment de créer ce lien et de le maintenir. Parce que ce lien il faut le maintenir au cours d'un soin ou au cours d'une hospitalisation. Et, il doit continuer de perdurer, même s' il y a un changement d'équipe. C'est vraiment ça aussi. Il y a cet aspect de transmission aussi, qui est important puisque un patient qui va être hospitalisé, il va voir beaucoup de monde passer. Donc, c'est important qu'il ait cette même prise en charge au cours de son hospitalisation.

Voilà un petit peu. Donc l'objectif, c'est vraiment de créer cette relation de confiance et faciliter et donc faciliter les soins et faciliter l'adhérence. L'adhésion du patient

Alors les limites. Par contre, il peut avoir des limites. Effectivement, parfois, on peut être en difficulté, soit parce que le patient peut être réticent. Certains patients peuvent être réticents à communiquer. On peut avoir des patients qui, par le stress en fait, manifestent de la colère ou de

l'insatisfaction qui n'est pas forcément... qu'on n'estime pas légitime. Mais malgré ça, il faut la comprendre, cette colère et cette manifestation du patient. Donc, en aucun cas, il ne faut juger négativement. Mais il faut essayer de comprendre pourquoi ce patient manifeste ces propos-là. Ça peut être ressenti comme des limites, mais en même temps, c'est ainsi qu'il faut savoir dépister et essayer de comprendre pourquoi.

ESI : Mais est ce que tu penses que dans les limites, ça peut aussi venir de la de l'infirmière elle-même?

IDE : Bien sûr, bien sûr. Alors, l'infirmière, peut être un jour, peut être plus fatiguée ou plus inquiète par des soucis personnels et éventuellement, ça peut venir de l'infirmière. Ça peut venir de l'organisation du service également. Oui, avec une surcharge de travail, puisque même si effectivement, il y a des impératifs dans l'organisation des soins et si parfois on a un patient très anxieux, voire réticent, malgré tout, on doit quand même prodiguer le soin ou préparer le patient pour une intervention. Et ça, ça peut être une limite. Ce sont les impératifs de l'organisation des soins, ça peut être une limite. Alors là, par contre, il faut essayer de se donner, je dirais entre guillemets, des objectifs de sécurité, c'est-à-dire quelle est la priorité du moment. Est ce qu'il faut effectivement que le patient, il exprime quand même son... ce qu'il ressent, c'est quand même important, mais malgré tout, il faut quand même qu'on fasse le soin. Il faut je dirais dans ce cas là, se donner des objectifs. Moi, ce que j'appelle des objectifs de sécurité, des objectifs prioritaires, tout en sachant qu'il est important de dire au patient. Voilà, j'ai bien compris votre angoisse. Je reviendrai vers vous. On aura l'occasion d'en reparler. C'est vraiment important de faire ce lien et de continuer la prise en charge.

ESI : Donc, oui. Et du coup, selon toi, qu'est ce qui permet la création de la relation de confiance ?

IDE : Tu veux dire les éléments qui favorisent ?

ESI : C'est ça.

IDE : Alors il y a bien sûr des éléments qui favorisent, c'est-à-dire il y a le lieu où on prend en charge le patient. Par exemple, je pense à un patient qui est accueilli en chambre double ou en chambre seule. Voilà, ça, c'est un facteur. Déjà, voilà qui va jouer. Un patient aura plus de facilité à s'exprimer, à se confier s'il est en chambre seul. Il y a aussi le bruit, éventuellement s'il y a du bruit

dans le couloir ou si il y a des personnes qui entrent et qui sortent sans arrêt, qui frappent où le ou l'infirmière qui doit répondre au téléphone quand elle a son téléphone dans sa poche. Ça, ce sont des interférences à la communication, effectivement, et à la création de ce lien, de cette relation de confiance. De même, il y a la façon dont on aborde le patient, c'est-à-dire que, c'est important dans une relation, de se mettre à la hauteur du patient. Un patient qui est allongé, par exemple, qui est alité, on peut s'asseoir. Alors pour s'asseoir, on évite de s'asseoir dans le lit. Mais par contre, on peut facilement prendre une chaise et se mettre à ses côtés plutôt que de rester debout et d'avoir cette relation entre guillemets de domination, oui, c'est important, ça aussi de mettre en place les conditions qui favorisent en fait la communication. Il y a d'autres éléments en dehors de tout ce qui est contexte, donc tout ce qui est environnement, je dirais. Il y a aussi la durée d'hospitalisation, bien sûr, du patient. Moi, dans mon expérience, par exemple, quand j'ai exercé aux soins intensifs, j'avais des patients qui restaient plusieurs jours, voire deux semaines hospitalisés. Et donc là, quand on s'occupait du patient, plusieurs jours à suivre. Bien sûr, cette relation de confiance elle est facilitée puisque le patient revoit la même personne plutôt que de voir ces personnes différentes déjà. Et si un jour, par exemple, il est un peu plus fatigué et que le lendemain, il se sent un peu mieux, il pourra s'exprimer plus facilement. Donc, la durée de l'hospitalisation est un facteur important. À la différence, moi aujourd'hui, qui exerce en hôpital de semaine, voire en hôpital de jour. Cette relation de confiance, on a je dirais un impératif de la créer rapidement pour mettre en place cette relation.

Il y a donc cette durée d'hospitalisation qui compte énormément. Il y a d'autres facteurs. Je pense par exemple à l'expertise de l'infirmière. Alors, l'expertise dans la discipline, c'est à dire un patient qui va par exemple être inquiet par rapport à une intervention, si l'infirmière qui le prend en charge connaît bien l'intervention, elle pourra expliquer plus facilement qu'une entre guillemets jeune infirmière qui ne connaît pas la discipline, donc l'expertise dans la discipline et des connaissances sur la pathologie, les traitements, les interventions, ça facilite quand même cette relation. Puisque le patient va se sentir hum...

ESI : Que tu sais ce que tu fais

IDE : Voilà, il va considérer le discours de l'infirmière comme crédible. Et de même, je dirais qu'une infirmière qui a une expertise et une expérience dans la discipline lorsqu'elle va pratiquer un soin. Elle pourra, elle sera, par son expérience, un peu plus détachée du soin. Un peu moins, même si pour autant, elle sera concentrée sur son soin. Mais elle sera détachée et du coup, pourra, entre guillemets, faire deux choses en même temps. C'est-à-dire pratiquer le soin et communiquer,

discuter avec le patient. C'est vrai que c'est l'ensemble des facteurs qui jouent quand même. Il y a aussi des compétences, les compétences propres à une infirmière, des compétences relationnelles que l'on acquiert bien sûr avec l'expérience. Grâce aux formations qu'on peut avoir également, il y a des techniques de communication. Par exemple, les questions ouvertes pour faciliter l'expression du patient, la reformulation, valider le discours du patient. Quand un patient exprime, bien lui retransmettre, j'ai bien compris ce que vous ressentez. J'ai bien compris, de valider ce que le patient exprime. Alors voilà, tout ça, ce sont des éléments qui favorisent la création d'une relation de confiance.

Après. A l'inverse, il y a des facteurs qui vont être plus défavorables. Du coup, ça peut être par exemple, je pense à un patient malentendant ou un patient malvoyant. C'est-à-dire que la communication passe quand même par ces liens. Ça peut être un patient qui est dans le refus total, dans le déni. Alors il y a des patients qui peuvent être parfois dans le déni de la maladie. Ça peut être également, je pense à d'autres freins comme on a ça parfois. Là, il faut savoir le gérer. Un patient qui a accompagné, un patient qui vit en couple, où la femme est omniprésente ou à l'inverse, le mari omniprésent et le mari qui s'exprime beaucoup et qui prend, entre guillemets, la place du patient. Ça, ça peut être un élément défavorable aussi.

