

Perspective

soignante

*Pour une pratique porteuse de sens
et respectueuse des personnes*

Septembre 2012 – Numéro 44

Seli Arslan

La revue *Perspective soignante* est issue du partenariat entre :

- Le Réseau PRAQSI (Réseau Multinational de Recherche et de Réflexion à partir de la Pratique Quotidienne du Soin Infirmier)



- L'Unité des Sciences Médico-Sociales et Hospitalières de l'UCL (Université Catholique de Louvain) Bruxelles



- Le GEFERS (Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin) Paris



Perspective soignante est une publication des Éditions Seli Arslan S.A. – 14 rue du Repos – 75020 Paris – Tél. : 01 43 70 18 71 – Fax : 01 43 70 25 35 – S.A. au capital de 69 750 euros – RCS Paris B 405 330 077 – TVA intracommunautaire FR 86405330077

Directeur de la publication : Seli Arslan – **Rédacteur en chef :** Walter Hesbeen. *Perspective soignante* paraît trois fois par an. **Prix de l'abonnement** Europe : 35 euros – DOM-TOM et autres pays : 40 euros (bulletin d'abonnement : p. 160) – **Prix au numéro :** 14 euros
Impression : Présence Graphique, 2, rue de la Pinsonnière, 37260 Monts

Dépôt légal : 3^e trimestre 2012
ISSN : 1287-1168

© 2012, Éditions Seli Arslan S.A.

Sommaire

Éditorial	4
Écrire pour s'en aller ailleurs et apprendre des autres et de soi <i>Marie-annick Delomel</i>	6
Les aides-soignantes et leur rapport à l'écriture <i>Uriel Keradennec</i>	28
L'analyse réflexive autour d'une situation de soins. Encadrement, engagement soignant et questionnement éthique <i>Christelle Vastrade</i>	46
L'analyse de la pratique : une aide à la construction de l'identité professionnelle <i>Chantal Seuret Faugier</i>	75
La famille partenaire de la stratégie thérapeutique pour un patient dépendant <i>Myriam Le Sommer-Péré, Marie-Hélène Parizeau</i>	88
Démence et solidarités de proximité : aspects juridiques, éthiques et sociaux du rôle des proches <i>Cristina Ferreira, Cornelia Hummel</i>	107
La confiance dans la relation de soin <i>Cidolina Lourenço et al.</i>	133
Quelques ouvrages suggérés	145
Recommandations aux auteurs	158
Procédure de publication	159
Bulletin d'abonnement	160

dont la mission est de représenter la personne protégée dans le domaine médical ; 2) à défaut le conjoint ou le partenaire, s'il y a vie commune ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière ; 3) à défaut, parmi les descendants, parents ou frères et sœurs, la personne avec laquelle les liens sont manifestement les plus étroits (par exemple du fait de la vie commune ou de l'aide régulièrement apportée).

8. « Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence », Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration du plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, Québec, 2009.

Mots clés

Démence • Solidarité • Proches (aidants) • Droit • Éthique

Cristina Ferreira

Professeure, Haute École de Santé Vaud (HESAV), Lausanne (Suisse)

Cornelia Hummel

Maître d'enseignement et de recherche, Département de sociologie, Université de Genève (Suisse)

La confiance dans la relation de soin

Cidolina Lourenço, Ana Pinto,
Carla Pereira, César Fonseca,
Isabel Nunes, Paula Almeida,
Odete Mendes, Glória Tolleti,
Manuel Lopes, Manuela Gândara

Cet article est le fruit d'une étude menée à l'initiative des responsables du Réseau PRAQSI Portugal au Centre hospitalier Lisbonne Nord-Hôpital Pulido Valente (CHLN-HPV) à partir d'un cycle de rencontres ayant pour thème « Confiance et méfiance dans la relation de soins ».

Introduction

La confiance concerne tous les secteurs de la société. Les cadres, quel que soit leur domaine d'activité, ont ainsi à se préoccuper du degré de confiance que leur produit ou service revêt à l'égard du public visé (Fox, 1995 ; Raevé, 2002). Les cadres de santé ont également à ériger la question de la confiance en point central de leur activité de soins, en cherchant notamment à créer les conditions pour tenir compte de la singularité de la personne (Hennessy et Gilligan, 1994).

Pour que les soins infirmiers soient centrés sur la personne, il est nécessaire de promouvoir des ambiances propices à la confiance (Graham et Jack, 2008). Prendre en considération la singularité du patient dans la pratique quotidienne exige en effet l'établissement de liens de confiance, ce qui requiert l'implication personnelle des intervenants (Bowren, 2008). Les modèles de gestion qui n'envi-

sagent que des aspects technologiques et de productivité sans donner la primauté à la personne, en tant qu'être unique et singulier, ne favorisent pas la confiance des patients, car ils ignorent les particularités de la situation de la vie des personnes (Fox, 1995).

