



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 première rencontre entre l'infirmier et le patient, un tremplin vers une relation de confiance



© shutterstock / Yuriy Seleznev

Formateur référent mémoire : DAUCE Patricia

CHATEL Margot
Formation infirmière
Promotion 2019 - 2022
02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'état Infirmier

Travaux de fin d'études :

La première rencontre entre l'infirmier et le patient, un tremplin vers une relation de confiance

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 droits ou ayant causé 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 des pages d'un texte, je vérifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant :

CHATEL Margot

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

Je souhaite tout d'abord remercier l'équipe de formateur qui nous a formés et accompagnés durant ses 3 années avec gentillesse, compréhension et surtout avec patience.

Je tiens à remercier particulièrement ma directrice de mémoire, Patricia DAUCE, pour sa bienveillance, son écoute, ses conseils et son accompagnement tout au long de ce travail. Elle a su me rassurer, m'encourager et me guider quand il le fallait.

Un grand merci à ma mère, mon père, ma sœur Baba, Loulou, Lili et mes amis pour leur soutien, leur encouragement et leur présence tout au long de ces trois années d'études.

Merci à ma marraine pour sa patience, ses conseils et son soutien dans la rédaction de ce mémoire.

Un immense merci à mes puces bretonnes qui m'ont supporté au quotidien durant ces trois années. Merci pour ces fous rires, ces sorties, ces découvertes qui m'ont permis de toujours garder le moral. Une pensée à Flavie GUIAVARCH, mon binôme de cette aventure qui aura grandement marqué mes études par sa gentillesse, ses tocs en tout genre et sa maladresse.

Un énorme merci à cette promotion Omar Sy, toujours dans la joie et la bonne humeur, elle restera la meilleure des promotions.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Le cheminement vers la question de départ	2
2.1 La situation d'appel	2
2.2 Le questionnement	5
2.3 La question de départ	5
3. Le cadre conceptuel	6
3.1. La relation soignant-soigné	6
3.1.1. Définition	6
3.1.2 Les différentes modalités de la relation soignant-soigné	6
3.1.3 Les différentes dimensions de la relation soignant-soigné	7
3.1.4 Les 4 niveaux de la relation soignant-soigné selon Malaboef	8
3.1.5 Les attitudes relationnelles	9
3.2 La première rencontre	10
3.2.1 L'accueil	10
3.2.2 La communication vectrice de la relation	11
3.3 La relation de confiance	12
3.3.1 Définition	12
3.3.2 La construction de la relation de confiance	12
3.3.2.1 Variable individuelle	12
3.3.2.2 Le climat de confiance	13
3.3.2.3 Les effets de la relation de confiance dans les soins	14
4. Le dispositif méthodologique du recueil de données	15
4.1 Les objectifs du guide d'entretien	15
4.2 Les professionnelles interrogées	15
4.3 Le bilan du dispositif	16
5. L'analyse des entretiens	17

5.1 Les composantes de la première rencontre avec le patient	17
5.2 Les aspect importants de la première rencontre	17
5.3 Les facteurs favorisant la relation de confiance	18
5.4 Les effets de la relation de confiance	19
5.5 Comment sait-on que la confiance est instaurée ?	19
5.6 Comment instaurer la confiance avec un patient réticent ?	20
5.7 Le facteur blouse blanche et ses effets	20
6. La discussion : en quoi la première rencontre avec le patient influence-t-elle la mise en place de la relation de confiance ?	21
6.1 La première rencontre, première étape de la relation de confiance	21
6.1.1 La construction de la relation de confiance	21
6.1.2 Les effets de la relation confiance	22
6.1.3 Les ressources à l'instauration de la relation de confiance	23
6.2 La rencontre débute par la relation de civilité	25
7. Conclusion	27
Bibliographie	
ANNEXE I : Guide d'entretien	
ANNEXE II : Entretien n°1	
ANNEXE III : Entretien n°2	
ANNEXE IV : Tableaux d'analyse des entretiens avec les professionnelles	

« Si l'homme a deux oreilles et une bouche c'est pour
écouter deux fois plus qu'il ne parle »

Confucius

1. Introduction

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, j'ai été amenée à présenter un travail de fin d'étude appelé MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Ce travail clôt trois années d'études riches en situations vécues en stage et en apprentissage. Il nous initie à la démarche de recherche, à la construction d'un questionnaire à partir d'une situation vécue en stage ayant entraînée une réflexion sur notre pratique.

Lors de ces périodes de stage, j'ai pu rencontrer des patients de tous âges, avec diverses pathologies. Chacun de ces patients était unique : par son histoire de vie, son contexte familial ou ses antécédents médicaux. Pour s'adapter à chacune de ces personnes, une prise en charge personnalisée est nécessaire.

L'analyse que j'ai menée porte sur une situation qui se présente au cours du premier stage de ma deuxième année de formation. Je me suis questionnée sur la relation de confiance qui s'établit entre le soignant et le patient. Comment se met-elle en place ? Quel est l'impact de la première rencontre avec le patient ? Pour moi, cette première rencontre est un moment fort dans la mise en place de la confiance. C'est là que tout commence. C'est une situation que nous rencontrons quotidiennement en tant que professionnel de santé et répondre à ces questionnements m'apporterait beaucoup pour ma future prise de poste.

Dans ce mémoire, je présenterai tout d'abord ma situation, mon analyse et mon questionnaire. Ensuite, je développerai un cadre conceptuel où j'aborderai trois points essentiels : la relation soignant-soigné, la première rencontre ainsi que la relation de confiance.

Par la suite, je détaillerai l'enquête de terrain réalisée auprès d'infirmiers et j'analyserai ces entretiens afin de comparer les résultats avec ceux du cadre théorique.

Enfin, je finirai ce travail de recherche par la discussion, qui permettra de comparer mes recherches avec les éléments recueillis auprès des professionnels du terrain, tout en évoquant mon positionnement professionnel.

2. Le cheminement vers la question de départ

2.1 La situation d'appel

Étudiante infirmière en semestre 3 de la deuxième année, je suis en stage en UHTCD (unité de soins de très courte durée) chirurgical. Il s'agit alors de mon premier stage de deuxième année d'une durée de sept semaines. J'ai déjà effectué des stages dans un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ce nouveau stage me tenait particulièrement à cœur car n'ayant pas eu l'occasion de réaliser de nombreux soins techniques en première année, j'avais demandé un stage qui m'en donnerait l'opportunité.

Ce service peut prendre en charge 12 patients hospitalisés en pré-opératoire, c'est-à-dire avant de passer au bloc opératoire et d'être envoyé dans un service spécifique. En cette période de crise sanitaire, le service habituellement de chirurgie s'est converti en service de médecine due à un manque de place dans le centre hospitalier. Le service accueille alors 10 lits de médecine pour la prise en charge de pathologies diverses et 2 lits de chirurgie.

Dès ma deuxième semaine de stage, ma référente me propose de prendre en charge deux patientes de chirurgie dans leur globalité, ne présentant pas de lourds antécédents médicaux afin que je puisse me concentrer sur leur motif d'hospitalisation et m'entraîner à faire des liens. Je suis ravie, j'apprécie que l'on me donne un peu d'autonomie mais j'appréhende de commettre une erreur. Les deux patientes que je prends en charge sont hospitalisées pour des choses différentes, l'une pour une fracture de la hanche droite et l'autre pour une appendicite.

Ce jour-là, j'arrive le matin dans la salle de transmission à 7h, l'équipe de nuit fait les transmissions à l'équipe de jour.

Vers 8h00, je commence mon tour, je vais voir les deux patientes que je prends en charge, je me présente, leur demande si la nuit s'est bien passée, je fais la surveillance des paramètres vitaux, l'évaluation de la douleur, la surveillance des voies d'abord puis je prépare les traitements et les fait vérifier par l'infirmière avant de les administrer. Je termine mon tour par Mme Z, âgée de 39 ans, hospitalisée pour une appendicite et en attente de bloc opératoire. Je reste un moment dans sa

chambre à échanger avec elle par rapport à ce qu'elle fait dans la vie, ses enfants, elle se confie à moi sur sa vie personnelle.

Je me sens à l'aise avec cette patiente, on rit beaucoup, j'ai l'impression qu'elle aussi est à l'aise avec moi et que l'échange est fluide. Pourtant je n'ai rien mis en place de particulier pour créer cette relation, je me suis présentée comme je le fais habituellement, je lui ai demandé si elle avait besoin de quelque chose et nous nous sommes mises à discuter.

Une fois sortie de la chambre, je suis l'infirmière qui va voir les autres patients et qui termine par les tâches administratives (mise à jour des prescriptions, programmation de rendez-vous, transfert dans d'autres services).

Vers 11h30, c'est le début du deuxième tour, comme pour le matin, l'infirmière me laisse faire mon tour seule mais vérifie toujours les traitements. Je termine mon tour par Mme Z. Je prends ses constantes (pouls, tension artérielle, saturation et température) qui sont normales, je lui demande de noter sa douleur sur une échelle de 0 à 10 sachant que 10 est une douleur insupportable, elle me répond 3. Pour finir, je surveille sa perfusion et son point de ponction afin de vérifier que son antibiotique et son antalgique passe correctement. C'est alors que je me rends compte que son bras a légèrement gonflé et la patiente me fait part d'un sentiment de picotement au niveau du point de ponction. Je décide donc de stopper la perfusion et d'alerter l'infirmière. A ce moment-là, je pensais avoir eu la bonne réaction, l'infirmière m'a confirmé que c'était ce qu'il fallait faire et est allée voir la patiente. L'infirmière constate qu'en effet un œdème s'est formé et décide de lui retirer sa perfusion. J'étais fière de moi, d'avoir su bien réagir même si aujourd'hui je me rends compte qu'il y a des urgences bien plus importantes à gérer que celle-ci.

En sortant de la chambre, l'infirmière me demande de préparer le matériel nécessaire pour la re-perfuser afin qu'elle puisse avoir ses traitements et une voie d'abord fonctionnelle pour son opération programmée dans la journée. J'accepte, et me remémore quelques instants les cours et le travail pratique que j'ai effectué à l'école. Je retourne dans la salle de soins, sort un plateau dans lequel je mets un garrot, une tubulure, des compresses, un opsite (film adhésif transparent imperméable) et 1g de paracétamol en IV (intra veineuse). Il me manquait le cathéter, en cherchant dans la salle de soin je me suis rendue compte qu'il y avait plusieurs couleurs. Je ne savais pas lequel prendre, je me rappelais qu'à l'école nous avons utilisé un rose mais je ne savais pas si celui-ci correspondait à la patiente, je les ai donc tous pris. En rejoignant l'infirmière, elle m'a expliqué que les différentes couleurs dépendent de la taille du cathéter et m'a proposé de poser la perfusion tout

en restant à mes côtés pour me guider. J'avais vu une infirmière en poser une la semaine d'avant mais je n'en avais jamais posé. Ça allait être la première fois pour moi et j'ai senti une vague de stress m'envahir.

