



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS
NANCY - BRABOIS

LA DISTANCE PROFESSIONNELLE EN EHPAD

**De quels moyens l'infirmier dispose-t-il
pour être dans une juste distance ?**

EGENSPERGER Julie

Promotion 2010-2013

INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS
NANCY - BRABOIS

LA DISTANCE PROFESSIONNELLE EN EHPAD

**De quels moyens l'infirmier dispose-t-il
pour être dans une juste distance ?**

EGENSPERGER Julie

Promotion 2010-2013

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont aux cadres de santé et directeurs d'EHPAD qui ont accepté de m'accueillir dans leur établissement et aux infirmiers pour leur participation à l'enquête ; sans eux, cette recherche n'aurait pu aboutir.

Je tiens à remercier ensuite ma référente de suivi pédagogique, Mme Hélène Lefort, qui sait me mettre en confiance et me valoriser tout en sachant me guider lorsque j'en ai besoin. Son accompagnement, son écoute et sa rigueur ont été très enrichissants pour mon avancée dans ce travail, ainsi que dans ma posture professionnelle.

Je souhaite également m'adresser à ma guidante de mémoire, que je ne peux malheureusement pas citer pour respecter la confidentialité de mon enquête, pour m'avoir véritablement accompagnée tout au long de ce travail et ce, dans une «juste distance». Elle a su à la fois m'éclairer lors des moments de doutes et de difficultés, et me laisser la place de chercheuse. Merci pour sa grande disponibilité, son soutien, son écoute et ses précieux conseils. Je garde un excellent souvenir de nos rendez-vous si «efficaces».

Merci à Mr N'GASSAM, consultant et responsable en ingénierie pédagogique, qui est intervenu à l'IFSI en nous apportant le soutien méthodologique indispensable à la réalisation de cette recherche et grâce à qui nous avons bénéficié de cours inoubliables.

Je remercie aussi mes collègues étudiantes infirmières et amies pour leur patience, leur écoute et le temps qu'elles ont consacré à me relire et me conseiller. Leur soutien m'a permis d'aller jusqu'au bout de ce travail.

Un grand merci enfin à ma famille, pour son aide, son indulgence et ses encouragements.

*« Ne pas déroger de son rôle en lien avec ses compétences,
ni dans le «pas assez», ni dans le «trop», qui dépasse nos limites
et faire appel aux autres en cas de nécessité»*

BOURDIEU Pierre, *Ce que parler veut dire*, 1982, p.126.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	p. 1
II. PROBLEMATIQUE	p. 3
III. MODELE D'ANALYSE	p. 5
A. <u>Cadre théorique</u>	p. 5
1. Apport sociologique	p. 5
2. Apport des sciences infirmières	p. 5
3. Apport de la psychologie sociale.....	p. 6
B. <u>Cadre conceptuel</u>	p. 7
1. La spécificité des relations soignants-résidents en EHPAD	p. 7
2. La posture de l'infirmier	p. 10
3. Le travail d'équipe et la pluridisciplinarité.....	p. 11
C. <u>Cadre d'analyse</u>	p. 12
IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	p. 14
A. <u>Participants</u>	p. 14
B. <u>Outil de collecte de données</u>	p. 15
1. Description de l'outil.....	p. 15
2. Construction et validité de l'outil.....	p. 16
C. <u>Déroulement de la collecte</u>	p. 18
V. ANALYSE DES DONNEES	p. 19
A. <u>Méthode d'analyse des données</u>	p. 19
B. <u>Résultats</u>	p. 20
1. Identification des infirmiers.....	p. 20
2. Distance professionnelle	p. 23
3. Moyens/solutions	p. 25

VI. INTERPRETATION DES DONNEES	p. 31
A. La relation de soin en EHPAD peut engendrer des difficultés de distance professionnelle	p. 31
B. Les difficultés de distance professionnelle en EHPAD peuvent avoir des conséquences sur l’infirmier et le travail en équipe	p. 32
C. Des moyens sont mis en oeuvre par l’infirmier et dans le travail d’équipe en EHPAD pour garder une distance professionnelle.....	p. 33
VII. CONCLUSION	p. 35

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

ABSTRACT

I. INTRODUCTION

Dans le contexte actuel de vieillissement de la population et de développement de l'accompagnement des personnes âgées, les besoins dans ce domaine augmentent. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) font partie de la réponse à ces besoins. Les soignants de ces structures prennent en charge les personnes âgées lorsque leur état de santé et de validité impose qu'on prenne soin d'elles.