ESI : Mais du coup, dans ces cas là dessus, on peut se permettre de faire sortir le conjoint ou la conjointe.

IDE : Alors dans ce cas là, il faut, il faut oui, effectivement, pas hésiter. Alors après, il peut avoir un temps de partage. C'est-à-dire qu'on peut garder ce partage avec le conjoint ou la conjointe. Et dans un second temps, par exemple, quand on va pratiquer le soin, faire sortir le conjoint et en profiter pendant le soin d'essayer de favoriser l'expression du patient. Il faut savoir gérer un petit peu et ne pas hésiter à dire au conjoint, à la conjointe. J'ai bien compris ce que vous exprimez. J'aimerais avoir le ressenti de votre mari. Voilà l'important. Cette relation de confiance, elle peut prendre du temps, effectivement, à se créer. Elle peut être parfois progressive et encore une fois, elle est facilitée par la durée d'hospitalisation.

ESI : Et tu vois vraiment une différence entre, par exemple, ici en hospitalisation de semaine et les hospitalisations de jour.

IDE : Oui, c'est vrai que l'hospitalisation de jour. Les patients sont accueillis par définition pour la journée et on a un temps d'accueil le matin à l'arrivée du patient qui est très court. Et là, je dirais

qu'il faut savoir cibler en fait les choses et les choses importantes, mais pas hésiter quand même à dépister un mal être du patient, une angoisse et à revenir vers lui après dans la journée. Mais c'est certain, effectivement quand même qu'en hôpital de jour, c'est quand même plus compliqué d'établir ce lien.

Même si c'est bon, il ne faut pas non plus. Je pense qu'en tant qu'infirmière, il ne faut pas non plus se mettre des objectifs trop importants. L'infirmière elle a toujours envie de faire très bien pour prendre en charge et accompagner le patient dans son parcours de soins. Après le patient, il a d'autres intermédiaires, il a d'autres professionnels auxquels il peut avoir accès. Voilà donc ça, il ne faut pas hésiter aussi en tant qu'infirmière à faire appel à d'autres personnes. Ça peut être d'autres paramédicaux qui exercent dans le service. Une aide soignante, effectivement, mais ça peut être d'autres professionnels, une diététicienne, une assistante sociale. Voilà, il ne faut pas. Il ne faut pas se mettre des objectifs trop trop lourds non plus.

ESI : Alors, du coup, donc, pour la quatrième question, quel lien est ce que tu fais entre la relation de confiance et l'alliance thérapeutique?

IDE : Alors moi, je dirais que la relation de confiance est indispensable pour créer cette alliance thérapeutique. C'est la première étape. Je dirais que c'est la première étape. D'ailleurs, le terme alliance, il est très expressif. Il inclut vraiment deux personnes. C'est important que de créer cette relation de confiance, mais en même temps, il ne faut pas oublier que le patient doit être acteur, c'est à dire que c'est le patient qui va évoluer dans son parcours de soins. L'infirmière, le soignant est là pour établir cette relation de confiance. Mais c'est le patient qui est acteur. Le patient, en aucun cas, ne doit subir, c'est-à-dire qu'il faut bien faire la différence entre l'information, je dirais, une infirmière peut transmettre une information, oui, mais l'alliance thérapeutique, ça va au-delà. C'est-à-dire que c'est vraiment une éducation et une appropriation par le patient de cette information. C'est vraiment le terme appropriation et le patient acteur qui est important. Mais c'est certain que pour répondre à ta question sur le lien entre la relation de confiance et l'alliances thérapeutiques. C'est la relation de confiance elle est indispensable pour créer cette alliance thérapeutique. Si le patient n'a pas confiance, il n'adhèrera pas et ne rentrera pas dans son parcours de soins.

ESI : D'accord, mais est ce que du coup, est-ce que ça arrive qui est une relation de confiance, mais très forte, où il y a une vraie relation, mais où jamais ça n'arrivera à aboutir à une alliance thérapeutique ?

IDE : Alors ça, c'est possible. Je pense que c'est possible. On peut avoir des patients qui sont dans le déni. Je pense à certaines situations où j'ai pris en charge des patients qui étaient dans le déni. Pour autant, la relation de confiance existe. C'est-à-dire que le patient s'exprime. Le patient exprime ce qu'il ressent. On a l'impression qu'il adhère. Mais pour autant, s'il est dans le déni, cette alliance thérapeutique, elle ne débutera pas. Je pense à cette situation là. Après, je ne sais pas tout. Tu voulais parler de quelque chose plus précisément..

ESI : Non seulement savoir si ça t'était déjà arrivé, ne jamais faire... De pas y arriver.

IDE: Alors. Je pense. Même si on n'est pas, entre guillemets, complètement satisfaits, je pense que parfois, on ne réalise pas qu'il y a un bénéfice. Après, ça nécessite peut être un cheminement plus plus prolongé. Mais ce qu'on apporte entre guillemets, c'est toujours bénéfique pour le patient.

ESI : Oui en fait le patient est dans l'alliance thérapeutique, mais à son niveau.

IDE : Voilà à son niveau. Et encore une fois, notre objectif à nous n'est pas forcément l'objectif du patient. Et ça, il faut bien avoir ça en tête. Quand on fait de l'éducation thérapeutique, on fait ce qu'on appelle un bilan éducatif partagé. Ou là, on définit en fait les objectifs du patient. Donc, il faut bien faire la différence entre nos objectifs à nous de soignants et les objectifs du patient. C'est le patient qui est acteur de sa santé et donc pour lui, en fait, ce cheminement, il se fera peut être progressivement, mais en aucun cas, il faut le considérer comme du négatif ou comme un échec.

ESI : Oui, oui, d'accord. Est ce que du coup, tu peux me parler d'une ou plusieurs prises en soins qui ont permis de favoriser une alliance thérapeutique?

IDE : Alors moi, j'ai envie de parler de deux situations. Alors, je pense par exemple à un patient que j'ai pris en charge, mais sur une durée très courte. Et pour autant, la relation de confiance a été quasiment instantanée parce que je pense que j'ai utilisé en fait les bons outils au bon moment. Alors pour décrire la situation. C'était un patient qui était hospitalisé en hôpital de semaine pour une intervention. Patients qui avait eu un parcours très compliqué, en fait, il avait eu une

hospitalisation prolongée de deux mois, je crois, avec un séjour en réanimation dans les six mois qui ont précédé et du coup, il était dans un état de stress terrible, à tel point qu'il appréhendait tous les soins, c'est-à-dire même dès qu'il me voyait. J'avais l'impression que dès qu'il voyait une infirmière rentrer dans sa chambre pour lui, c'était alors ça se voyait sur son visage. Et ça, c'est important aussi pour une infirmière de dépister ça. Ne pas seulement avoir le discours oral du patient, mais d'observer le patient sur son regard, ça se voyait. Il avait un regard, des yeux complètement perdus. Il était pâle, presque en sueur, dès qu'il voyait une infirmière rentrer dans sa chambre. Et moi, ce jour-là. J'avais une prise de sang à faire à ce patient et j'ai senti... J'ai senti dès que je lui ai prononcé le mot prise de sang. Son stress c'est majoré et donc j'ai, je pense, utilisé les bons outils. Je lui ai dit au monsieur, je sens que vous êtes très très angoissé et j'ai simplement posé ma main sur son bras gauche. Et il m'a regardé et je ne sais pas ce qui s'est passé. Il y a eu une relation de confiance qui s'est instaurée quasiment spontanément. Et je lui ai proposé de faire la prise de sang tranquillement et de faire un exercice de respiration. Je lui ai proposé, donc j'ai, entre guillemets, mimé la respiration, c'est-à-dire je l'ai fait moi même. Ensuite, on l'a fait ensemble, mais avant de débiter le soin et après, j'ai fait le soin en pratiquant toujours la respiration.