Nous toquons et entrons dans la chambre de Mme Z. L'infirmière l'informe que nous sommes obligés de la re-perfuser pour son opération au bloc opératoire. Mme Z acquiesce en souriant et n'a pas l'air d'appréhender. J'espère alors que l'infirmière a oublié qu'elle m'avait demandé de poser la perfusion quand elle dit à la patiente : « Mme Z cela vous dérange si c'est Margot qui pose votre perfusion ? » La patiente répond que ce n'est pas un souci. L'infirmière ajoute que c'est la première fois que je pose une perfusion. Je deviens toute rouge, mon stress s'amplifie et je commence à avoir très chaud. Je tente de sourire à travers mon masque mais je pense que Mme Z a remarqué que je ne suis pas très à l'aise. Le fait que l'infirmière dise avant la réalisation du soin que c'est ma première fois, m'a déstabilisé et ne m'a pas mis à l'aise. Étonnamment, Mme Z en souriant me dit : « ne t'inquiètes pas, j'ai confiance en toi, je sais que tu vas y arriver. » Ceci me rassure un peu et je ne veux pas la décevoir.

Je prépare mon matériel sur l'adaptable puis je place le garrot et cherche la veine. Heureusement Mme Z a de belles veines, je sens bien celle que je vais piquer. Je retire le garrot, mets mes gants, remets le garrot et passe sur la veine une compresse imbibée d'alcool, je prends le cathéter dans ma main tout en sentant les regards fixés sur moi. Je regarde la patiente qui me sourit toujours et je pique. Je vois le sang monter dans le cathéter, la pression se relâche un peu jusqu'au moment où je me demande comment est-ce que je vais lier la tubulure qui est sur le pied à perfusion au cathéter que je tiens fermement. L'infirmière me tend la tubulure, je la raccorde au cathéter et l'infirmière déclampe la perfusion afin de voir si elle passe et pose l'opside. La patiente me félicite et me répète qu'elle a confiance en moi et qu'elle savait que j'allais y arriver. Je suis très contente d'avoir réussi le geste technique même si malheureusement il n'y avait pas le côté relationnel pendant la réalisation du soin car j'étais trop concentré sur mon geste.

Ce moment est l'un des moments les plus marquants de mon cursus car, en effet, c'était la première fois que je posais une perfusion, mais c'était également une situation qui m'a permis de me poser énormément de questions.

2.2 Le questionnement

Ma première question a été : comment a-t-elle eu confiance en moi alors que j'étais une jeune étudiante qu'elle avait rencontré quelques heures avant ? Cette question a été suivie par beaucoup d'autres :

- Est-ce grâce à la blouse blanche du soignant ?
- Est-ce dû au fait que j'ai beaucoup échangé avec elle en début de matinée ?
- Est-ce lié à la présence de l'infirmière à mes côtés ?
- Est-ce dû à ma posture professionnelle ?
- Est-ce dû à la confiance de principe en le corps médical ?
- Est-ce le fait qu'elle a déjà vécu le soin et a compris l'intérêt du soin ?
- Est-ce le fait que c'est moi qui ai repéré le dysfonctionnement ?
- Est-ce le fait qu'elle m'ait vu travailler seule ?

Finalement, ce sont des questions que je me suis posées régulièrement et dans différents contextes : comme avant la réalisation d'un soin d'hygiène par exemple, qui nous fait entrer dans l'intimité des patients, ou lors d'un soin technique difficile durant lequel les patients ne sont pas rassurés mais nous font tout de même confiance, mais aussi lorsque le relationnel prime et qu'un patient se confie à nous sur des choses de sa vie personnelle.

2.3 La question de départ

Cette situation et ces différents questionnements m'ont permis de trouver la question de départ :

En quoi la première rencontre avec le patient influence-t-elle la mise en place de la relation de confiance ?

3. Le cadre conceptuel

3.1. La relation soignant-soigné

3.1.1. Définition

Tout d'abord, d'après les connaissances qui m'ont été apportées durant l'unité d'enseignement psychologie, sociologie et anthropologie du semestre deux, la relation est différente de la communication. Elle est un lien, un rapport entre des choses ou des personnes. (IFSI Pontchaillou, 2020)

Dans le contexte de soin, cette relation s'établit notamment entre un soignant et un soigné.

Le terme soignant vient du verbe soigner qui, étymologiquement, vient du latin « soniare » qui signifie « s'occuper de ». De plus, le terme soigné désigne la personne qui bénéficie des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, délivrés par un soignant. (PITTE, 2019)

Entre ces deux personnes, il va s'opérer, se créer un lien influencé par les spécificités de chacun. Alexandre Manoukian, psychologue clinicien et auteur, décrit la relation comme une « rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire 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 un sens » (Manoukian, 2008, pp. 9-10).

La relation soignant-soigné est une situation complexe aux composantes multiples, techniques, psychologiques et affectives.

3.1.2 Les différentes modalités de la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné selon Hollender repose sur 3 modèles de base (IFSI Pontchaillou, 2020) :

- **L'activité-passivité**

La relation soignant-soigné peut reposer sur **l'activité-passivité** pouvant être identifiée à la relation d'une mère et son nourrisson. C'est-à-dire que le soignant a une posture « supérieure » au soigné comme une mère peut avoir par rapport à son nouveau-né. Le soignant fait les choses à la place du

soigné plutôt que de l'accompagner dans la réalisation de celle-ci. Le patient perd ainsi son autonomie et se laisse guider par les attentes du soignant.

- **La direction-coopération**

La relation soignant-soigné peut également s'établir sur **la direction-coopération** pouvant être assimilée à la relation des parents avec leurs enfants. Autrement dit, le professionnel dirige en collaboration avec le patient. Par exemple, lors de l'éducation thérapeutique, le professionnel dirige la séance mais c'est le patient qui est acteur et qui collabore avec le soignant. La relation n'est pas sur la base de l'égalité mais l'un ne peut pas agir sans l'autre.

- **La participation mutuelle et réciproque**

Enfin, à l'inverse, cette relation peut se baser sur **la participation mutuelle et réciproque** pouvant être comparée à la relation entre adultes. En effet, cette modalité est la plus courante. Le soignant et le soigné sont sur le même pied d'égalité. Ils s'écoutent et collaborent dans la réalisation des soins sans niveau de supériorité. A la suite de ces trois modalités, il existe différentes dimensions de la relation soignant-soigné.

3.1.3 Les différentes dimensions de la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné comprend cinq dimensions.

- **La relation éducative**

Il existe **la relation éducative** qui est très utilisée par les soignants. Elle est « mise en œuvre, lorsque que pour des raisons de santé, le patient doit changer d'habitudes de vie (régime alimentaire, rythme de vie...), subir un sevrage (alcool, drogue, tabac...) ou doit pratiquer des auto-soins (injection, sondage...). » Elle a pour but l'éducation, la formation et le développement d'un être humain. (Formarier, 2007, pp. 33-42). Toujours selon Monique Formarier, cette relation est composée « d'une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage (représentations, affects, ressources, capacités, besoins) ainsi qu'une approche cognitive (ce que la personne doit intellectuellement connaître et si besoin mémoriser) et une approche technique (maîtrise des gestes techniques, habileté manuelle). »

- **La relation thérapeutique**

La relation soignant-soigné comprend **la relation thérapeutique**. Cette relation a pour but de soigner le patient. Elle est réalisée dans le cadre d'un projet de soins thérapeutiques, toujours sur

prescription médicale. Cette relation est utilisée plus particulièrement en psychiatrie, les infirmiers peuvent être amenés à pratiquer des entretiens thérapeutiques après avoir reçu une formation adéquate. (Isebaert & Cabié, 2006, pp.69 à 73)

- **La relation coopérative**

La relation coopérative (IFSI CHU Fort-de-France, 2019) est également une des dimensions de la relation soignant-soigné. Elle situe les personnes sur un plan d'égalité, associées autour d'un but commun. Elle permet d'aider autrui à prendre une décision en élaborant avec lui. C'est une relation d'accompagnement où chaque partenaire a un rôle actif. L'un apporte à l'autre satisfaction et indépendance.

- **La relation autoritaire**

La relation soignant-soigné est composée de **la relation autoritaire**. Elle est « la capacité d'un individu, occupant une position hiérarchique ou possédant une compétence reconnue au sein de l'organisation, d'obtenir de la part de ses collaborateurs et/ou de ses subordonnés une conformité aux normes édictées et une obéissance aux ordres sans violence. » (IFSI du CHU Pontchaillou, 2020)

- **La relation de dépendance ou de maternage**

La relation de dépendance ou de maternage (IFSI CHU Fort-de-France, 2019) affecte l'autonomie de la personne, c'est-à-dire sa liberté d'utiliser au mieux ses ressources de santé physique et psychique. Le soigné consent régression, soumission et privation contre protection, sécurité et bien-être.

3.1.4 Les 4 niveaux de la relation soignant-soigné selon Malaboef

Louis Malaboef définit 4 niveaux de la relation soignant-soigné qui s'établissent par ordre croissant. (PITTE, 2007)

Tout d'abord, la mise en place de la relation soignant-soigné commence par **la relation de civilité**. C'est une relation qui intervient avant le soin et qui correspond aux codes socio-culturels. Elle est définie par être poli, courtois, se présenter, saluer.

Ensuite, vient **la relation fonctionnelle** qui a pour but de recueillir des données sur le patient afin de mieux le connaître. Ses habitudes de vie, son environnement familial ou socio-professionnel, les signes cliniques et paracliniques de la pathologie qu'il présente par exemple.

Puis, place à **la relation de compréhension** qui a pour but de soutenir le patient en laissant place à l'empathie du soignant. Elle englobe l'écoute active et la dédramatisation.

Pour finir, arrive **la relation d'aide thérapeutique** présente dans un but de soigner le patient dans le cadre d'un projet de soins thérapeutiques sur prescription médicale.

3.1.5 Les attitudes relationnelles

La simple mise en présence de deux personnes ne suffit pas à créer une relation. En effet, des attitudes relationnelles ou de communication doivent être mises en place telles que l'empathie, l'écoute, l'attention positive et la congruence.

L'attitude empathique (Antoine Bioy et al, 2009, pp. 34-42) est un modèle de relation basé sur la proxémie sans familiarité et sur le respect sans condescendance ni apitoiement. C'est également, s'intéresser à la personnalité du patient et s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent. Cette attitude n'a pas pour objectif de « se mettre à la place de l'autre » ce qui pourrait entraîner un risque pour le soignant de perte d'identité et de clairvoyance mais de comprendre et de ressentir la vie intérieure d'autrui.

Carl Rogers (1991) définit l'empathie de la façon suivante : il conseille de comprendre le monde du patient « comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si » ». Le « comme si » est significatif dans la définition de C. Rogers, il annonce qu'il ne faut pas se mettre dans un état d'identification.