Sur ce point, les cadres de proximité ont la grande responsabilité de devoir intégrer et valoriser la composante relationnelle dans leur modèle de prestation de soins. En adoptant cette attitude, ils sont susceptibles d'encourager le développement, parmi les équipes, de relations de confiance entre les infirmières et les patients, mais aussi avec leurs proches. Simultanément, cela peut se transformer en un facteur déterminant de satisfaction professionnelle de ces équipes (Bowren, 2008).

La confiance est également un élément important pour faciliter l'introduction de nouvelles pratiques et pour l'amélioration continue de celles-ci (Bell et Duffy, 2009). Ainsi, les coordinateurs des unités de soins devraient considérer la notion de confiance comme allant bien au-delà de la dimension du marketing, car c'est un facteur clé de l'amélioration de l'état de santé de la population (Hennessy et Gilligan, 1994).

Les environnements propices au développement de la confiance sont ressentis par les patients à travers les soins de santé fournis par les différents professionnels. Dans les organisations de santé, l'infirmière joue aussi un rôle décisif avec le patient et sa famille en menant à bien des activités d'éducation thérapeutique, d'accompagnement en cas de maladie chronique, de prévention de possibles complications, ce qui conduit à la promotion de l'autonomie et à l'accroissement de la qualité de vie (Bell et Duffy, 2009).

Une observation de la pratique des infirmières au Centre hospitalier Lisbonne Nord-Hôpital Pulido Valente (CHLN-HPV), au Portugal, nous a permis de mettre en évidence des difficultés en termes de développements de compétences relationnelles (Martins et al., 2008), celles-ci n'étant par ailleurs pas valorisées dans les plans de formation organisationnelle et de service. Il existe donc un manque de réflexion et d'esprit critique quant à ce thème, pourtant essentiel.

Dans cet article, nous désirons montrer la mise en œuvre, dans notre institution, du projet institutionnel Réseau PRAQSI intitulé « Prendre soin du débat », et plus particulièrement le cycle de débats sur le thème « Confiance et méfiance dans la relation de soins ». L'objectif de cette activité d'analyse structurée, de réflexion et de partage sur la pratique infirmière est la construction commune de connaissances visant le développement de compétences et la promotion d'un environnement propice à la création de la relation de confiance.

Pour cette étude, les objectifs suivants ont été définis : intégrer la notion de confiance dans la pratique des soins infirmiers ; clarifier cette notion dans le contexte précis de la relation entre infirmière et patient ; relever la perception du patient concernant la confiance dans la relation soignante.

Le concept de confiance et le contexte des soins

Le mot « confiance » vient du latin *confidentia*, formé à partir du préfixe *con-* (avec, ensemble) et du terme *fides* (qui signifie foi). Au mot de confiance sont notamment associées les notions de : dépendre de, fiabilité, attente d'une confidentialité, intégrité, force ou pouvoir, responsabilité, croyance et foi, honnêteté et justice (Belcher et Jones, 2009). Dans le contexte des soins, la confiance correspond à la perception individuelle du patient de l'attention que les soignants accordent aux soins (Graham et Jack, 2008 ; Honoré, 2004). Lorsque les soins sont personnalisés, l'interaction soignant-soigné peut prendre de l'ampleur, favoriser l'établissement d'une relation de confiance (Hennessy et Gilligan, 1994). Celle-ci est incontournable pour la construction d'une relation thérapeutique ; elle se développe dans l'interaction dynamique et repose sur les qualités expressives de chacun des partenaires de la relation (Suliman et al., 2009), l'échange entre eux étant équilibré, sans que l'un ait la prépondérance sur l'autre (Kirk, 2007). Une telle relation de confiance est en effet symétrique (Sellman, 2007).

Par ailleurs, pour qu'une personne puisse se confier à une autre et qu'une relation de confiance s'instaure ainsi, la première condition est la disponibilité de chacun des deux partenaires de la relation (Honoré, 2004). Cependant, il s'agit de trouver un juste milieu, pour celui qui cherche à se confier, entre la confiance excessive placée en l'autre et la défiance ou la méfiance absolue et a priori à son égard (Williamson et Prosser, 2002). De ce point de vue, il est sain que le patient se méfie avant d'entamer le processus de se confier, car une confiance absolue accordée d'emblée peut mener à la déception des attentes, remettre en question la qualité de la relation et surtout l'acte thérapeutique lui-même.