ESI : Oui, mais il faut arriver à faire les deux en même temps.

IDE : Voilà donc ça, je l'ai fait, mais finalement en un temps très court. Et la prise de sang s'est très bien passée. Je suis resté quelques minutes encore après avec le patient et je suis revenu le voir peut être une heure après et il m'a dit quelque chose alors que je n'oublierai jamais, je pense. Et c'est exactement l'expression qui m'a retransmis. Il m'a dit : "J'ai vu beaucoup d'infirmières, mais je ne vous oublierai jamais". Et ça m'est resté vraiment très, très fort. Et quand ce patient est sorti, en fait, c'était une collègue infirmière qui s'en occupait et il lui a redit à cette collègue. Il lui a dit et vous n'oubliez pas de dire à X que je ne l'oublierai pas. Et ça, c'est une relation de confiance. Elle a été vraiment. Mais comme quoi, finalement, à l'inverse de ce que j'ai dit tout à l'heure. La relation de confiance est favorisée par une durée d'hospitalisation longue. Mais pour autant, parfois, on est très surpris. Et cette relation de confiance, elle se met en place très rapidement. Est ce que c'est le fait que je lui ai dit tout de suite instantanément que j'ai compris. J'ai ressenti son angoisse. J'ai simplement utilisé le toucher pour apaiser. Il a senti un apaisement, je pense. Et cette alliance thérapeutique, en fait, elle s'est mise en place aussitôt. Comme quoi l'alliance thérapeutique en fait, pour moi, ce n'est pas seulement... Quand on parle d'alliance thérapeutique, on pense, par exemple, à un patient qui prend bien son traitement. Pour moi, l'alliance thérapeutique, ce n'est pas que ça. L'alliance thérapeutique, c'est pour tous les soins,

c'est pour tous les soins au cours du parcours de soins du patient, au cours de bah vivre avec sa maladie. Oui, c'est vrai pour la prise d'un traitement oral. Effectivement, ça, c'est important, mais c'est vrai aussi pour tous les soins qu'on va prodiguer aux patients.

Donc, voilà donc un exemple de d'alliance thérapeutique et de relation de confiance qui s'est instauré, donc qui s'est créé.

Et alors, le deuxième. Le deuxième cas que je voudrais exprimer, en fait, là, c'était un patient que j'ai eu l'occasion d'accompagner au cours de mon expérience, en fait, un patient atteint d'hypertension artérielle pulmonaire. Donc, c'était une patiente d'une cinquantaine d'années, je crois, qui était dans le déni total de sa maladie, c'est-à-dire qu'elle venait faire ses bilans parce que ce sont mes patients qui sont suivis régulièrement tous les trois à six mois. Et cette patiente j'avais eu l'occasion de la voir plusieurs fois et elle était toujours très fermée. En fait, elle s'exprimait très peu. C'est-à-dire qu'elle se présentait euh... elle restait hospitalisée deux jours à peu près à chaque fois et elle était très fermée, s'exprimait très peu. On lui a expliqué ses examens. Et toujours cette dame, la seule chose qu'elle disait, c'est que je vais très bien. Je vais très bien, je continue mes activités sportives, je vais très bien. Mais le médecin ne comprenait pas parce que ces résultats de bilan se dégradaient. C'est-à-dire qu'au niveau des différents examens qu'on pratique pour voir l'efficacité du traitement et l'évolution de la maladie, ces résultats n'étaient pas bons, ils montraient une dégradation des résultats. Et pour autant, on ne comprenait pas parce que cette dame nous disait toujours "je vais très bien, je prends mes médicaments, je fais du sport, je vais très bien" et moi, je me suis dit il y a quelque chose qui ne va pas. Donc j'ai pris le temps de discuter avec cette patiente et alors ça s'est fait ponctuellement. Je dirais peut-être, au fil de plusieurs hospitalisations quand même pour cette dame. Et en fait, je me suis aperçue que cette dame était complètement dans le déni de sa maladie, c'est-à-dire qu'elle occultait complètement sa maladie. Et elle ne prenait pas son traitement, elle ne prenait pas son traitement et du coup, pour autant, on avait l'impression qu'il y avait une relation de confiance qui existait entre l'équipe médicale paramédicale et cette patiente. Cette relation de confiance existait puisqu'elle nous remerciait. Elle venait faire ses bilans régulièrement. Elle faisait ses prises de sang et pour autant, cette dame, elle était dans le déni et elle ne prenait pas ses médicaments ou elle prenait. Alors, je pense... En cherchant, je pense qu'elle les prenait. Les moments où elle se sentait un peu moins bien, même si elle le cachait un petit peu. Il y avait des moments où elle se sentait un peu moins bien et elle les prenait à ce moment-là. Et donc, du coup, pour cette patiente, on s'est dit bon, il faut qu'on fasse quelque chose. Et là, on a pris le temps, en fait, d'essayer de comprendre pourquoi cette patiente était dans le déni et elle n'acceptait pas de diminuer ses activités sportives ou d'aménager son temps de travail puisque c'était une maladie qui a des répercussions importantes.

Donc, elle aurait dû, entre guillemets, aménager son temps de travail. Elle le refusait et donc on a vu avec cette patiente. On a essayé d'explorer, et ça a été compliqué. Donc moi, j'ai, en tant qu'infirmière, le médecin également. Et en explorant progressivement, on a choisi d'expliquer, de prendre le temps d'expliquer à cette patiente ce qu'était sa maladie et elle n'avait pas compris en fait ce qu'était sa maladie. Ben oui, parce que pour elle, elle se disait que on lui a parlé de difficultés respiratoires liées à la maladie. Et pour elle, elle se disait que si elle faisait plus de sport, elle serait moins essoufflée. En fait, l'objectif pour cette patiente pour créer cette alliance thérapeutique. On a pris le temps de lui expliquer sa maladie. Avec des schémas, des dessins, en utilisant des mots simples, on a pris le temps après de lui expliquer à quoi servait ces médicaments. On prit le temps de lui expliquer aussi les effets secondaires parce que cette dame en fait, en explorant, on s'est aperçu qu'elle ne prenait pas ses médicaments à cause des effets secondaires. Voilà. Donc, on a pris le temps de lui expliquer tout ça. Et on l'a revue donc régulièrement parce que cette patiente, encore une fois, vient tous les 3 à 6 mois et progressivement. En fait, c'était mieux. Mais du coup, ce qui est intéressant dans cette... Dans ce cas là, c'est que cette relation de confiance pour nous, elle existait. L'Alliance thérapeutique, on pensait qu'elle existait, mais pour autant, ce n'était pas le cas. Ce n'était pas le cas. Mais encore une fois. Parfois, on peut être... Déroutée, en fait, et ça prouve bien qu'il faut prendre le temps de discuter avec le patient et d'explorer, d'observer aussi son attitude. Parce que dans son attitude, on voyait bien effectivement qu'elle était, qu'elle était stressée. Elle était stressée pour autant, pour autant elle venait à chaque fois, mais on sentait qu'elle était stressée à chaque fois. Et voilà un petit peu. Donc, un cas, c'est pas facile à décrire comme ça, parce que ça a pris beaucoup de temps. Ça a pris beaucoup de temps parce que cette patiente, encore une fois, était dans un parcours de soins où elle venait tous les trois mois à peu près. Donc, ça a pris du temps, en fait, pour créer cette... Pour explorer en fait la situation de cette patiente et trouver les outils pour mettre en place cette vraie alliance thérapeutique que l'on pensait et exister, mais qui n'existait pas finalement.