Toujours selon Antoine Bioy, l'attitude empathique vise à créer un lien avec le patient afin de l'aider à réparer son processus de développement et à combler son manque. Ainsi, l'empathie permet « d'augmenter le degré d'estime de soi du patient, d'améliorer la qualité de la communication et autorise une verbalisation des émotions qui participe à la compréhension du patient et aux solutions apportées à ses diverses difficultés. » (p.36)

L'attention positive est également essentielle à la mise en place d'une relation. Elle consiste à garder une bienveillance pour autrui quoi qu'il puisse être dit ou fait.

Cette attitude est constitutive du choix de s'inscrire personnellement dans une relation d'aide, même si c'est dans un contexte et avec des limites professionnelles, et d'être à l'écoute du patient. Elle implique l'abandon d'une attitude de pouvoir en faveur d'une rencontre humaine et vraie. Il s'agit d'une attitude d'accueil, sans jugement ni expression d'un a priori : on découvre le patient au-delà de

ses symptômes, on l'accompagne, on prend soin de lui dans sa différence et avec son système de valeurs qui peut être différent de celui du soignant. (Antoine Bioy et al, 2009, p. 41)

Carl Rogers (1951) nomme l'attention positive inconditionnelle : la considération positive inconditionnelle. Il la définit comme l'acceptation totale et inconditionnelle du patient tel qu'il apparaît à lui-même dans le présent, ne dépendant en aucun cas de critères moraux, éthiques ou sociaux.

De plus, l'écoute est le point de départ de la communication. « Elle permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est-à-dire de percevoir, au-delà des sons, son humanité : ses craintes, ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse. » (Antoine Bioy et al, 2009, p. 39)

Enfin, la congruence selon Carl Rogers (1951, p.513) est, à la fois, d'être à l'écoute et en accord avec ce qu'il ressent durant la rencontre. Le soignant se doit d'être attentif à son ressenti et à ses émotions. Il doit néanmoins faire attention à communiquer correctement et au bon moment ce qu'il ressent.

D'après lui, ses attitudes fondamentales mettent l'accent sur le climat affectif de la rencontre. Il est possible d'envisager que toutes ces attitudes puissent être mise en œuvre dès la première rencontre et ainsi construire un climat favorable pour les suivantes.

3.2 La première rencontre

3.2.1 L'accueil

« L'accueil est ce temps où quelqu'un arrive de quelque part (un "dehors") pour entrer dans un autre lieu (un "dedans") : c'est une rencontre entre un accueillant installé dans un "dedans" qui reçoit un accueilli installé "dehors". L'accueil met ainsi en relation des individus à des places diamétralement opposées qui vont devoir s'approprier pour construire un échange constructif visant à un but commun. » (Mazoyer, 2019, p. 22-23)

L'accueil est le premier soin que le soignant réalise auprès d'un patient. C'est un soin relationnel essentiel à la mise en place de toute relation entre le soignant et le patient. L'accueil donne la première impression qui peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le patient et l'équipe soignante.

« Recevoir un patient n'est pas une simple formalité administrative mais un enjeu humain et relationnel qui détermine souvent le bon déroulement d'une prise en charge. » (RHNEmag, 2019)

En effet, l'entrée d'un patient en milieu hospitalier procure généralement du stress, de l'angoisse et de l'interrogation pour lui et son entourage. La présence du professionnel est nécessaire car c'est un lieu sans repère. Le patient interprète les paroles du soignant en fonction de l'accueil reçu et de son attitude non verbale. La possibilité de faire une bonne première impression ne se présente donc qu'une seule fois. (RHNEmag, 2019)

D'après Martine Mazoyer (2019), psychologue clinicienne, l'accueil a différents objectifs. En effet, un accueil satisfaisant est l'installation d'un climat de confiance entre le patient, la famille et l'équipe soignante favorisant le bon déroulement des soins et permettant de sécuriser le patient en lui apportant des repères. Le patient entre dans un environnement inconnu, rempli d'incertitudes face à la future prise en soin, à l'évolution de la douleur, aux traitements distribués. Il sera nécessaire de donner des repères au patient afin qu'il se familiarise avec les lieux.

De plus, l'accueil a pour objectif d'apprendre à connaître le patient en passant par une écoute active afin de recueillir les attentes, le vécu, les ressources, les appréhensions du patient pour l'aider au mieux à s'adapter à la situation.

Enfin, toujours d'après Martine Mazoyer, un bon accueil commence par la relation de civilité constituée d'obligations sociales tels que la gentillesse, la politesse, la courtoisie, la présentation du soignant. Pour bien accueillir un patient il faut faire preuve d'empathie qui permettra au patient d'exprimer ses affects s'il voit que le soignant est à son écoute. L'accueil est la première image qu'une personne garde d'un lieu, la relation qui s'instaure dépendra de celui-ci.

3.2.2 La communication vectrice de la relation

La communication entre le soignant et le soigné constitue un des fondements majeurs des soins infirmiers. C'est un élément essentiel dans la construction de la relation soignant-soigné. La qualité de cette relation fait toute la différence dans la qualité des soins, et donne un sens à la relation thérapeutique.

Cette relation se crée par une communication signifiante. Pour les soignants, la communication constitue la base sur laquelle va pouvoir s'établir une relation de soin permettant d'optimiser la prise en charge du soigné. Pour les patients, elle est la condition d'une mise en confiance nécessaire à son bien-être et à la compréhension de ce qui l'affecte. (Bouzekoura, 2020)

Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients. La communication est vectrice des différentes relations clé à mettre en place avec le soigné.

3.3 La relation de confiance

3.3.1 Définition

La confiance est définie comme une « croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence » (Dictionnaire de la langue française).

L'étymologie du mot confiance venant du verbe confier signifie « foi en quelque chose, en quelqu'un », c'est-à-dire qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi.

Faire confiance implique de confier certains de ses intérêts propres ou des intérêts collectifs que l'on porte à un acteur dont les caractéristiques permettent d'espérer qu'il en prendra bien soin (Karsenty, 2013)

3.3.2 La constructions de la relation de confiance

3.3.2.1 Variable individuelle

La relation de confiance s'installe entre deux individus ayant une expérience, un vécu et une vision différente de la confiance. Trois variables individuelles ont été identifiées par Laurent Karsenty (2015, pp. 141-164).

Pour commencer, il expose « la mémoire des interactions passées », c'est-à-dire l'impact des expériences passées de chacun ou plus précisément la mémoire que la personne garde de cette expérience. Ceci affecte la capacité à faire confiance une nouvelle fois aux acteurs ou aux situations qu'ils ont déjà rencontrées. Chaque personne dispose d'une aptitude générale à faire confiance qui est issu de l'accumulation de ses expériences relationnelles passées. Cette aptitude témoigne du fait que certaines personnes semblent méfiantes quelles que soient les circonstances, en tout cas tant qu'elles n'ont pas obtenu d'informations rassurantes sur l'autre et, à l'inverse, certaines personnes continuent de faire confiance de manière générale même si elles ont été déçues ou trahies par d'autres.

De plus, Laurent Karsenty évoque « les risques perçus dans chaque situation ». Autrement dit, la perception d'une situation particulière et de ses risques, crée des limites d'accord de la confiance à

autrui qui sont déjà ancrés. La personne peut accorder sa confiance en l'autre pour gérer certains risques perçus mais pas nécessairement pour tous.

Ensuite, l'auteur aborde l'existence «d'un lien affectif» en soulignant l'impact du lien affectif qui peut exister entre les acteurs dans l'établissement d'une relation de confiance. Si ce lien affectif est créé sur des expériences positives, il favorise la mise en place de la confiance en autrui sans nécessité de preuve ou d'élément rassurant apparent.

Enfin, les variables mentionnées sont subjectives à chaque individu. Cette subjectivité, qui est individuelle, interagit avec le climat de confiance, qui lui, est collectif. L'interaction des variantes individuelles et du climat de confiance permet de déterminer le niveau de confiance que chacun est prêt à accorder à l'autre. Les variables individuelles peuvent renforcer le sentiment de fiabilité véhiculée par le climat de confiance ou, au contraire, l'atténuer.

3.3.2.2 Le climat de confiance

Pour la philosophe Annette Baier (1994), le climat de confiance serait à l'origine d'une présomption de fiabilité qui ne serait pas forcément consciente, si bien que, lorsqu'un climat de confiance existe, chaque membre aurait confiance en l'autre sans que cela résulte d'une décision individuelle.

Plusieurs conditions favorisent la mise en place d'un climat de confiance (Karsenty, 2015, pp. 141-164).

Pour commencer, la normalité sociale favorise l'installation d'un climat de confiance. C'est-à-dire l'engagement de chaque personne dans sa fonction attendue. Par exemple, lors d'un incendie, les pompiers vont se charger d'éteindre le feu tandis que le personnel soignant va prendre en soin les victimes et les policiers vont sécuriser la zone. Chaque personne connaît son rôle et respecte celui des autres.

De plus, pour le philosophe allemand Martin Hartmann (2007), « un climat de confiance exigerait aussi que soit accordée à chaque acteur l'*autonomie* dont il a besoin pour agir ». Autrement dit, une contractualisation doit être établie entre les acteurs de la relation afin de définir le rôle de chacun et maintenir l'autonomie. En définissant les rôles des acteurs, chacun prend la responsabilité de respecter les éléments énoncés lors du contrat. Garantir l'autonomie d'autrui est quelque part une preuve de la confiance accordée.

Ensuite, pour instaurer un climat de confiance, le temps disponible et la présence d'un environnement propice sont des conditions nécessaires. En effet, le temps accordé à l'échange est

essentiel. Montrer à l'autre que l'on est disponible pour lui, qu'on est à son écoute favorise l'installation de d'un climat de confiance. De plus, l'environnement est important. Effectivement, si l'échange a lieu dans un environnement bruyant, en présence d'autres personnes, l'installation d'un climat de confiance sera compliquée. A l'inverse, un environnement calme et isolé dans lequel les acteurs peuvent s'écouter, se conseiller favorise l'installation de la confiance.

Enfin, l'existence d'une confiance envers les institutions due à une organisation, une formation, ou à un cadre professionnel aide la mise en place d'un climat de confiance. En effet, le cadre d'une institution renvoie un sentiment de confiance car il donne l'impression d'une garantie du professionnalisme de l'autre.

3.3.2.3 Les effets de la relation de confiance dans les soins

La confiance fonde la relation pendant le soin. Elle permet au patient de se retrouver dans un état de tranquillité. Le patient ne remet pas en question les capacités du soignant à réaliser un soin sans pour autant l'avoir déjà rencontré. Rien ne l'incite à douter ou à penser que le soignant peut le trahir ou faire preuve de malveillance. La présence d'une confiance mutuelle permet de réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles.

Toutefois, la confiance doit être équilibrée. Une confiance excessive, aveugle, placée dans le soignant rend le patient totalement vulnérable. Au contraire, la méfiance totale envers les soignants empêche l'action.