La profession d'infirmière est une profession d'aide, ce qui impose de mobiliser des compétences essentielles pour que se déploie la relation de soin, en particulier la capacité réelle d'aider la personne, de contribuer à son bien-être. Soigner, en tant qu'infirmière, c'est marquer son intérêt pour l'autre, accomplir des actes porteurs de sens pour le patient, motivés par l'idée de satisfaire ses besoins, et ce dans le respect mutuel.

Cette relation convoque un ensemble complexe d'émotions, de sentiments et de valeurs, que ce soit du côté de l'infirmière ou du patient. Pour ce qui est de l'infirmière, celle-ci doit mobiliser des compétences propres à sa profession mais aussi des compétences personnelles ; dans la relation de soins, elle constitue un « instrument thérapeutique » en elle-même (Lotzkar et Bottorff, 2001).

Les infirmiers du CHLN-HPV qui ont collaboré au projet décrit dans l'introduction ont ressenti la nécessité de repenser l'essence de leur action de soin (Hesbeen, 2000), en réfléchissant en particulier aux défis que présente la relation infirmière-patient.

Méthodologie

Nous avons choisi la méthodologie de la recherche-action dans le but de parvenir à des changements dans la pratique clinique. Pour Bothe et Donoghue (2009), l'avantage de cette méthodologie est de favoriser la collaboration interpersonnelle et de promouvoir

l'amélioration des interventions. Pour ce qui est des pratiques soignantes, cette méthode implique de créer une prédisposition à la réflexion, d'assumer certaines valeurs et attitudes et d'établir des congruences entre la théorie et la pratique.

Nous avons surtout utilisé l'analyse des pratiques auprès des infirmières, au travers d'ateliers, pour créer, renforcer et élargir un environnement de réflexion autour de la (re)construction des pratiques cliniques. Ces ateliers ont concerné chacun des vingt services du CHLN-HPV et aussi bien des infirmières que des étudiants en stage. Ils se sont tenus chaque trimestre, les participants pouvant y partager leur vécu de l'intégration ou de la réintégration de la notion de confiance dans l'acte de soigner.

Ont été invités à chaque atelier des professionnels en santé mentale, des universitaires et des formateurs, qui se sont exprimés sur le thème de la confiance et de relation de l'aide.

Le premier atelier avait pour but de clarifier la notion de confiance dans la relation infirmière-patient. Pour ce faire, des entretiens semi-structurés ont été menés à bien avec des patients, ceux-ci devant faire part d'une situation d'interaction avec une infirmière où ils considéraient qu'une relation de confiance s'était instaurée. Des extraits de films de ces entretiens ont aussi servi de base de réflexion. Au cours du deuxième atelier, les principales qualités expressives permettant d'instaurer la confiance ont été abordées. Le troisième atelier visait à réfléchir sur l'expérience du vécu de la confiance en tenant compte des acquis des deux ateliers précédents. Les débats se sont alors centrés sur les difficultés ressenties par les infirmières pour (re)construire une relation de confiance, sur les aptitudes interpersonnelles nécessaires, ainsi que sur le fait qu'une relation de confiance solide se reflète dans les préférences des patients pour une infirmière précise.

Résultats et discussion

Nous avons cherché à tirer des enseignements de ces ateliers, et nous avons étudié les données obtenues avec la méthode de

l'analyse de contenu (Bardin, 2009). Plusieurs facteurs favorisant la confiance ont émergé, parmi lesquels le dialogue, la présence, la disponibilité, la compassion, l'écoute, l'attention, l'authenticité, la sécurité et le toucher. Les facteurs identifiés comme inhibant la confiance du patient ont notamment été les sentiments négatifs, l'inexpérience des infirmières, les caractéristiques personnelles des professionnelles comme du patient, les modes d'interaction avec d'autres membres de l'équipe.

Les différents participants ont par ailleurs mis en évidence les apports du développement de la confiance dans la relation soignant-soigné. Ils sont les suivants, par ordre d'importance :

- l'augmentation de la réflexion sur la notion de confiance par les équipes est une façon de résoudre des problèmes récurrents dans la pratique ;
- cela améliore la relation d'aide envers le patient et sa famille ;
- la sensibilité à l'écoute se développe parallèlement ;
- la communication verbale et non verbale dans la relation infirmière-patient est ainsi valorisée ;
- la sensibilité au mode d'accueil du patient et de sa famille est accrue, et les professionnels veillent davantage à les tranquilliser ;
- une attention est donnée à l'adéquation entre certaines caractéristiques personnelles des infirmières et les spécificités des patients.