ESI : Oui en fait, il fallait. Il fallait s'apercevoir qu'en fait, c'était à la base qu'elle n'avait pas compris.

IDE : Elle était dans le déni, et elle n'avait pas compris sa maladie. Elle n'avait pas compris ce que c'était que sa maladie pour elle. Elle pensait traiter entre guillemets sa maladie d'elle-même, par son activité physique, par son régime alimentaire aussi, parce qu'elle avait fait un régime alimentaire draconien qui n'était pas du tout adapté. Voilà donc. Du coup, ça prouve bien que notre rôle de soignant est là aussi, quoi.

ESI : Mais c'est pas facile, du coup, et elle ne s'est pas sentie mal d'être remise en cause ?

IDE : Non, pas du tout, au contraire. Au contraire. Alors ça, ça a pris un peu de temps aussi, mais on l'a senti après, soulagée et apaisée. Enfin curieusement et en même temps heureusement, j'ai envie de lui parce que ça voulait dire qu'on avait gagné quoi. Et encore une fois, on n'est pas là pour juger le patient. Cette réaction de déni est légitime parce que vivre avec une maladie chronique invalidante quelque part, c'est comme un parcours de deuil. On passe par. Par le déni, par la colère, par la dépression, par le marchandage, on passe par toutes ces phases là et en aucun cas nous, on est là pour juger. On est là pour observer et accompagner le patient dans son parcours de soins et le terme parcours de soins. Il est très expressif. En fait, ce parcours est fait de hauts et de bas. Et nous, on est là pour accompagner le patient au fil de ce cheminement et de trouver les outils

pour répondre à sa demande, alors qui n'est pas forcément une demande expressive oralement, mais de ce qu'on aura observé. L'observation, l'observation, c'est vraiment important. Donc deux situations différentes à la fois, donc une alliance thérapeutique au cours d'un soin, parce que ça, c'est important aussi. Et une alliance thérapeutique au cours d'un parcours plus global, je dirais de vivre avec une maladie chronique et l'observance du traitement unique.

ESI : Donc oui c'est patients dépendants.

IDE : A oui et complètement. Alors après ces patients dépendants, effectivement. Et alors, un outil qu'on peut utiliser pour un patient ne sera pas valable pour un autre patient. C'est à dire que quand j'ai exprimé tout à l'heure que ce patient, le seul fait d'avoir mis la main sur son bras, a permis d'apaiser. Tu peux avoir un patient qui, au contraire, va retirer son bras. Donc ça, c'est à l'infirmière de trouver le bon outil au bon moment. Alors après, on a une panoplie d'outils alors qu'on va utiliser pareil avec l'expertise, et l'expérience professionnelle. Et encore une fois comme je disais tout à l'heure quand avec les expériences, on est un peu détaché du soin. Donc on peut utiliser ces techniques relationnelles et ces différents outils. Alors on a d'autres, d'autres outils. Je pense à d'autres outils, par exemple, qui sont utiles pour calmer un patient, pour apaiser un patient en situation de stress. Ça va être entre guillemets, ça peut être au cours d'un soin de l'emmener entre guillemets et l'emmener dans un dans un lieu refuge c'est-à-dire un lieu où le patient se sent bien. Alors ça, c'est pareil et ça ne va pas venir d'emblée. Bonjour monsieur, ça prend un petit peu de temps, mais parfois, ça peut aller très vite aussi. C'est à dire qu'il suffit de

demander au patient ce qu'il fait comme métier, par exemple, ou dire qu'il fait beau aujourd'hui. Est ce que vous avez un jardin? Et puis voilà. Si le patient dit oui, j'ai un jardin. Qu'est ce que vous faites en ce moment dans votre jardin? Et voilà. Ça peut en fait permettre de le transférer entre guillemets, le patient dans un lieu, ce qu'on appelle un lieu sûr, un lieu ressource pour le patient. Et du coup, ça peut être un moyen de créer cette relation de confiance et de créer cette alliance thérapeutique. Alors l'alliance thérapeutique l'a en l'occurrence, elle va être pour un soin précis où il faut pratiquer un soin qui est source d'angoisse et qui peut être source d'appréhension, de douleurs éventuelles. On a vraiment beaucoup d'outils, finalement. Mais bon, voilà qu'on développe avec l'expérience et avec, avec notre propre sensibilité. En tant qu'infirmière aussi. C'est -à -dire qu'il y a peut être des infirmières qui seront plus à même d'utiliser tel et tel outil. Il faut aussi que chaque professionnel se retrouve. Il ne faut pas se forcer non plus. Il y a des jours où on est moins en forme aussi. Et puis, il peut y avoir la surcharge de travail aussi, qui fait que, malheureusement, de plus en plus, dans notre quotidien d'infirmières, on a ce sentiment un petit peu d'insatisfaction puisqu'on souhaiterait pouvoir accompagner les patients différemment. Donc, le facteur temps, effectivement, c'est un élément important. Après, il faut savoir du coup s'adapter à nos conditions de travail et essayer d'apporter quand même le mieux qu'on peut. Et puis, le retour du patient, le retour du patient nous montre que même si on est parfois de plus en plus insatisfait de notre façon de travailler, le retour du patient, nous conforte dans le fait qu'on a apporté quelque chose au patient et une infirmière, ce n'est pas la que pour faire un soin technique, une prise de sang ou une injection, un pansement. On apporte aussi beaucoup de choses aux patients. Voilà.

ESI : Super. Je me retrouve énormément dans ce que tu dis. Oui, c'est génial et du coup, pour faire le lien vraiment avec l'entretien et mon mémoire. Et du coup, je vais te dire ma question de départ qui est en quoi la posture professionnelle de l'infirmière avec le patient amène-t-elle à créer une relation de confiance favorable à une alliance thérapeutique et donc, du coup, par rapport la question comme ça. Est ce que tu as des choses en plus à rajouter ou pas?

IDE : Je pense qu'on a, on a abordé beaucoup de choses pendant notre petit échange. La posture infirmière, je pense que c'est l'attitude globale de l'infirmière dans son exercice au quotidien. Et ton sujet en fait, il est assez vaste et en même temps, il reprend le rôle de l' infirmière. Mais en même temps, ton sujet est très vaste parce qu'il parcourt effectivement tout l'accompagnement du patient. Mais en même temps, chaque terme clé, c'est à dire les termes clés pour moi dans ton thème, c'est la posture infirmière, la relation de confiance et l'alliance thérapeutique. Et tout ça va

ensemble. On ne peut pas les distinguer. Pour moi, tout ça, tout cela est lié, en fait, c'est-à-dire la relation de confiance, elle ne peut pas exister sans une posture infirmière adaptée. L'alliance thérapeutique, elle, ne peut pas exister sans relation de confiance et elle ne peut pas exister sans posture infirmière adaptée. Tout ça va ensemble et les trois sont vraiment liés. Et je dirais que les liens y sont. Ils sont dans les deux sens.

ESI : Ah oui, c'est un triangle.

IDE : C'est vraiment peut être la définition du travail de l'infirmière.