Enfin, il faut retenir que la confiance n'est jamais acquise une fois pour toute, elle s'entretient. La confiance se construit sur des critères cognitifs et rationnels mais aussi moral et affectif. Elle va ainsi permettre de réguler la relation entre soignant et soigné. (Laurence Lagarde-Piron, 2016)

4. Le dispositif méthodologique du recueil de données

4.1 Les objectifs du guide d'entretien

Dans le cadre de l'écriture de mon MIRS (mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers), j'ai interrogé deux infirmières à l'aide d'un guide d'entretien, basé sur des questions ouvertes, rédigé au préalable grâce à différents objectifs. Le guide d'entretien est disponible en annexe I. Les principaux objectifs de mes entretiens sont :

- De dégager les différentes composantes de la relation soignant-soigné
- D'identifier les aspects importants de la première rencontre
- D'identifier les facteurs favorisant la relation de confiance.

L'analyse de ses entretiens permettra de comparer les réponses des infirmières avec celle trouvée dans mon cadre conceptuel.

Lors de mes entretiens et suite aux échanges, j'ai ajouté une question qui m'est apparue nécessaire "pensez-vous que la blouse blanche aide à la mise en place de la relation de confiance ?".

4.2 Les professionnelles interrogées

La première infirmière que j'ai interrogée est diplômée d'Etat depuis 2019. Elle exerce actuellement en tant que remplaçante dans un cabinet libéral. Auparavant elle a exercé dans différents services hospitaliers : neurologie, pédiatrie, soins palliatifs... Le domaine hospitalier ne lui convenait pas, c'est pour cela qu'elle s'est tournée vers les soins à domicile.

La seconde infirmière interrogée a été diplômée aide-soignante en 1999 puis infirmière en 2016. Elle a majoritairement exercé dans le domaine hospitalier : en dermatologie, en médecine interne, en médecine vasculaire, en unité de soins de longue durée et en soins de suite. Actuellement elle exerce en soins de suite gériatrique dans un grand centre hospitalier.

La première prise de contact avec les infirmières a été plutôt fluide car ce sont des professionnelles que j'ai côtoyé auparavant. Elles ont tout de suite accepté ma demande de les interroger et nous avons convenu en rendez-vous à leur domicile personnel. J'ai trouvé leur proposition de se rencontrer à leur domicile rassurante et chaleureuse, propice à un entretien authentique. Avant de commencer

l'entretien, je leur ai demandé leur consentement pour enregistrer nos entretiens à l'aide de mon téléphone portable.

J'avais pour envie première d'interroger un professionnel ayant une grande expérience dans le métier et un autre professionnel étant récemment diplômé afin de comparer les réponses obtenues. Finalement, j'ai décidé d'analyser les entretiens en les combinant plutôt qu'en les comparant car beaucoup de leurs réponses étaient similaires.

4.3 Le bilan du dispositif

J'ai trouvé que le choix du guide d'entretien semi-directif a été pertinent. En effet, cela permet un échange complet et constructif, laissant une libre expression à la personne interrogée grâce aux questions ouvertes. Cela m'a permis également de rajouter une question au cours de l'entretien. Je trouve la durée des entretiens correcte, ils durent une quinzaine de minutes.

L'investissement des infirmières interrogées m'a agréablement surpris. Elles m'ont donné l'impression d'apprécier mon sujet de mémoire et d'avoir la volonté de bien faire. Elles ont été très bienveillantes et compréhensives, elles parlaient calmement, donnaient des exemples afin d'être claire dans leurs réponses.

Malgré les informations recueillies auprès des professionnels, j'aurais aimé interroger un patient afin de connaître son ressenti par rapport à la première rencontre avec un soignant.

5. L'analyse des entretiens

5.1 Les composantes de la première rencontre avec le patient

Lors de l'analyse des entretiens j'ai pu dégager les différentes composantes de la première rencontre avec le patient.

En effet, les professionnels ont mis en évidence l'importance d'un **temps de présentation** faisant référence à la relation de civilité. Effectivement, elles ont mentionné plusieurs fois le fait de se présenter à l'oral ou en montrant son badge.

Par ailleurs, les infirmières ont insisté sur un **temps de mise en confiance**. En effet, je tiens à souligner le nombre élevé de fois où les infirmières interrogées ont utilisé le mot "important" pour désigner la place de la confiance dans une relation soignant-soigné.

De plus, les infirmières sont d'accord sur le fait que lors d'une première rencontre, il est nécessaire de mettre en place un **temps d'échange** avec le patient afin de savoir qui il est, connaître l'histoire de la maladie...

Enfin, les professionnels ont soutenu que l'une des composantes de la première rencontre avec le patient sont **des compétences**. C'est-à-dire, "un savoir-être, un savoir-faire et un savoir tout simplement", dit la première infirmière.

5.2 Les aspects importants de la première rencontre

Par l'analyse des entretiens j'ai pu identifier les aspects importants de la première rencontre. En effet, les infirmières évoquent **l'observation du patient**. Elles observent le patient en général, son confort, qu'il soit bien installé, sa douleur ainsi que ses émotions comme l'anxiété par exemple.

De plus, le fait de **rassurer le patient** est également l'un des aspects importants de la première rencontre. Elles parlent de rassurer le patient sur les soins afin que le patient sache que les soins prodigués vont bien se dérouler et de rassurer le patient sur ses questionnements en répondant à ses interrogations, ses doutes et ses craintes.

D'autre part, l'un des aspects importants de la première rencontre identifiée est la **première impression**. Elles mentionnent la première rencontre comme le premier contact avec le patient qui renvoie à la première impression qu'il gardera du professionnel.

Pour finir, les infirmières reviennent sur la nécessité de la **mise en place d'une relation de confiance** ainsi que sur la **présentation**.

5.3 Les facteurs favorisant la relation de confiance

Grâce aux entretiens avec les professionnelles j'ai pu repérer les facteurs favorisant la relation de confiance.

Pour commencer, **l'écoute et l'accompagnement** sont des facteurs favorisant la mise en place de la confiance pour les infirmières. Écouter et laisser parler le patient, qu'il puisse s'exprimer librement, l'accompagner au cours de son hospitalisation et de ses besoins, expliquer le déroulement du soin avec des termes simples, détailler le geste technique, sont des éléments importants pour les professionnels.

Par ailleurs, les professionnels mentionnent **d'autres outils que la parole** pour favoriser la mise en place de la relation de confiance. En effet, elles parlent du toucher, de l'écriture pour des personnes malentendantes.

De plus, le **nombre de soignants** présent avec le patient semble également impacter la mise en place de la relation de confiance. Pour les infirmières, deux soignants sont suffisants pour prendre en charge le patient, le connaître, sans le perturber avec plusieurs soignants autour de lui.

Ensuite, la **relation d'équité** entre le patient et le soignant est mise en avant. C'est-à-dire que le soignant est au même niveau que le patient, il n'y a pas de sentiment de supériorité.

Pour finir, **se présenter** est également essentiel pour favoriser la mise en place de relation de confiance.

5.4 Les effets de la relation de confiance

Les effets de la relation de confiance ont été abordés par les professionnels.

En premier lieu, l'instauration de la relation de confiance permet l'**expression des craintes et des doutes** du patient. Le patient se sent alors à l'aise et peut exprimer ses peurs, ses doutes aux soignants. Cette liberté de parole permet de ne pas ignorer des éléments essentiels à la prise en charge, que le patient n'oserait pas dire par manque de confiance. De plus, la relation de confiance aide à **faire évoluer la prise en soin**, à faire évoluer le soin positivement. Enfin, la relation de confiance permet de **repérer un interlocuteur** dans cet environnement potentiellement inconnu pour lui. Le patient sait qu'il peut solliciter ce soignant pour tout type de demande.

5.5 Comment sait-on que la confiance est instaurée ?

L'établissement de la confiance est recherché par les soignants, mais quels sont les signes permettant de savoir si la confiance est là. Différents éléments montrent que la confiance avec le patient est instaurée selon les infirmières interrogées.

Premièrement, les professionnelles voient que la confiance est instaurée par **l'échange et la liberté de parole** du patient. Les soignantes trouvent que la parole n'est pas la même, les patients ne parlent plus forcément que des soins mais aussi de leur vie privée, ils rient ensemble, la parole est libre, sans crainte du jugement.

Par ailleurs, les infirmières constatent également que la confiance est instaurée par **des compliments** que peuvent faire les patients envers notre pratique ou notre personne. Le patient montre qu'il est content de voir les professionnels.

D'autre part, la présence de la confiance est visible au travers **des attentions** des patients. Par exemple, le patient se souvient si elles ont été absentes ou non, il leur demande des nouvelles ou se rappelle de leur prénom.

Enfin, les professionnelles évoquent **le feeling** comme preuve de la présence de la confiance. Elles ne savent pas comment l'expliquer mais elles ressentent que le patient est en confiance.

5.6 Comment instaurer la confiance avec un patient réticent ?

Lorsque les patients accueillis sont ouverts aux soins, la relation est plus facile à établir. Mais il arrive aussi que des patients soient réticents, qu'ils éprouvent une certaine méfiance, qu'ils soient trop effrayés par le soin. Alors quel comportement adopté, quel savoir-faire activer ?

Les infirmières interrogées ont toutes les deux déjà rencontré un patient réticent aux soins et ont mis des éléments en place pour malgré tout instaurer cette confiance.

Tout d'abord, si elles voient que le patient n'est pas coopérant, qu'il est froid dans son discours, elles **laissent du temps**, elles observent l'évolution au fil des jours en attendant que le patient prenne ses repères et connaisse le fonctionnement du service. Dans un second temps, elles **transmettent à leurs collègues**, elles pensent que le patient préférera peut-être dialoguer avec une collègue ou un médecin. Ensuite, les infirmières vont également chercher à **comprendre ce qui empêche l'installation de la confiance** en posant des questions pertinentes pour avoir un complément d'informations sur le patient. Par ailleurs, elles tentent de **choisir le bon moment** pour échanger avec le patient, lors d'un soin de nursing qui est propice à un climat plus intime. Dernièrement, les soignantes vont mettre en avant **leur professionnalisme** en montrant qu'elles connaissent leur métier, qu'elles savent ce qu'elles font afin de rassurer le patient et favoriser la mise en place de la confiance.

5.7 Le facteur blouse blanche et ses effets

Lors de l'entretien avec les infirmières, j'ai ajouté une question sur la blouse blanche, "pensez-vous que la blouse blanche aide à la mise en place de la relation de confiance ?". A cette question, les soignantes ont évoqué des effets positifs et des effets négatifs à la blouse blanche.

Tout d'abord, pour les effets positifs de la blouse blanche sur la confiance du patient, elle apporte une **présence professionnelle**. C'est-à-dire qu'elle montre que le soignant est présent, la blouse représente le corps médical, sa fonction et permet un visuel. De plus, la blouse blanche renvoie à **l'hygiène**, le soignant ne travaille pas avec sa tenue du jour mais avec une tenue spécifique au centre hospitalier.