La méthode de la recherche-action a permis de chercher à comprendre le problème socio-économique complexe que représentent les notions de confiance et de méfiance dans la relation du soin. Cette méthodologie comporte des bénéfices pour les chercheurs et pour les organisations, car la connaissance obtenue peut être directement appliquée ; ce processus lie ainsi intimement la théorie et la pratique.

Il est à noter cependant que la participation des infirmières aux ateliers de réflexion sur les pratiques cliniques a été inférieure à nos attentes initiales, puisque 25 % environ des services de l'hôpital ne se sont jamais, ou très peu, engagés dans la réflexion produite.

Mais au fur et à mesure de la recherche-action, nous avons vu évoluer le langage utilisé dans l'élaboration des documents de réflexion, avec une optimisation de la mobilisation des aspects conceptuels relatifs à cette thématique dans la rédaction, et la mention d'auteurs de référence.

Par ailleurs, nous avons pu identifier, au cours de ce projet, des changements dans la pratique clinique des infirmières du CHLN-HPV, avec essentiellement l'augmentation de la mobilisation de la notion de confiance au sein des équipes, l'amélioration de la relation d'aide et de confiance entre les infirmières, les patients et leur famille, et une plus grande sensibilité pour l'écoute.

Les résultats montrent que la relation d'empathie, la relation d'aide et la relation de confiance sont désormais considérées par les infirmières comme de véritables instruments de travail dans les soins infirmiers. C'est la qualité humaine de la relation qui est mise en valeur, celle-ci intégrant l'expérience vécue de tous les intervenants, infirmières, patients et familles. Il s'agit de s'efforcer d'atteindre la singularité humaine de chacun des patients, pour qu'ils se sentent valorisés en tant qu'individus, dans une relation où chacun n'a pas de rôle rigidement défini.

Conclusion

L'établissement d'une relation de confiance a été ressenti par les infirmières ayant participé au projet comme une nécessité fondamentale. La structuration de la confiance est un processus dynamique au sein duquel les infirmières et les patients sont des acteurs et des alliés. L'infirmière y assure un rôle décisif, étant donné qu'elle représente elle-même un des aspects thérapeutiques de la relation de soin. Le dialogue, la présence, la disponibilité, la gentillesse, l'écoute, l'attention et l'authenticité sont parmi les facteurs essentiels du développement de la confiance au sein de cette relation.