ESI : Oui, voilà

IDE : Tout en gardant en tête que c'est le patient qui est acteur. Ca, c'est vraiment important de garder ça en tête aussi. La posture infirmière est importante, mais il faut garder en tête que c'est l'objectif pour le patient, pas l'objectif pour nous, en tant qu'infirmière, c'est s'adapter au patient. Avant tout, c'est le patient qui est prioritaire, qui est acteur de son parcours parce qu'il ne faut pas oublier qu'après, quand il va être chez lui, il faut qu'il continue à vivre avec sa maladie chronique et avec son traitement. Donc voilà

ESI : Super merci beaucoup pour cet échange très riche

Annexe V - Retranscription entretien n°2

ESI : Donc mon mémoire, comme je disais porte sur la relation soignant soigné. Mais dans un premier temps, est ce que tu peux me parler de toi et me détailler simplement ton parcours?

IDE : Alors du coup, moi, je suis infirmière depuis 2008. Je suis de la précédente formation, donc il y avait des MSP et des démarches de soins sur chaque patient. J'ai démarré en chirurgie digestive, j'ai fait des soins intensifs hépato-digestif. J'ai fait après pas mal de service en remplacement. Donc j'ai fait de la diabéto, de la vasculaire, de la médecine. Et puis après, j'ai été 4 ans en UHTCD médicales et depuis 2012, je suis aux urgences. Mais du coup, maintenant, on tourne sur l'UHTCD médicales.

ESI : Avant, c'était séparé.

IDE : Oui.

ESI : Ah d'accord. OK, je savais pas.

IDE : Oui, c'était un autre bâtiment. Il y avait 13 lits et du coup si des patients se dégradait. On devait appeler le Samu qui était juste en face parce que comme il fallait traverser l'extérieur, c'est le Samu qui a rapatriait nos patients. Et pour les transferts de nos patients aux urgences jusqu'à chez nous, il fallait faire appel à PTAH.

ESI : Ah d'accord, bon du coup on va pouvoir démarrer l'entretien. Du coup, selon toi, que sous-entend la posture professionnelle de l'infirmière?

IDE : Alors pour moi, la posture professionnelle de l'infirmière, c'est de savoir être à l'écoute du patient. L'observation est très importante pour identifier ce qui pourrait mettre un frein à la mise en place d'une relation authentique et de confiance. Donc, la posture professionnelle, c'est d'être dans le respect de l'autre, du patient soigné de donner des explications, de mettre en place des actions quand on identifie un problème que présente le patient ou qu'évoque le patient et ne jamais le laisser sans réponse, même si c'est une réponse qui dit qu'on va se renseigner ou qu'on revient vers lui d'ici 20 minutes. C'est important de donner une réponse.

ESI : D'accord, ok, du coup, dans la relation soignant soigné est ce que pour toi, il y a des bénéfices et ce qu'il peut y avoir, des limites.

IDE : Alors pour moi, la relation soignant soigné est essentielle pour pouvoir aller au bout du projet de soins. Il faut que le patient ait confiance en nous et il faut qu'il adhère au projet de soins. Donc pour ça, il faut qu'on lui montre qu' on prend en compte ces demandes. On prend en compte ces problématiques et je pense qu'il y a plus de bénéfices que de limites. Je pense qu'on peut tout dire à un patient, même désagréable, avec qui ça se passe mal. Il suffit juste d'essayer d'apprendre un peu à le connaître, à le cerner. Et en général, on arrive à créer une relation soignant soigné qui est positive. Donc voilà, les limites seraient un patient qui est sous stupéfiants. Un patient qui est complètement confus. Un patient qui est semi comateux. Voilà et après du coup, on cible plus notre relation sur ce qu'on observe, sur le ressenti soignant. Si le patient ne peut pas verbaliser.

ESI : OK, d'accord. Qu'est ce qui permet de créer une relation de confiance?

IDE : Alors, selon moi, c'est prendre le temps d'écouter le patient, donc une écoute active. Observez un peu autour de lui ce qui pourrait favoriser son confort ou pas, et le mettre en place. Le patient a ainsi l'impression qu'on l'écoute vraiment dans sa globalité et qu'on prend vraiment soin de lui sans attendre des prescriptions, du temps à lui accorder. Alors, c'est pas forcément des heures, mais en fait, je pense que même lors d'un soin technique, on peut discuter avec le patient, apprendre des choses et établir une relation de confiance. Et je pense qu'à partir du moment où le patient se sent écouté et qu'on répond à ses besoins, à partir de ce moment-là, la relation de confiance est établie et il adhéra au projet de soins puisqu'il nous fait confiance.

ESI : Et donc qu'elle lien est ce que tu fais entre la relation de confiance et l'alliance thérapeutique?

IDE : Alors... Euh bah l'un ne va pas sans l'autre. Je pense que la relation de confiance va permettre au patient de comprendre le but thérapeutique de la prise en soin et donc va le rallier à cette prise en soins là. Les patients sont dans des endroits qu'ils ne connaissent pas. L'organisation leur est peu familière. Donc, à partir de là, il n'y a que la confiance qui peut les amener à adhérer à quelque chose qu'ils ne connaissent pas. Donc voilà.

ESI : Est ce que tu as une situation ? Est ce que tu peux me parler d'une prise en soins qui a favorisé une alliance thérapeutique?

IDE : Une prise en soi qui a favorisé, c'est -à -dire ?

ESI : Une prise en soins qui a abouti à une vraie....

IDE : Ah qui a abouti, d'accord. Par exemple, ce matin, c'est pas un gros exemple, mais j'ai un patient grabataire qui était hospitalisé pour un covid positif et qui avait fait une pneumopathie d'inhalation. C'est un patient qui enlevait son oxygène et du coup, ce matin, je lui ai réexpliqué le but. Et avec un petit peu d'humour, j'ai réussi à lui faire comprendre que c'était vraiment important, qu'il m'aide parce que du coup, ma machine elle sonnait et que cette sonnerie là, ça montrait bien que ce n'était pas bon. Mais pas dans le sens où c'était grave, je lui ai bien montré, je lui ai expliqué et du coup, ça l'a fait sourire. Et il a adhéré au soin.

ESI : Parce qu'il avait quel âge le Monsieur ?

IDE : 81 ans.

ESI : D'accord, ok. Oui, en fait, c'est par des petites choses... C'est des petites choses du quotidien on va dire.

IDE : En fait, sur beaucoup de points, par exemple. J'ai tellement d'exemples mais que là il ne viennent pas. Par exemple, j'ai un patient l'autre jour que j'identifie en sevrage alcoolique. Le patient, il a essayé de se sevrer lui-même chez lui, donc il a fait trois crises d'épilepsie. Le matin, il a été mis toute la nuit en zone de transfert et quand j'arrive le matin, je le trouve très, tremulant. Il est perfusé, et le Valium lui est donné toutes les quatre heures per os. Et moi, je pense, j'identifie qu'il faut lui en donner plus souvent et en intraveineux. Donc, le médecin du transfert fait son tour et décide que le patient est sortant. Moi, je lui explique que je pense vraiment que c'est prématuré de le faire sortir. Puisque je suis, j'aimerais lui mettre du Valium toutes les heures, et je lui demande s'il peut le faire marcher pour vraiment objectiver ce que je dis. Donc il essaie de le faire marcher et en effet, en fait, il le trouve trop en sevrage et décide de le garder. Et du coup, il rencontre l'infirmière d'addictologie et on identifie en fait son besoin d'aller en cure.