A l'inverse, la blouse blanche peut également avoir des effets négatifs sur la confiance du patient. Effectivement, la blouse peut avoir un **effet émotionnel**. Elle peut faire remonter le vécu et la propre expérience des patients sur le milieu hospitalier. La blouse blanche peut aussi faire stresser et

angoisser le patient ou même lui faire penser à la mort. De plus, les infirmières évoquent que le coté blanc de la blouse, avec aucune image, aucune couleur peut perturber certaines personnes.

6. La discussion : en quoi la première rencontre avec le patient influence-t-elle la mise en place de la relation de confiance ?

6.1 La première rencontre, première étape de la relation de confiance

6.1.1 La construction de la relation de confiance

La première rencontre est la première brique que l'on pose pour construire une relation de confiance entre deux personnes.

En effet, la confiance n'est pas innée, elle se construit dans le temps et s'installe entre deux personnes ayant un vécu, une expérience et une vision différente de la situation. Laurent Karsenty évoque des variables individuelles qui me paraissent essentielles à prendre en compte dans l'instauration d'une relation de confiance : la mémoire des interactions passées, les risques perçus dans chaque situation et les liens affectifs. Je pense que ces variables sont à considérer lors de la première rencontre avec un patient car on ne le connaît pas, on ne sait pas les expériences qu'il a vécu en lien avec le milieu du soin, les risques qu'il perçoit et les émotions qu'il éprouve. C'est pour cela que je suis d'accord avec Martin Hartmann lorsqu'il exprime le fait qu'un climat de confiance s'installe grâce au temps accordé. A la première rencontre, nous découvrons le patient et il nous découvre. Je pense que la première impression peut initier une relation de confiance mais elle se fondera lorsque le soignant et le soigné auront appris à se connaître et à connaître leur variable individuelle. Le temps accordé à l'échange est essentiel. Montrer à l'autre que l'on est disponible pour lui, que l'on est à son écoute favorise l'installation d'un climat de confiance.

Les professionnelles que j'ai interrogées sont en adéquation avec le résultat de mes recherches. Pour elles, le temps est également un facteur important de la construction de la relation de confiance. Il permet l'échange avec le patient, la réassurance, et la prise de repère. De plus, elles expriment qu'il est important de comprendre ce qui peut empêcher l'installation de la relation de confiance avec un patient. Sans le savoir, elles évoquent les variables individuelles exprimées par Laurent Karsenty.

Pour moi, la relation de confiance s'installe avec le temps et après connaissance mutuelle des personnes concernées, de leur vécu, de leurs expériences et de leurs émotions.

Cependant, je suis persuadée que la première rencontre est l'élément déclencheur de la mise en place de cette relation qui n'est jamais acquise une fois pour toute.

6.1.2 Les effets de la relation confiance

Après avoir compris le mécanisme de construction de la relation de confiance, j'ai pu identifier les effets de cette relation sur la réalisation des soins.

D'après Laurence Lagarde-Piron, la confiance fonde la relation pendant le soin. Elle permet au patient de se retrouver dans un état de tranquillité, lui évitant de remettre en question les capacités du soignant à réaliser un soin sans pour autant l'avoir déjà rencontré.

Par ailleurs, Martine Mazoyer, psychologue clinicienne, pense que l'installation d'un climat de confiance entre le patient, la famille et l'équipe soignante favorise le bon déroulement des soins et permet de sécuriser le patient en lui apportant des repères. Néanmoins, une confiance excessive placée dans le soignant rend le patient totalement vulnérable.

Les infirmières interrogées rejoignent l'idée de Mme Lagarde-Piron et de Mme Mazoyer. En effet, pour elles, la confiance du patient envers le soignant permet l'expression des craintes et des doutes sans a priori. Elle donne également des repères physiques au patient leur permettant d'avoir un visage familier vers qui se tourner en cas d'interrogations ou de soucis. Cette relation de confiance permet de faire évoluer le soin positivement tout en étant professionnel.

Pour moi, la confiance peut avoir des conséquences positives sur une relation de soin comme négatives si elle devient excessive. Je suis d'accord sur le fait que sans la présence d'une relation de confiance, la création d'une relation soignant-soigné ou la réalisation d'un soin s'avère compliqué. La confiance est essentielle pour le bon déroulement d'une prise en soin. Avoir un patient réticent face à soi peut entraîner beaucoup de remise en question sur sa pratique ou sur sa personne. C'est là que le professionnalisme intervient et qu'il est nécessaire de prendre du recul afin de comprendre la raison de ce manque de confiance.

A l'inverse, comme le disait Mme Mazoyer, je pense qu'une confiance aveugle de la part du soigné envers le soignant peut faire perdre toute autonomie de décision au patient. Le patient se réfère totalement au conseil des soignants par excès de confiance ne leur permettant pas d'être objectifs face à leur prise de décision.

La première rencontre influence l'installation de la relation de confiance car elle donne la première impression au patient. Par cette première impression, le patient envisage la suite de sa prise en

charge. C'est donc pour cela qu'il est important de mettre des facteurs en avant afin d'introduire la relation de confiance dès le début. Pour moi, la présence d'une confiance mutuelle permet de réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles. C'est-à-dire, avec de l'échange, de l'écoute, de l'empathie, de la bienveillance et l'accompagnement. Il faut cependant informer le patient que l'infirmier est là pour le conseiller, le soutenir, lui expliquer les différentes alternatives mais pas pour faire les choix à sa place...

6.1.3 Les ressources à l'instauration de la relation de confiance

La présence de deux personnes ne suffit pas à créer une relation de confiance. En effet, grâce à mes recherches et aux réponses des professionnelles du terrain j'ai pu identifier quelques ressources favorisant l'installation de celle-ci.

- **L'empathie**

Antoine Bioy décrit des attitudes relationnelles ou de communication qui doivent être mises en place telles que l'empathie. L'attitude empathique c'est, pour lui, s'intéresser à la personnalité du patient et s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent sans « se mettre à la place de l'autre ». Carl Rogers a également la même pensée quant à la définition de l'empathie, il ajoute qu'il ne faut pas se mettre dans un état d'identification. Selon Antoine Bioy, l'attitude empathique permet « d'augmenter le degré d'estime de soi du patient, d'améliorer la qualité de la communication et autorise une verbalisation des émotions qui participe à la compréhension du patient et aux solutions apportées à ses diverses difficultés ». Par mes expériences vécues en stage, j'ai constaté que l'empathie est la qualité principale des soignants mais également une limite dans la prise en charge. Il est nécessaire d'essayer de comprendre le ressenti du patient afin de créer une relation avec lui mais je pense qu'il est essentiel de maintenir la distance suffisante afin de ne pas se mettre à la place de l'autre et éviter d'engendrer de la souffrance émotionnelle au soignant.

- **L'attention positive**

Antoine Bioy évoque également l'attention positive qui consiste à garder une bienveillance pour autrui quoi qu'il puisse être dit ou fait, avec des limites professionnelles. Il s'agit d'une attitude, sans jugement ni expression d'un a priori. Pour moi, il est nécessaire d'être bienveillant et sans jugement pour établir une relation de confiance avec le patient. Si le patient se sent jugé et non pris au sérieux, il peut se fermer, couper le dialogue et ainsi empêcher une prise en soin optimale. J'ai choisi un métier au cœur de personnes en souffrances afin de les soutenir positivement.

- **L'écoute**

Les soignantes interrogées ont évoqué la place de l'écoute dans leur soin en général et lors de la première rencontre. En effet, pour elles, l'écoute et l'accompagnement sont importants dans l'installation de la confiance car cela leur permet d'identifier les besoins du patient en le laissant s'exprimer librement afin de l'accompagner au cours de son hospitalisation. Antoine Bioy rejoint les infirmières sur ce point là, en définissant l'écoute comme le point de départ de la communication permettant d'identifier les craintes, les forces, les doutes et les certitudes du patient. L'écoute est l'une des ressources primordiales à l'installation de la confiance. Elle permet de connaître le patient dans sa globalité.

- **Le non verbal**

Les professionnelles ont mentionné une autre ressource essentielle facilitant la mise en place de la relation de confiance. Elles citent l'attitude non verbale en proposant d'autres outils que la parole comme le toucher qui permet un contact rassurant. J'ai constaté au travers de mes stages que le toucher est beaucoup utilisé en situation de détresse afin de rassurer le patient. Néanmoins, je pense que le toucher peut-être également utilisé dans les interactions quotidiennes avec les patients.

- **Le nombre de soignant**

Le nombre de soignants présents lors de la première rencontre serait également un facteur important. En effet, je suis d'accord avec les infirmières sur le fait que le nombre de soignants dans la chambre d'un patient ne doit pas être trop élevé afin d'éviter que le patient ne se sente encerclé et oppressé.

- **La relation d'équité**

Les infirmières évoquent la relation d'équité entre le patient et le soignant pouvant faire référence à l'un des modèles de base de la relation soignant-soigné selon Hollender : la participation mutuelle et réciproque pouvant être comparée à la relation entre adultes. Le soignant et le soigné sont sur le même pied d'égalité ce qui permet une collaboration dans la réalisation des soins sans niveau de supériorité.

- **La présentation**

Les professionnelles ont mentionné l'importance de la présentation du soignant au patient lors de la première rencontre rejoignant les dires de Malaboef qui soutient que la mise en place de la relation soignant-soigné commence par la relation de civilité qui est définie par être poli, courtois, se

présenter, saluer. La relation de civilité est pour moi la première ressource à l'installation de la relation de confiance.

6.2 La rencontre débute par la relation de civilité

Comme l'énonce Louis Malaboef, la mise en place de la relation soignant-soigné commence par la relation de civilité, correspondant aux codes socio-culturels. La première rencontre avec le patient est une situation qui commence par un "bonjour", par des présentations, par de la politesse. La relation de civilité est la base d'une rencontre finalement. Au travers de mes entretiens, j'ai pu constater l'importance de la présentation pour les professionnels interrogés. Autant le soignant que le patient apprécient être identifiés. Généralement, un soignant s'identifie personnellement en donnant son nom puis professionnellement en précisant sa profession. L'identification personnelle du soignant permet, je trouve, d'entamer une relation sur une base équitable. Le soignant connaît l'histoire de vie du patient, son nom, son prénom. Pour moi, le patient a également le droit de mettre une identité sur le visage qu'il a en face de lui afin de se repérer. De plus, l'identification professionnelle est également bénéfique pour le soignant et le soigné car elle permet de poser le cadre permettant au patient de savoir vers tel ou tel soignant s'orienter selon le besoin.

Au cours de mon avant dernier stage aux urgences, j'ai constaté que la plupart des professionnels ne se présentent pas au patient en entrant dans leur boxe, par manque de temps sûrement. Étant en pleine écriture de mon mémoire sur la mise en place de la relation de confiance, j'ai observé le comportement des patients face à un soignant qui se présente et un autre qui ne se présente pas. J'ai trouvé la différence flagrante. Le soignant qui prenait le temps de se présenter personnellement et professionnellement avec politesse et une certaine posture accueillante (sourire, proxémie) permettait au patient de se détendre, il donnait l'impression d'être rassuré, compris et sans appréhension. Tandis qu'à l'inverse, lorsque le soignant ne se présentait pas, le patient paraissait plus fermé, moins expressif. J'ai eu l'impression que le comportement du patient dépendait de la relation de civilité mise en place par le soignant.