Accepté pour publication
le 1^{er} juin 2012

RÉFÉRENCES

- Bardin, L. (2009), *Análise de Conteúdo*, Lisbonne, Edições, p. 70, 225.
- Belcher, M., Jones, L. (2009), « Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship », *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, n° 31 (2), p. 142-152.
- Bell, L., Duffy, A. (2009), « A concept analysis of nurse-patient trust », *British Journal of Nursing*, n° 18 (1), p. 46-51.
- Bothe, J., Donoghue, J. (2009), « Using action research to develop a model of patient-centred day care », *Practice Development in Health Care*, n° 8 (3), p. 152-160.
- Bowren, D. (2008), *The relationship between patient trust of nursing staff, postoperative pain, and discharge functional outcomes following a total knee arthroplasty*, thèse, University of Arkansas for Medical Sciences.
- Carter, M. (2009), « Trust, power, and vulnerability : a discourse on helping in nursing », *Nursing Clinics of North America*, n° 44 (4), p. 393-405.
- Claxton, J.D., Ritchie, J.R.B., Zaichkowsky, J. (1980), « The nominal group technique : its potential for consumer research », *Journal of Consumer Research*, n° 7, p. 308-313.
- Delbecq, A. Ven V., Gustafson, H. (1975), *Group Techniques for Program Planing : A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*, Glenview, Scott, Foresman and Company.
- Doane, G. (2002), « Beyond behavioral skills to human-involved processes : relational nursing practice and interpretive pedagogy », *Journal of Nursing Education*, n° 41 (9), p. 400-404.
- Fox, P. (1995), « Nursing developments : trust nurses' views », *Nursing Standard*, n° 9 (18), p. 30-34.
- Graham, I., Jack, E. (2008), « Promoting leadership : the development of a nurse executive team in an acute hospital trust », *Journal of Nursing Management*, 16 (8), p. 955-963.
- Helene Hem, M., Heggen, K., Ruyter, K. (2008), « Creating trust in an acute psychiatric ward », *Nursing Ethics*, n° 15 (6), p. 777-788.
- Hennessy, D., Gilligan, J. (1994), « Identifying and developing tomorrow's trust nursing directors », *Journal of Nursing Management*, n° 2 (1), p. 37-45.
- Hesbeen, W. (1998), *Qualidade em Enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do cuidar*, Loures, Lusociência, p. 220.
- Hesbeen, W. (2000), *Cuidar no Hospital*, Loures, Lusociência, p. 122.
- Honoré, B. (2004), *Cuidar : persistir em conjunto na existência*, Loures, Lusociência, p. 290.
- Johns, J. (1996), « A concept analysis of trust », *Journal of Advanced Nursing*, n° 24 (1), p. 76-83.
- Kirk, T. (2007), « Beyond empathy : clinical intimacy in nursing practice », *Nursing Philosophy*, n° 8(4), p. 233-243.
- Lacerda, M., Giacomozzi, C., Przenyczka, R., Camargo, T. (2008), « Action-research, care-converging research and care-research in nursing context : similarities and peculiarities » [portugais], *Revista Eletrônica de Enfermagem*, n° 10 (3), p. 843-848.
- Lopes, M.L. (2006), *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de teoria de médio alcance*, Coimbra, Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- Lotzkar, M., Bottorff, J. (2001), « An observational study of the development of a nurse-patient relationship », *Clinical Nursing Research*, n° 10 (3), p. 275-294.
- Lourenço, C. et al. (2008), « Cuidar do Debate : Confiança Enfermeiro/Cliente um Conceito em Construção no CHLN-HPV », (conferência), communication au X^e colloque international de PRAQSI, Lisbonne, 13 et 14 novembre.
- Martins A., et al. (2008), « Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem ? », *Revista Pensar Enfermagem*, n° 12/2, p. 52-56.
- Meize-Grochowski, R. (1984), « An analysis of the concept of trust », *Journal of Advanced Nursing*, n° 9 (6), p. 563-572.
- Morse, J. (1991), « Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship », *Journal of Advanced Nursing*, n° 16 (4), p. 455-468.
- Northouse, P. (1979), « Interpersonal trust and empathy in nurse-nurse relationships », *Nursing Research*, n° 28 (6), p. 365-368.
- Peter, E., Morgan, K. (2001), « Explorations of a trust approach for nursing ethics », *Nursing Inquiry*, n° 8 (1), p. 3-10.
- Potter, M., Gordon, S., Hamer, P. (2004), « Group Technique : A useful consensus methodology in physiotherapy research », *NZ Journal of Physiotherapy*, n° 32/3, p. 126-130.

- Raeve, L. (2002), « The modification of emotional responses : a problem for trust in nurse-patient relationships ? », *Nursing Ethics*, n° 9 (5), p. 465-471.
- Schubert, P., Lionberger, H. (1995), « A study of client-nurse interaction using the grounded theory method », *Journal of Holistic Nursing*, n° 13 (2), p. 102-116.
- Sellman, D. (2007), « Trusting patients, trusting nurses », *Nursing Philosophy : An International Journal for Healthcare Professionals*, n° 8 (1), p. 28-36.
- Suliman, W., Welmann, E., Omer, T., Thomas, L. (2009), « Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment », *The Journal of Nursing Research*, n° 17 (4), p. 293-297.
- Tarlier, D. (2004), « Beyond caring : the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships », *Nursing Philosophy*, n° 5 (3), p. 230-241.
- Williamson, G., Prosser, S. (2002), « Action research : politics, ethics and participation », *Journal of Advanced Nursing*, n° 40 (5), p. 587-593.

Mots clés

Confiance • Relation de soin •
Infirmière • Patient

Cidolina Lourenço, Ana Pinto,
Carla Pereira, César Fonseca,
Isabel Nunes, Paula Almeida,
Odete Mendes
Infirmières à l'Hôpital Pulido
Valente-Centre Hospitalier Lisbonne
Nord, Lisbonne, Portugal
Glória Tolleti,
Manuela Gândara
Professeurs à l'École supérieure
d'infirmières de Lisbonne, Portugal
Manuel Lopes
Directeur de l'École supérieure São
João de Deus, Université d'Évora,
Portugal

Espace partenaires

GEFERS

Groupe francophone d'études et de formations en éthique
de la relation de service et de soin

Journées itinérantes francophones d'éthique
des soins de santé (JIFESS)

« Les enjeux éthiques des formations
aux métiers de la santé –
Quelle pensée éthique inspire l'élaboration des
programmes et les pratiques pédagogiques ? »

Colloque international pour tous les professionnels
du système de soins

Les Sables d'Olonne (France),
les 16 et 17 mai 2013