Sauf qu'il n'y avait pas de place, donc. En fait, le lendemain, j'y étais encore. Donc, il a été mis à l'UHTCD. Le lendemain, j'étais encore l'infirmière de l'UH et sa femme vient me voir et me dit qu'il a fait ses bagages et qu'il veut partir. Et donc, il a fallu déjà identifier pourquoi il voulait partir.

C'était quelqu'un d'assez renfermé, donc il m'a expliqué qu'il s'ennuyait. Donc, du coup, je l'ai aidé à connecter sa tablette, que sa compagne venait de lui amener avec le wi-fi du CHU. Je me suis renseigné sur la prise en soin qu'il aurait en cure à Saint-Vincent-de-Paul et du coup, j'ai pu lui expliquer qu'il y aurait des activités proposées ou autres. J'ai rappelé l'infirmière d'addictologie pour qu'elle lui parle. Moi également, je lui ai parlé. Je lui ai donné en fait des informations sur ce qui pouvait lui arriver si elle continuait à boire, puisqu'en fait, il n'avait pas notion, si ce n'est qu'il abimait son foie. Il ne savait pas. Il n'avait jamais entendu parler d'encéphalopathie, de delirium tremens et ce genre de choses Et donc il a compris le but de la prise en charge. On a accédé à ses demandes par rapport à son ennui. Je lui ai remis un peu plus de Valium parce que du coup, c'était pas moi qui m'en occupait, c'était mon collègue et il avait un peu espacé. Mais le patient ne se sentait pas bien et du coup, il est resté. Et le lendemain, il est parti en cure.

L'explication, ça fait tout.

ESI : Oui, c'est ça. Et puis j'avais vu un peu. En fait, si le patient, c'est pas sa priorité à lui la cure, lui, sa priorité, c'est de pas s'ennuyer. Donc tant qu'on ne régleras pas ça...

IDE : La cure, il ne l'envisagera même pas, alors qu'il n'avait pas envie de boire. Mais là, c'est des patients qu'on voit peu. D'habitude, on voit des patients qui ont déjà essayé maintes et maintes cures, qui ont rechuté. Là, c'est quelqu'un qui était totalement novice face à l'arrêt de l'alcool, 31 ans, papa d'un petit garçon de 3 ans. J'ai su après qu'il avait fait un deuil pathologique. C'est-à-dire qu'il avait déjà perdu un enfant de 1 an lors d'une précédente union. Mais il n'en parlait pas. Donc, j'ai pu évoquer avec lui le fait que ce serait bien qu'il se fasse aider sur le plan psychologique et sur ce traumatisme là pour pouvoir aussi avancer. Parce que c'est quand je lui ai demandé s'il avait identifié, les mécanismes qui le poussait à boire, qu'il m'a brièvement dit qu'il n'aimait pas parler de lui, mais que c'était par rapport à la perte de son fils.

ESI : D'accord.

IDE : Du coup, c'est vrai que ça me tenait à cœur, d'autant plus de de le laisser dans le circuit. En plus, ça s'est très bien fait, c'est-à-dire qu'il est parti le lundi pour une semaine à Saint-Vincent de Paul et le mardi, il avait rendez-vous avec un addictologue pour un premier suivi. Il ne sortait pas dans la nature. C'était très bien organisé parce que du coup, le manque physique serait passé.

ESI : D'accord. Et donc, du coup, est ce que tu penses que chez les patients, il peut y avoir des freins à l'établissement d'une alliance thérapeutique?

IDE : Je reviens un peu sur les patients qui sont alcoolisés ou sous stupéfiants. Souvent, les patients alcoolisés n'ont pas choisi de venir aux urgences. Comme pour eux, il n'y a pas de problème d'identifier. Il n'y a pas de raison qu'on les soigne. Donc là, en général, c'est compliqué. Alors souvent, ce sont des patients qui ont des demandes, qui veulent boire, ils veulent aller fumer. Donc, en accédant à leur demande, on peut les faire adhérer à l'alliance thérapeutique. Le tout, c'est de ne pas les cataloguer, de ne pas les faire se sentir mis dans une case d'alcooliques aux urgences.

Et il faut adapter la prise en soins, en fait. Je pense que pour, je reviens à la posture professionnelle. Il ne faut pas avoir de jugement. Il faut essayer d'être le plus objectif possible et faire preuve d'empathie. Se dire qu'est ce que je ressentirais à sa place dans sa situation, avec les problématiques qu'il présente et comment j'aimerais qu'on m'aborde et comment j'aimerais qu'on prenne en soin.

ESI : Ok, mais par rapport à l'empathie et je voudrais parler de la juste distance. Est ce que toi il y a des fois où tu vas essayer de ne pas trop empathiser parce que tu sais que ça va te toucher?

IDE : Eh bien, je vais, je pense, que depuis le temps où je suis infirmière, j'arrive à mettre cette juste distance là. Après, je pense qu'il faut avoir fait un travail personnel sur ce qui pouvait nous amener à être touché.

J'ai perdu un proche jeune et je sais qu'au début de mon exercice, comme ça venait de se produire, dès que j'accompagnais une fin de vie et la famille, c'était compliqué. Je sentais une boule d'émotions, les larmes aux yeux, et j'avais du mal à mettre de la distance. Ça ne m'empêchait pas de garder mon statut de soignante. Mais c'est vrai que du coup, j'étais un peu plus dans l'émotion. Après, ça n'empêchait pas les familles d'être accompagnées, mais parfois, ça peut être submergeant.

ESI : Est ce que tu trouves que vraiment, quand tu fais preuve d'empathie, puisque toi, tu es quelqu'un d'empathique, etc. Tu vois vraiment une différence au niveau de la création, de la relation de confiance, l'alliance thérapeutique, etc.

IDE : Totalement. Enfin, je sais pas comment expliquer. Le fait d'être empathique, j'ai l'impression que ça me permet d'anticiper des choses pour le confort du patient et de mettre en place cette relation authentique et de confiance. Ça leur donne l'impression d'avoir une prise en charge personnalisée. C'est pas juste, je fais un soin parce qu'il est prescrit. Si je passe devant un patient, même si ce n'est pas le mien, qu'il a une demande, je ne vais pas lui passer devant en disant c'est pas moi.

ESI : Oui, voilà. Donc oui, ça paraît logique. OK, parfait. Juste est ce que par rapport à ma question de départ, en quoi la posture professionnelle de l'infirmière avec le patient amène t elle à créer une relation de confiance favorable à une alliance thérapeutique? Est ce que tu voudrais ajouter quelque chose par rapport à cette thématique?

IDE : Oui, je voudrais rajouter que je fais un peu jeune en tant que professionnel. C'est ce qu'on me dit souvent et je suis petite et je suis une femme. Donc pour moi, la posture professionnelle de l'infirmière, ça passe par le visuel. Donc je trouve qu' il faut avoir vraiment la tenue adaptée, les cheveux remontés, ne pas avoir trop de bijoux et ne pas en avoir sur les mains, ni du vernis, ni les ongles longs et avoir son matériel et ensuite de connaître, ce dont on parle en fait. Je pense qu'en fait, ce que je veux dire par là, c'est que pour pas qu'il y ait une relation trop familière qui se mette en place parce que je fais jeune, je suis une femme petite... J'essaie de mettre une distance, polie, un petit peu ferme, mais douce à la fois.

ESI : Oui, OK, je vois.

IDE : Donc la posture, elle fait tout. Quelqu'un qui est familier, désorganisé, qui ne fait pas professionnel. Un patient ne donnera pas sa confiance, je ne pense pas. Donc, il aura du mal à adhérer au projet de son.