Finalement, c'est grâce à cette situation, à mes éléments de recherches et à l'importance que portent les professionnels interrogés à la présentation que je me suis interrogée sur la place de la relation de civilité dans l'installation d'une relation de confiance avec le patient. La relation de civilité fait partie de la première rencontre, elle en est même la base. C'est une marque de respect envers le patient, il se sent considéré et respecté en tant qu'être humain et pas seulement en tant que patient, elle

installe une relation d'équité. Comme je l'ai dit précédemment cette présentation est bénéfique pour le patient, elle lui apporte une identité qui peut lui servir de repère, un cadre car la personne s'est également identifiée professionnellement. Ces éléments font partie des ressources essentielles à la mise en place d'une relation de confiance. C'est alors que j'ai trouvé la question définitive de ce travail d'initiation à la recherche : **En quoi la relation de civilité influence-t-elle l'instauration de la relation de confiance avec le patient?**

7. Conclusion

Ce travail de fin d'étude a débuté suite à une situation vécue en stage lors de ma deuxième année de formation en soins infirmiers. Cette situation portait sur la présence d'une relation de confiance avec une patiente dès notre première rencontre. Suite à ça, je me suis questionnée sur les éléments ayant favorisé la mise en place de cette relation de confiance, ce qui m'a guidé vers ma question de départ : en quoi la première rencontre avec le patient influence-t-elle la mise en place de la relation de confiance ? Afin d'y répondre j'ai effectué des recherches auprès d'auteurs diverses dans le but de comprendre différentes notions : la relation soignant-soigné, la première rencontre et la relation de confiance. Une fois mon cadre conceptuel réalisé grâce à ses différentes recherches, j'ai interrogé deux infirmières diplômées d'état dans l'objectif de confronter la réalité du terrain avec les pensées des auteurs. Pour cela, j'ai utilisé un guide d'entretien avec des questions ouvertes qui m'a permis de structurer mon questionnement, tout en laissant une liberté de parole aux professionnelles. Par la suite, à l'aide de tableaux, j'ai fait une analyse descriptive de ces deux entretiens permettant de classer les différentes idées des infirmières. Pour terminer ce travail d'initiation à la recherche, j'ai confronté dans ma discussion les idées des infirmières avec celle des auteurs en ajoutant mon point de vue.

Ce travail de fin d'étude touche à sa fin et m'aura permis de me positionner et d'évoluer professionnellement. En effet, ce mémoire était l'une de mes principales peurs lors de mon entrée en formation infirmière. Malgré cela, j'ai su organiser mon travail, développer ma capacité d'analyse et de synthèse me permettant d'écrire ce travail avec plaisir. La rencontre avec des professionnelles, la réalisation du cadre conceptuel ont été très enrichissantes. La réalisation de la discussion a fait évoluer ma capacité à me positionner en tant que professionnelle. Cela m'a permis de répondre à mes questionnements en m'apportant des éléments essentiels à mettre en place lors de mes futures interactions avec les patients au cours de ma carrière.

J'espère que vous avez pris plaisir à lire ce mémoire autant que j'en ai eu à le rédiger.

Bibliographie

Ouvrage :

- (2015). 3. La relation thérapeutique. Dans : , L. Isebaert & M. Cabié (Dir), Pour une thérapie brève (pp. 90-127). Toulouse: Érès.
- Lagarde-Piron, L. (2016). Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers: Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante. Dans : Richard Delaye éd., La confiance: Relations, organisations, capital humain (pp. 242-256). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.delay.2016.01.0242>

Article en ligne :

- Montaron, S. (2017, août 16). Que se passe-t-il lors de la première rencontre entre soignant et patient ? Le progrès. <https://www.leprogres.fr/sante/2017/03/30/que-se-passe-t-il-lors-de-la-premiere-rencontre-entre-soignant-et-patient>
- Aline Santin. (2009, 7 mai). La relation de soin : une question de confiance ? | editorial | Espace éthique/Ile-de-France. Espace éthique. <https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

Revue :

- Martine Mozayer. (2019). L'accueil du patient : pour un premier contact réussi. Soins aides soignantes, 90, 22-23.
- 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>
- Temaner-Brodley, B., Stora, N. & Ducroux-Biass, F. (2013). La congruence et sa relation à la communication en thérapie centrée sur le client. Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, 17, 28-64. <https://doi.org/10.3917/acp.017.0028>
- Karsenty, L. (2015). Comment maintenir des relations de confiance et construire du sens face à une crise ?. Le travail humain, 78, 141-164. <https://doi.org/10.3917/th.782.0141>
- Thizy, C. (2013). L'écoute, un outil précieux aux soignants. Jusqu'à la mort accompagner la vie, 113, 47-53. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.113.0047>

Magazine :

- Centre hospitalier Neufchâtelois. (2019). L'accueil, premier geste de soin - RHNEmag - RHNe. RHNe mag. https://www.rhne.ch/hnemag/-/asset_publisher/iyFogQ8H10uX/content/l-accueil-premier-geste-de-soin

Documents PDF :

- Centre hospitalier de Mantes. (2014, mai). RECOMMANDATIONS POUR L'ACCUEIL D'UN PATIENT ET DE SA FAMILLE EN HOSPITALISATION [Diapositives]. PDF.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations11.pdf>

Cours :

- Cours sur la relation soignant-soigné du CHU Rennes
- Cours sur les concepts fondateurs de la relation dans un contexte de soin du CHU de Nantes
- Faculté de médecine de Constantine. (2019). Relation soignant soigné [Diapositives]. PDF.
http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne_2019khammar.pdf
- Morgan PITTE. (2019). La relation soignant/soigné - Cours soignants. EspaceSoignant.com.
<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne#:~:text=Selon%20Louis%20Malabeuf%2C%20il%20existe,Relation%20de%20compr%C3%A9hension>

Dictionnaire :

- Confiance. (2015). Dans La langue française.
<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/confiance>

ANNEXE I : Guide d'entretien

Thèmes	Objectifs	Questions/ Relance
Présentation du soignant	Connaître le parcours du soignant, son lieu d'exercice et son temps d'exercice	<ul style="list-style-type: none">- Pouvez-vous vous présenter ? - En quelle année avez-vous été diplômé ? - Où avez-vous exercé ? - Où travaillez-vous en ce moment ?
Relation soignant soigné	Dégager les composantes de la relation soignant-soigné	<ul style="list-style-type: none">- Quelle est votre définition de la relation soignant-soigné ? - Quelle est la place de la relation soignant-soigné dans la réalisation de vos soins ? - Pour vous, qu'est ce qui fait une « bonne » relation soignant soigné ?

<p>La première rencontre</p>	<p>Identifier les aspects importants de la première rencontre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle importance a pour vous la première rencontre avec un patient? - Quels sont les enjeux de cette première rencontre pour la suite de l'hospitalisation du patient ? - A quoi êtes-vous attentifs lors de cette première rencontre ? - Pouvez dire que l'accueil est un soin ? Pourquoi ?
<p>La relation de confiance</p>	<p>Identifier les facteurs favorisant la relation de confiance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que mettez-vous en place lors de la première rencontre avec le patient pour préparer l'instauration de la relation de confiance ? - Selon vous, pourquoi la relation de confiance est-elle essentielle entre vous et un patient ? - Comment voyez-vous qu'une relation de confiance existe entre vous et le patient ? - Vous est-il déjà arrivé d'avoir l'impression que la confiance du patient n'était pas

		<p>présente ? Si oui, qu'avez fait pour l'instaurer ? Qu'est ce qui fait qu'elle n'était pas présente ? Si cela vous arrivait, que feriez-vous, comment réagiriez-vous ?</p> <p>- Voulez-vous rajouter quelque chose ?</p>
--	--	--

ANNEXE II : Entretien n°1

M : Alors peux-tu te présenter ?

I : Alors j'ai 48ans, je suis diplômée infirmière depuis 2016. Je travaille actuellement en soins de suite gériatrique dans un centre hospitalier. Auparavant j'étais aide-soignante. J'ai travaillé dans plusieurs services : la dermatologie, la médecine interne, la médecine vasculaire, l'unité de soins de longue durée et de soins de suite.

M : D'accord, très bien. Quelle est ta définition de la relation soignant-soigné ? Comment pourrais-tu définir la relation soignant-soigné ?

I : Alors la relation soignant-soigné c'est un échange entre le patient et le professionnel, celui-ci doit se présenter, enfin se faire dans un climat de confiance afin qu'il y ait un échange plus approprié et qu'une relation de confiance s'instaure.

M. D'accord. Pour toi quelle est la place de la relation soignant-soigné dans la réalisation de tes soins ?

I : C'est très important, dans un premier temps pour mettre le patient en confiance. Pour moi il est important de se présenter donc souvent lors d'une entrée, lorsqu'un patient arrive nous y allons à 2, un aide-soignant et une infirmière. Jamais trop nombreux, d'autant plus en gériatrie pour ne pas perturber la personne. Nous nous présentons et je montre mon badge ou s'est écrit. L'aide-soignant se présente également. Nous lui présentons succinctement le service et le déroulement de la journée.

M : Et donc pour toi qu'est ce qui ferait une bonne relation soignant-soigné ?

I : Qu'il y est de la confiance entre nous deux, de l'échange, en toute simplicité. Le patient doit se sentir en confiance, nous ne sommes pas supérieurs à lui, il est dans sa chambre et nous sommes là pour l'écouter, l'accompagner au cours de son hospitalisation, de ses besoins.

M : D'accord. Quelle importance à pour toi la première rencontre avec le patient ?

I : Alors c'est important que le patient se sente en confiance donc c'est pour ça que c'est important de se présenter, de le laisser parler, de l'écouter et de ne pas hésiter à reformuler les choses quand il y a besoin. Parfois en gériatrie, les patients sont malentendants donc nous utilisons plusieurs supports,

l'écriture sur un tableau, d'ailleurs nous notons systématiquement son nom sur le tableau à son arrivée puis la date du jour. Le toucher est également important, j'ai tendance à leur toucher les mains pour les mettre en confiance. Malheureusement en cette période « Covid » le port du masque est un obstacle, d'autant plus en gériatrie où les patients ont tendance à vouloir lire sur les lèvres. Avec le masque, ce moyen d'échange n'est plus d'actualité.

M : D'accord. Pour toi, quels sont les enjeux de cette première rencontre pour la suite de l'hospitalisation du patient ?

I : Qu'une confiance s'instaure entre le patient et le soignant. Je me répète un peu mais c'est pour moi la chose la plus importante à mettre en place. S'il se sent bien, le déroulement de son séjour ne sera que meilleur.

M : Je suis d'accord. A quoi es-tu attentive lors de cette première rencontre ?