ESI : OK, super, merci beaucoup

IDE : Derien.

Annexe VI - Tableau d'analyse des entretiens

Cadre théorique	Objectifs	IDE 1	IDE 2
<p align="center">Posture professionnelle</p>	<p>Identifier ce que représente pour l'ide la posture professionnelle</p>	<p>“C’est l’attitude de l’infirmière dans son quotidien.[...]C’est vraiment une prise en charge globale du patient et une attitude qui favorise la communication avec le patient et la relation soignant-soigné pour créer une relation. [...] C’est donc l’attitude de l’infirmière vers le patient.”</p> <p><u>Valeurs :</u> -Valeurs professionnelles</p> <p><u>Compétences :</u> “savoir, savoir-être, savoir-faire”</p> <p><u>Concepts moraux :</u> “l’écoute, la bienveillance, l’empathie”</p> <p><u>Communication adaptée :</u> “se mettre à sa hauteur” “intonation de voix”</p>	<p><u>Observation :</u> “L’observation permet d’identifier ce qui pourrait mettre un frein à la mise en place d’une relation authentique et de confiance.”</p> <p><u>Concepts moraux :</u> -empathie -respect -non-jugement</p> <p><u>Présentation physique :</u> -“tenue adaptée, cheveux remontés, ne pas avoir trop de bijoux, pas de vernis, ni les ongles longs”</p> <p><u>Savoir :</u> “Connaître ce dont on parle” “Explication”</p> <p><u>Attitude :</u> “J’essaie de mettre une distance, polie, un petit peu ferme, mais douce à la fois”</p>

Relation soignant-soigné	Identifier les bénéfices et les limites de la relation soignant-soigné	<p>Bénéfices : <u>Créer un lien :</u> “le bénéfice principal c’est d’accompagner le patient, de créer ce lien” “L’objectif c’est vraiment de créer cette relation de confiance et faciliter les soins et faciliter l’adhérence. L’adhésion du patient.” “créer ce lien et le maintenir”</p> <p><u>Diminuer le stress du patient :</u> “diminuer le stress de l’hospitalisation”</p> <p><u>Le patient soit acteur de sa prise en soi :</u> “faire en sorte que le patient soit acteur du soin, acteur de sa santé”</p>	<p>Bénéfices : “La relation soignant-soigné est essentielle pour pouvoir aller au bout du projet de soins”</p>
		<p>Limites : <u>Les émotions du patient :</u> “le patient peut être réticent [...], réticent à communiquer” “par le stress, manifester de la colère ou de l’insatisfaction”</p> <p><u>Les émotions de l’infirmière :</u> “L’infirmière peut être un jour plus fatiguée ou plus inquiète par des soucis personnels.”</p> <p><u>L’organisation des soins :</u> “ça peut venir de l’organisation du service également [...] une surcharge de travail [...] il y a des impératifs dans l’organisation des soins [...] préparer le patient pour une intervention.”</p>	<p>Limites : “un patient qui est sous stupéfiants [...] complètement confus [...] semi-comateux.”</p>

<p>Relation de confiance</p>	<p>Identifier les éléments favorables à la création d'une relation de confiance</p>	<p>Éléments favorables : <u>Environnement :</u> "un patient aura plus de facilité à s'exprimer, à se confier s'il est en chambre seul"</p> <p><u>Durée de l'hospitalisation :</u> "La relation de confiance est favorisée par une durée d'hospitalisation longue. Mais pour autant, parfois, on est surpris. Et cette relation de confiance, elle se met en place très rapidement"</p> <p><u>Expertise de l'infirmière :</u> "je dirais qu'une infirmière qui a une expertise et une expérience dans la discipline lorsqu'elle va pratiquer un soin. Elle pourra, elle sera, par son expérience, un peu plus détachée du soin. Un peu moins, même si pour autant, elle sera concentrée sur son soin. Mais elle sera détachée et du coup, pourra, entre guillemets, faire deux choses en même temps. C'est-à-dire pratiquer le soin et communiquer" "l'expertise dans la discipline et les connaissances sur la pathologie, les traitements, les interventions, ça facilite quand même la relation. [...] il va considérer le discours de l'infirmière comme crédible"</p>	<p>Éléments favorables : <u>Environnement :</u> "observer autour de lui ce qui pourrait favoriser son confort ou pas, et le mettre en place"</p> <p><u>Attitude soignante :</u> "écoute active" "Et je pense qu'à partir du moment où le patient se sent écouté et qu'on répond à ses besoins, à partir de ce moment-là, la relation de confiance est établie et il adhère au projet de soins puisqu'il nous fait confiance"</p>
-------------------------------------	---	---	---

		<p><u>Modes de communication :</u> “se mettre à la hauteur du patient” “technique de communication, par exemple les questions ouvertes pour faciliter l’expression du patient, la reformulation, valider le discours du patient.”</p> <p><u>Sensibilité de l’infirmière :</u> “notre propre sensibilité. En tant qu’infirmière aussi. C’est -à -dire qu’il y a peut-être des infirmières qui seront plus à même d’utiliser tel et tel outil. Il faut aussi que chaque professionnel se retrouve. Il ne faut pas se forcer non plus.”</p>	
		<p>Éléments défavorables :</p> <p><u>Environnement :</u> “le bruit dans les couloirs ou s’il y a des personnes qui entrent et sortent sans arrêt [...] téléphone dans sa poche. Ce sont des interférences à la communication”</p> <p><u>Brièveté de l’hospitalisation</u> “en hôpital de jour , cette relation de confiance, on a, je dirais un impératif de la créer rapidement pour mettre en place cette relation”</p> <p><u>Handicap du patient :</u> “patient malentendant ou un patient malvoyant”</p> <p><u>Mécanisme de défense :</u> “déli de la maladie”</p>	<p>Éléments défavorables :</p> <p><u>Soignant :</u> “Quelqu'un qui est familier, désorganisé, qui ne fait pas professionnel. Un patient ne donnera pas sa confiance, je ne pense pas. Donc, il aura du mal à adhérer au projet de son.”</p> <p><u>Milieu hospitalier :</u> “Les patients sont dans des endroits qu'ils ne connaissent pas. L'organisation leur est peu familière”.</p>

		<p><u>Famille du patient :</u> “Un patient qui a accompagné, un patient qui vit en couple, où la femme est omniprésente ou à l'inverse, le mari omniprésent et le mari qui s'exprime beaucoup et qui prend, entre guillemets, la place du patient.”</p>	
<p>Alliance thérapeutique</p>	<p>Identifier les liens entre la relation de confiance et l'alliance thérapeutique</p>	<p>“Alors moi, je dirais que la relation de confiance est indispensable pour créer cette alliance thérapeutique. C'est la première étape.”</p> <p><u>Alliance thérapeutique :</u> “Le terme alliance est très expressif. Il inclut vraiment deux personnes. C'est important que de créer cette relation de confiance, mais en même temps, il ne faut pas oublier que le patient doit être acteur, c'est-à-dire que c'est le patient qui va évoluer dans son parcours de soins. L'infirmière, le soignant est là pour établir cette relation de confiance.”</p> <p><u>Temporalité</u> “L'alliance thérapeutique, c'est pour tous les soins, c'est pour tous les soins au cours du parcours de soins du patient, au cours de bah vivre avec sa maladie.”</p> <p><u>Patient acteur :</u> “C'est vraiment le terme appropriation et le patient acteur qui est important.” “Si le patient n'a pas confiance, il n'adhèrera pas et ne rentrera pas dans son parcours de soins.”</p>	<p>“L'un ne va pas sans l'autre. Je pense que la relation de confiance va permettre au patient de comprendre le but thérapeutique de la prise en soin et donc va le rallier à cette prise en soins là.[...] Il n'y a que la confiance qui peut les amener à adhérer à quelque chose qu'ils ne connaissent pas.”</p>