I : J'observe attentivement le patient, je m'assure qu'il soit bien installé, qu'il est bien compris, bien entendu et je suis également très vigilante sur la douleur du patient car certains ne formulent pas leur douleur ce qui peut devenir un obstacle à la relation. Je vérifie tout en fait : qu'il est compris, je l'observe, c'est un moment d'échange. Et je l'écoute, il doit se sentir écouté et compris.

M : D'accord. Est-ce que tu penses que l'accueil est un soin ?

I : Oui tout à fait. C'est le premier contact entre le patient et le soignant. Et comme je le disais précédemment, moi qui travaille en gériatrie j'utilise d'autres outils que la parole, le toucher, l'écriture. Les soins ne sont pas forcément des soins techniques ça peut tout aussi être des moments d'échange comme pendant l'accueil. Il faut avoir un œil sur tout, et d'y aller à 2, infirmière, aide-soignante, cela renforce notre façon de connaître le patient.

M. Très bien. Que mets-tu en place pour préparer l'instauration de la relation de confiance ?

I : Je me présente, je note au tableau son nom, son prénom pour lui montrer que c'est bien sa chambre, que c'est bien sa chambre avant d'être une chambre d'hôpital. Je note la date sur le tableau, pour moi c'est important comme ça il peut se repérer dans le temps. En fait dans chaque chambre nous avons un tableau face au patient qui nous permet d'écrire les informations nécessaires. Bien montrer qui on est, expliquer la différence entre l'aide-soignant, l'infirmière et puis montrer tout ce qui entoure la chambre, la sonnette etc pour qu'il se sente bien dans sa chambre.

M : Ok et selon toi pourquoi la relation de confiance est essentielle entre toi et le patient ?

I : Pour qu'il puisse y avoir un échange au fil des jours, le temps de son hospitalisation, qu'il se sente à l'aise de dire les choses et qu'il puisse progresser.

M : D'accord. Comment est-ce que tu vois qu'une relation de confiance s'est installée entre toi et le patient ?

I : A sa façon de réagir, par l'échange qu'on va avoir avec lui dans les jours qui suivent, lors des soins, des questions qu'il peut avoir. D'ailleurs c'est toujours plaisant quand il nous appelle par notre prénom, qu'il se souvient si on n'a été absent ou pas pendant quelques jours, me demandant des nouvelles etc.

M : Est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir l'impression qu'un patient n'a pas confiance ?

I : Pas confiance je ne sais pas. Mais ça peut arriver qu'il y ait des patients qui arrivent en colère, qui ne sont pas forcément dans l'échange et qui n'ont qu'une envie en arrivant dans le service c'est de rentrer chez eux. Donc c'est plus de la colère que de l'absence de confiance je pense. On essaye de voir avec le patient le projet pour le futur, leur devenir.

M : Ok. Et du coup, si ça t'arrive qu'est que tu ferais pour installer la relation de confiance ?

I : Alors s'il n'est pas coopérant à la discussion, si dans un premier temps je sens qu'il n'a pas envie, je quitte la chambre, soit je transmets à ma collègue, soit on voit l'évolution au fil des jours en attendant qu'il connaisse mieux le service, le fonctionnement du service. Peut-être qu'il ne dialoguera pas forcément avec moi mais avec une collègue ou avec le médecin. Ou peut-être lors des soins de nursing ou le climat est un peu plus intime. Après c'est un travail d'équipe. En soins de suite les patients restent à peu près 3 semaines dans le service donc on a le temps de les connaître et donc il y a forcément une relation qui se crée entre le patient et l'équipe même si elle ne se fait pas dès le départ elle se fera au fil des jours. Après oui certains vérifient tout, surtout au début de leur hospitalisation, ils sont méfiants et puis avec le temps cela s'estompe. En même temps c'est nouveau pour eux, à l'arrivée le patient ne connaît ni les lieux ni le personnel et nous les soignants nous ne le connaissons pas non plus.

M : Une question me vient, penses-tu que la blouse blanche favorise l'installation de la confiance ?

I : c'est une question très intéressante car c'est à double tranchant, je ne sais pas si tu vois, ça peut être positif pour le patient ou négatif pour le patient. Je pense que c'est positif dans un premier temps parce que ça montre bien que nous sommes là, que nous sommes présents pour le patient, la blouse blanche représente bien le corps médical, qui on est et à quoi nous servons. Ça peut être bien

aussi par rapport à l'hygiène, ça peut rassurer le patient qu'on ne vienne pas avec notre tenue du jour. Les tenues permettent aussi un visuel. Et pour le côté négatif c'est une autre histoire, ça peut faire remonter le vécu de chacun. Imagine t'as déjà été à l'hôpital voir quelqu'un de ta famille et un jour t'es hospitalisé et ça te rappelle ton vécu et ta propre expérience sur le milieu hospitalier. C'est un domaine qui peut faire stresser et angoisser, qui peut même nous faire penser à la mort de nos proches par exemple. Le côté d'être tout en blanc, qu'il n'y est aucune image, aucune couleur peut perturber certaines personnes enfin je ne sais pas je pense.

M : Parfait. Veux-tu rajouter quelque chose ?

I : Pour moi la première rencontre est quelque chose de très important pour l'évolution du patient au cours de son hospitalisation et comme je le disais précédemment il y a plusieurs supports à utiliser surtout en gériatrie pour que la relation de confiance s'installe. Même si nous ne sommes pas en EHPAD ou en soins de longue durée, ou que l'on peut mettre des projets d'accueil personnalisés en place, les fameux PAP dans ces structures, connaître à minima les habitudes de vie du patient est toujours très intéressantes. Pour cela nous pouvons être amenés à prendre des informations supplémentaires auprès de la famille et ce dès son entrée. De plus, au vu de la conjoncture et de la restriction des visites, pour le patient savoir que l'on a eu sa famille au téléphone est toujours rassurant.

M : D'accord, merci beaucoup.

M : Elève infirmière

I : Infirmière

ANNEXE III : Entretien n°2

M : Peux-tu te présenter ?

R : Alors je suis infirmière depuis 2019 donc ça fait 3ans que je suis diplômée. J'ai commencé à travailler en tant qu'infirmière à la sortie de mon diplôme en juillet et j'ai commencé en tant qu'infirmière à domicile en campagne avec plus de soins de nursing. Ça a duré 2-3 mois et je suis partie sur l'hôpital pendant 4 mois ou j'ai fait plusieurs services en passant de la neuro, à la pédiatrie, au soins palliatifs... C'est quelque chose qui ne m'a pas forcément plus, je préférais travailler en libéral et donc je suis retournée sur mon premier lieu de travail et depuis je suis retournée au domicile mais en libéral depuis juin.

M : Très bien. Quelle est ta définition de la relation soignant-soigné ?

R : Pour moi la relation soignant soigné c'est une confiance qui est accordé à un moment donné qui doit être mutuelle entre le patient et le soignant

M : Ok. Et pour toi qu'elle est la place de la relation soignant-soigné dans la réalisation de tes soins ?

R : Elle a une place très importante parce que je pense qu'un soin est bien réalisé à partir du moment où il y a une relation de confiance qui est née entre les deux personnes. Cela permet de faire évoluer le soin positivement, d'avoir une relation de confiance entre les 2 personnes et au patient de pouvoir exprimer ses doutes, ses craintes, ses questions auprès du soignant et auquel on peut apporter des réponses précises ou des conseils ou leur proposer de se tourner vers un médecin pour des actes ou des réponses un peu plus poussées.

M : D'accord. Pour toi qu'est ce qui fait une bonne relation soignant soigné ?

R : Une bonne relation soignant-soigné c'est je pense, nous en tant que soignant c'est un savoir-faire, un savoir-être et un savoir tout simplement. C'est un savoir parce qu'il faut qu'on ait des connaissances, des compétences dans notre métier pour pouvoir informer le patient, pour pouvoir effectuer les soins comme il le faut. Un savoir-faire, voilà, c'est des gestes qui sont assez techniques et précis dans notre métier qui font savoir bien réaliser aussi. Et un savoir être parce qu'on a une posture à garder et puis voilà, c'est pour mettre aussi en confiance le patient et que tout se passe au mieux.

R : D'accord. Quelle importance à pour toi la première rencontre avec le patient ?

R : Pour moi la première rencontre c'est la première impression et c'est celle dont va découler toute la prise en soin du patient donc c'est quelque chose de très important. Pour moi la première rencontre il faut se présenter, dire qui on est, il faut être ouverte à la discussion qui va permettre au patient d'exprimer ses craintes, ses doutes, des choses comme ça et pouvoir amener le dialogue et échanger sans qu'il ait des craintes à poser tel ou tel question. S'exprimer librement, pour le patient, être écouté et entendu et lui apporter des réponses pour pouvoir le rassurer et mener une bonne prise en soin tout au long de la prise en soin.

M : Très bien. Et du coup pour toi qu'elles sont les enjeux de cette première rencontre pour la suite de son hospitalisation ?

R : Je vais me répéter mais c'est mettre en confiance, c'est pouvoir après si il y a un autre souci qu'il puisse nous rappeler, c'est savoir qui il a en face de lui, qu'il sache que les soins vont se dérouler convenablement, qu'on puisse répondre à ses questions, à ses doutes, ses interrogations, enfin voilà, qu'il est confiance en nous.

M : Ok. A quoi vas-tu être attentive lors de cette première rencontre ?

R : Alors moi je suis en train de penser à des patients que je peux avoir pour des prises en soins ponctuels d'une quinzaine de jour pour des suites d'hospitalisation, des pansements chirurgicaux, la première rencontre c'est la présentation, savoir qui il est, l'histoire de la maladie ou pourquoi on est là aujourd'hui, depuis quand c'est arrivé, comment ça s'est passé, etc... C'est aussi remarquer s'il y a des impressions, s'il y a déjà des douleurs avant de commencer l'acte, le soin pour lequel on est là.

M : Tu seras plus attentive au côté douleur si j'ai bien compris ?

R : Oui, je pense, oui. La douleur l'appréhension, on ressent bien les patients quand ils sont un peu renfermés, quand ils ont peur du soin, de la douleur, de ce qu'il va leur arriver, on les sent un peu prostré ou en recule c'est à ça dont je suis attentive et j'essaye de mettre en place des choses pour pouvoir les faire penser à autre chose, les faire parler du quotidien, de chose qu'ils aiment.

M : D'accord. Est-ce que tu peux dire que l'accueil est un soin ?

R : Oui. Pour moi oui, à partir du moment, là c'est plus à l'hôpital, dès que le patient passe le seuil de l'hôpital ou que nous on passe la porte d'entrée, je pense que le soin débute la parce que presque tout se joue là, s'il n'y a pas une relation, s'il n'y a pas de la confiance installée entre les deux personnes, le patient peut partir finalement, dans le pire des cas oui il peut partir, ou changer d'infirmier parce que ça ne lui convient pas.

M : Oui c'est vrai. Et du coup que mets tu en place lors de la première rencontre avec le patient pour préparer l'instauration de la relation de confiance justement ?

R : Alors pour les premiers soins, c'est des explications sur le déroulement de la prise en soin total, qu'on peut être plusieurs à passer, que tel ou tel jour on fera les pansements, tel ou tel jours y aura des prises de sang parce qu'il y a des injections d'anticoagulant. C'est des explications mais avec des termes simples, pas des termes médicaux pour qu'il puisse savoir de quoi on parle, qu'il ne soit pas dans le flou. Et puis quand j'effectue les soins, j'essaye de détailler ce que je fais, quand je vois qu'ils sont réceptifs et que ça les met en confiance, pour pas qu'il prenne peur ou qu'il est des sursauts, voilà des choses comme ça.

M : Ok. Selon toi, tu l'as dit un petit peu, mais en quoi la relation de confiance est essentielle entre toi et le patient ?

R : Pour qu'il y ait une prise en soin globale, complète et que du début à la fin tout se passe correctement et qu'il n'y ait pas de soucis ou de peur de dire quelque chose qui pourrait être essentiel à la prise en soin. Et qu'au besoin il sache qui peut nous rappeler et qu'on sera là pour l'aider.

M : Oui d'accord. Comment tu vois que la relation de confiance existe entre toi et le patient ?

R : Je vois parce que quand on vient régulièrement chez le patient, ils savent qu'on est là, ils savent que c'est nous donc voilà. Et je trouve que la parole n'est pas la même, on ne parle plus forcément que des soins, on parle aussi de la vie privée, on rigole. Pour moi ça marche au ressenti, au feeling en fait, je le sens, je ne sais même pas trop comment l'expliquer mais oui c'est une parole libre sans craintes de dire quelque chose en fait. Et puis parfois c'est même des compliments, il y a des patients qui nous disent « vous avez bien fait votre soin parce je sais que sur le coup ça m'a fait mal mais que ça va progresser dans le bon sens », enfin voilà, c'est des petits compliments comme ça ou on sait que le patient est content de nous voir

M : Oui c'est ça. Et est-ce que ça t'est déjà arrivé à l'inverse d'avoir l'impression qu'un patient n'a pas confiance en toi ?

R : Oui, ça arrive parce justement pareil, là c'est au ressenti, je sens que c'est plus froid, le patient est fermé et quand on pose des questions il répond par oui ou non et là ya quelque chose qui manque. Alors parfois ce n'est pas forcément parce qu'il n'a pas confiance en moi, ma personne, mais plus de

confiance en le personnel soignant, en le domaine médical. Mais oui on le ressent, la parole est plus fermée.

M : Ok. Et du coup dans ces cas là, qu'est-ce que tu ferais pour l'installer si tu sens que le patient est réticent un peu au soin ?

R : C'est pareil, c'est essayé de lui poser des questions, d'avoir des compléments d'informations, pour nous c'est poser des questions qui sont pertinentes et de montrer qu'on connaît notre métier, qu'on sait ce qu'on fait et d'essayer de lui soutirer des infos.

M : Est-ce que tu penses que la blouse blanche aide à la mise en place de la relation de confiance ?

R : Alors confiance je ne sais pas mais je sais que pour avoir travaillé à l'hôpital et à domicile, je sais que certains patients ont l'effet blouse blanche qui les stress. Se serait plus dans ce sens là, après qu'il est plus confiance ou pas, je ne sais pas parce que à domicile on rentre quand même dans leur intimité, on les voit tous les jours, on connaît leur famille, leur proche, je ne sais pas s'il aurait plus confiance par rapport à la blouse blanche, je ne sais pas mais je dirais que ça les stress plus pour certaines personnes.

M : D'accord, veux-tu rajouter quelque chose par rapport à cet entretien ?

R : Non je pense que c'est bon.

M : Merci beaucoup en tout cas

M : Elève infirmière

R : Infirmière

ANNEXE IV : Tableaux d'analyse des entretiens avec les professionnelles

Les composantes de la première rencontre			
Temps d'échange	Temps de présentation (relation de civilité)	Temps de mise en confiance	Des compétences infirmières
<p>C'est un échange entre le patient et le professionnel</p> <p>Afin qu'il y ait un échange plus approprié</p> <p>De l'échange</p> <p>Il faut être ouverte à la discussion</p> <p>Savoir qui il est, l'histoire de la maladie ou pourquoi on est là aujourd'hui, depuis quand c'est arrivé, comment ça s'est passé</p>	<p>Celui-ci doit se présenter</p> <p>Pour moi il est important de se présenter</p> <p>Nous nous présentons</p> <p>Je montre mon badge ou s'est écrit</p> <p>L'aide-soignante se présente également</p> <p>Il faut se présenter, dire qui on est</p> <p>C'est la présentation,</p>	<p>Se faire dans un climat de confiance</p> <p>Relation de confiance s'instaure</p> <p>C'est très important, dans un premier temps pour mettre le patient en confiance</p> <p>Qu'il y est de la confiance entre nous deux</p> <p>Le patient doit se sentir en confiance</p> <p>Se sente en confiance</p> <p>C'est mettre en confiance</p>	<p>C'est un savoir-faire, un savoir être et un savoir tout simplement.</p>
5	7	7	1

Les aspects importants de la 1^{er} rencontre

Installation d'une relation de confiance	Présentation (Relation de civilité)	Rassurer	Observation du patient	Première impression
C'est mettre en confiance	C'est savoir qui il a en face de lui	<p><u>Sur les soins</u></p> <p>Qu'il sache que les soins vont se dérouler convenablement</p> <p><u>Sur ses questionnements</u></p> <p>Qu'on puisse répondre à ses questions, à ses doutes, ses interrogations</p>	<p><u>Observation</u></p> <p>J'observe attentivement le patient</p> <p><u>Confort</u></p> <p>Je m'assure qu'il soit bien installé,</p> <p><u>Douleur</u></p> <p>Je suis également très vigilante sur la douleur du patient</p> <p>S'il y a déjà des douleurs avant de commencer l'acte</p> <p><u>Anxiété</u></p> <p>Remarquer s'il y a des appréhensions,</p>	<p>C'est le premier contact entre le patient et le soignant</p> <p>C'est la première impression</p>

1	1	2	5	2
---	---	---	---	---

Les facteurs favorisant la relation de confiance				
Le nombre de soignant	Relation d'équité	Ecoute et accompagnement	Autre outil que la parole	Présentation
<p>Nous y allons à 2, un aide-soignant et une infirmière.</p> <p>Jamais trop nombreux, d'autant plus en gériatrie pour ne pas perturber la personne</p> <p>D'y aller à 2, infirmière, aide-soignante, cela renforce notre façon de connaître le patient.</p>	<p>Nous ne sommes pas supérieurs à lui</p>	<p><u>Ecouter</u></p> <p>Nous sommes là pour l'écouter, l'accompagner au cours de son hospitalisation, de ses besoins.</p> <p>Le laisser parler, de l'écouter</p> <p>S'exprimer librement, pour le patient être écouté et entendu</p> <p><u>Expliquer</u></p> <p>Des explications sur le déroulement de la prise en soin total</p> <p>Des explications avec des termes</p>	<p>Le toucher est également important, j'ai tendance à leur toucher les mains pour les mettre en confiance.</p> <p>Le toucher,</p> <p>L'écriture.</p> <p>Je note au tableau son nom, son prénom</p> <p>Il y a plusieurs supports à utiliser</p>	<p>Se présenter</p> <p>Je me présente,</p>

		simples, pas des termes médicaux		
		J'essaye de détailler ce que je fais		
3	1	6	5	2

Les effets de la relation de confiance		
Faire évoluer la prise en soin	Permettre l'expression des craintes et des doutes du patient	Repérer un interlocuteur
Faire évoluer le soin positivement	<p>Au patient de pouvoir exprimer ses doutes, ses craintes, ses questions auprès du soignant</p> <p>Un échange au fil des jours</p> <p>Qu'il se sente à l'aise de dire les choses et qu'il puisse progresser.</p> <p>Pas de peur de dire quelque chose qui pourrait être essentiel à la prise en soin.</p>	Et qu'au besoin il sache qui peut nous rappeler et qu'on sera là pour l'aider.
1	4	1

Comment sait-on que la confiance est instaurée ?

Par l'échange ou la liberté de parole?	Par des compliments	Par le feeling	Par des attentions
<p>Et je trouve que la parole n'est pas la même, on ne parle plus forcément que des soins, on parle aussi de la vie privée,</p> <p>On rigole</p> <p>C'est une parole libre sans craintes de dire quelque chose en fait</p> <p>Par l'échange qu'on va avoir avec lui</p>	<p>Ce sont même des compliments, y a des patients qui nous disent « vous avez bien fait votre soin »</p> <p>Ce sont des petits compliments comme ça ou on sait que le patient est content de nous voir</p>	<p>Au feeling en fait, je le sens, je ne sais même pas trop comment l'expliquer</p>	<p>Il se souvient si on n'a été absent,</p> <p>Me demandent des nouvelles.</p> <p>Il nous appelle par notre prénom</p>
4	2	1	2

Comment instaurer la confiance avec un patient réticent

Laisser du temps	Transmettre à une collègue	Choisir le bon moment	Comprendre ce qui empêche l'installation de la confiance	Le professionnalisme
<p>S'il n'est pas coopérant à la discussion [...] on voit l'évolution au fil des jours en attendant qu'il connaisse mieux le service, le fonctionnement du service.</p> <p>Si elle ne se fait pas dès le départ elle se fera au fil des jours</p>	<p>Je transmets à ma collègue</p> <p>Peut-être qu'il ne dialoguera pas forcément avec moi mais avec une collègue ou avec le médecin.</p> <p>C'est un travail d'équipe.</p>	<p>Ou peut-être lors des soins de nursing ou le climat est un peu plus intime.</p>	<p>Essayé de lui poser des questions, d'avoir des compléments d'informations</p> <p>Poser des questions qui sont pertinentes</p> <p>Essayer de lui soutirer des infos.</p>	<p>Montrer qu'on connaît notre métier, qu'on sait ce qu'on fait</p>
2	3	1	3	1

Le facteur blouse et ses effets

Effets positifs	Effets négatifs
<p><u>Présence professionnelle</u></p> <p>Ça montre bien que nous sommes la</p> <p>Que nous sommes présents pour le patient</p> <p>La blouse blanche représente bien le corps médical, qui on est et à quoi nous servons.</p> <p>Les tenues permettent aussi un visuel.</p> <p><u>L'hygiène</u></p> <p>Par rapport à l'hygiène, ça peut rassurer le patient qu'on ne vienne pas avec notre tenue du jour.</p>	<p><u>Effet émotionnel</u></p> <p>Ça peut faire remonter le vécu de chacun.</p> <p>L'effet blouse blanche qui les stress</p> <p>Ça te rappelle ton vécu et ta propre expérience sur le milieu hospitalier.</p> <p>C'est un domaine qui peut faire stresser et angoisser, qui peut même nous faire penser à la mort de nos proches</p> <p>Le côté d'être tout en blanc, qu'il n'y est aucune image, aucune couleur peut perturber certaine personne</p>
5	5