		<p><u>Transmissions d'informations :</u> "Il faut bien faire la différence entre l'information, je dirais, une infirmière peut transmettre une information, mais l'alliance thérapeutique, ça va au-delà. C'est-à-dire que c'est vraiment une éducation et une appropriation par le patient de cette information."</p> <p><u>Absence de lien entre relation de confiance et alliance thérapeutique :</u> "Mais du coup, ce qui est intéressant dans cette... Dans ce cas-là, c'est que cette relation de confiance pour nous, elle existait. L'alliance thérapeutique, on pensait qu'elle existait, mais pour autant, ce n'était pas le cas."</p>	
	<p>Éléments impactant l'alliance thérapeutique</p>	<p>Éléments favorables : <u>Touché relationnel :</u> "J'ai simplement utilisé le toucher pour apaiser. Il a senti un apaisement, je pense. Et cette alliance thérapeutique, en fait, elle s'est mise en place aussitôt."</p> <p><u>Technique "d'hypnose" :</u> "il suffit de demander au patient ce qu'il fait comme métier, par exemple, ou dire qu'il fait beau aujourd'hui. Est-ce que vous avez un jardin? Et puis voilà. Si le patient dit oui, j'ai un jardin. Qu'est-ce que vous faites en ce moment dans votre jardin? Et voilà. Ça peut en fait permettre de le transférer entre guillemets, le patient dans un lieu, ce qu'on appelle un lieu sûr, un lieu ressource pour le patient.</p>	<p>Éléments favorables : <u>Explication :</u> "réexpliquer le but" "je lui ai bien montré, je lui ai expliqué et ducoup, ça l'a fait sourire et il a adhéré au soin"</p> <p><u>Identifier les besoins :</u> "identifier pourquoi il voulait partir [...] il m'a expliqué qu'il s'ennuyait. Donc, du coup, je l'ai aidé à connecter sa tablette, que sa compagne venait de lui amener avec le wi-fi du CHU. Je me suis renseigné sur la prise en soin qu'il aurait en cure à Saint-Vincent-de-Paul et du coup, j'ai pu lui expliquer qu'il y aurait des activités proposées ou autres. J'ai rappelé l'infirmière d'addictologie pour qu'elle lui parle. Moi également, je lui ai parlé. Je lui ai donné en fait des informations sur ce qui pouvait lui arriver si elle continuait à</p>

		<p>Et du coup, ça peut être un moyen de créer cette relation de confiance et de créer cette alliance thérapeutique.”</p> <p><u>Identifier les besoins et expliquer :</u> “Et en explorant progressivement, on a choisi d'expliquer, de prendre le temps d'expliquer à cette patiente ce qu'était sa maladie et elle n'avait pas compris en fait ce qu'était sa maladie. Parce que pour elle, elle se disait qu'on lui a parlé de difficultés respiratoires liées à la maladie. Et pour elle, elle se disait que si elle faisait plus de sport, elle serait moins essoufflée. En fait, l'objectif pour cette patiente pour créer cette alliance thérapeutique. On a pris le temps de lui expliquer sa maladie. Avec des schémas, des dessins, en utilisant des mots simples, on a pris le temps après de lui expliquer à quoi servait ces médicaments. On prit le temps de lui expliquer aussi les effets secondaires parce que cette dame en fait, en explorant, on s'est aperçu qu'elle ne prenait pas ses médicaments à cause des effets secondaires.”</p>	<p>boire, puisqu'en fait, il n'avait pas notion, si ce n'est qu'il abimait son foie. Il ne savait pas. Il n'avait jamais entendu parler d'encéphalopathie, de delirium tremens et ce genre de choses et donc il a compris le but de la prise en charge. On a accédé à ses demandes par rapport à son ennui. Je lui ai remis un peu plus de Valium parce que du coup, ce n'était pas moi qui m'en occupais, c'était mon collègue et il avait un peu espacé. Mais le patient ne se sentait pas bien et du coup, il est resté. Et le lendemain, il est parti en cure.”</p>
		<p>Éléments défavorables : <u>Attitude du patient :</u> “s'exprimait très peu”</p> <p><u>Mécanisme de défense :</u> “complètement dans le déni de sa maladie” “elle occultait complètement sa maladie” “Cette réaction de déni est légitime parce que vivre avec une maladie chronique invalidante quelque</p>	<p>Éléments défavorables : <u>Attitude du patient :</u> “quelqu'un d'assez renfermé”</p> <p><u>Patient alcoolisé :</u> “Les patients alcoolisés ou sous stupéfiants. Souvent les patients alcoolisés n'ont pas choisi de venir aux urgences. Comme pour eux, il n'y a pas de problème d'identifier.”</p>

		part, c'est comme un parcours de deuil. On passe par. Par le déni, par la colère, par la dépression, par le marchandage, on ne passe par toutes ces phases là et en aucun cas nous, on est là pour juger.”	
--	--	--	--

X. Quatrième de couverture - Résumé

NOM : CALES-POISSON

PRÉNOM : Solenn

TITRE : La posture professionnelle de l'infirmière dans la relation de confiance favorisant l'alliance thérapeutique

Les soins relationnels représentent la majeure partie de notre travail et ces soins sont des soins quotidiens que nous pratiquons de manière différente en fonction des patients. Au cours de mes stages, j'ai pu rencontrer différentes situations qui m'ont fait me questionner sur les éléments favorisant la relation soignant-soigné dans sa globalité. Dans le cadre de mon mémoire, j'ai donc décidé de travailler sur ce sujet, mon questionnement sur certaines situations m'a amené à me demander : *En quoi la posture professionnelle de l'infirmière avec le patient amène-t-elle à créer une relation de confiance favorable à une alliance thérapeutique ?*

Tout d'abord, par l'intermédiaire d'auteurs, j'ai défini les grandes notions de mon sujet telles que la posture professionnelle, la relation soignant-soigné, la relation de confiance et l'alliance thérapeutique. Ensuite, j'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières afin de comparer la théorie à la pratique. Enfin, j'ai analysé toutes ces données et apporté ma réflexion personnelle.

Ce travail m'a fait réaliser tous les aspects complexes qu'est la relation soignant-soigné. Cette relation impacte aussi bien le soignant que le patient.

Relational care is the bulk of our work, those are daily and done differently for different patients. During my internships I was able to encounter different situations that made me wonder about the favoring elements of the caregiver client relationship as a whole. As part of my thesis I decided to work on this topic, my questioning of certain situations led me to ask myself : How does the professional posture of the nurse with the patient lead to-Does it create a trusting relationship in favor of a therapeutic alliance?

First of all, through the authors, I defined the main notions of my subject such as professional posture, the caregiver-client relationship, the relationship of trust and the therapeutic alliance. Then I conducted two interviews with nurses to compare theory with practice. Finally, I analyzed all this data and brought my own personal reflection.

This work has made me realize all the complex aspects of the caregiver client relationship. This relationship impacts both the caregiver and the patient.

KEYWORDS : professional posture, caregiver client relationship, relationship of trust, therapeutic alliance, communication

MOTS CLÉS : posture professionnelle, relation soignant-soigné, relation de confiance, communication, alliance thérapeutique

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU Rennes

Adresse : 2 rue Henri le Guilloux, 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDE - 2019-2022