Dans ce cadre, une chose m'étonne : la prise en charge de ces personnes implique une proximité que j'ai pu observer lors de mon stage en EHPAD entre résidents et soignants. Elle se voit notamment dans la gestuelle : prendre par la main, caresser une main, une joue, voire donner un baiser sur la joue. Cependant, la formation de soignant ne cesse de nous signifier l'importance de la distance professionnelle ; celle-ci devant être respectée afin de prévenir toutes dérives. J'ai donc choisi de m'intéresser aux relations soignants-soignés en EHPAD.

L'enjeu de ma recherche est professionnel ; il s'agit d'appréhender comment, dans un EHPAD, les soignants peuvent à la fois travailler dans la dimension affective qu'implique l'accompagnement des résidents et travailler dans une juste distance.

Au départ, je me suis alors demandé : Quelles sont les conséquences de cette dimension affective existant en EHPAD sur le travail en équipe ?

C'est une recherche quantitative dont la logique est déductive car elle a pour point de départ une hypothèse (la particularité des relations soignants-résidents en EHPAD implique un travail d'équipe particulier) et cherche à connaître des faits (les moyens qu'ont l'infirmier et une équipe pour rester dans une posture professionnelle vis-à-vis du résident). De plus, l'objet de recherche est quelque chose de mesurable (actions, procédures, réunions, etc.).

Elle constitue une étude descriptive car elle vise à tracer le portrait détaillé d'un phénomène et à établir des liens de covariance entre ses éléments. En effet, elle a pour but de décrire ce qui est mis en place en EHPAD pour éviter les dérives qui

incomber à la particularité de la relation soignant-soigné de ce lieu. Par conséquent, cette étude cherchera à faire le lien entre relation soignant-soigné en EHPAD, d'une part, et les moyens dont dispose l'infirmier pour garder une distance professionnelle avec les résidents, d'autre part.

J'envisage d'utiliser la méthode «enquête et sondage» et plus particulièrement le questionnaire, afin de recueillir les témoignages d'un échantillon large de personnes.

II. PROBLÉMATIQUE

J'ai retenu le thème de la relation soignant-soigné. Ce choix a été alimenté par une expérience personnelle. En effet, lors de mon deuxième stage infirmier, en EHPAD, je me suis attachée à une patiente car elle me faisait penser à ma grand-mère qui venait de décéder. Autrement dit, j'ai réalisé un transfert sur cette dame. En dehors du fait que cela a eu des conséquences plutôt positives sur sa prise en charge, cela a surtout posé des problèmes au sein de l'équipe lorsque j'étais en congé ou lors de mon départ du stage.

J'ai alors réalisé ma pré-enquête avec des lectures sur la relation de soin, la distance professionnelle, la notion d'attachement entre soignant et soigné, ses conséquences.

La première réunion de travail avec ma guidante, cadre de santé en EHPAD, a permis à la fois de continuer mon travail exploratoire, mais également de définir le problème général de ma recherche.

Nous avons pu ainsi affiner ce qui m'intéresse dans ce thème de la relation soignant-soigné. Plutôt que de se demander si la relation de soin et, par conséquent, la distance professionnelle sont les mêmes ou non dans un EHPAD, il s'agit de prendre pour point de départ la particularité de cette relation dans le contexte d'un EHPAD. Sur ce point, ma guidante exprimait qu'en effet, l'accompagnement des résidents d'un EHPAD, compte tenu de leur situation, a une dimension affective que les soignants doivent prendre en compte et gérer. Quelles sont alors les conséquences d'une telle dimension sur le travail des infirmiers ?

J'ai donc pu orienter plus spécifiquement mes lectures vers les EHPAD, l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et tout ce qui du point de vue relationnel lui est spécifique.

Il en ressort que dans le contexte d'un EHPAD, les relations soignants-résidents sortent des relations de soins plus ou moins standardisées. Elles nécessitent d'accorder une place à la dimension affective. Or, on sait que laisser une place à cette dimension dans une relation professionnelle peut mener à des dérives

(attachement, subjectivité dans la posture professionnelle, conflit d'équipe...). Alors, comment éviter de tomber dans ces dérives ?

Ma question de recherche est la suivante : Quels sont les moyens mis en oeuvre par l'infirmier et l'équipe soignante en EHPAD pour à la fois travailler dans l'affectivité mais aussi prévenir les effets délétères d'une telle relation ?

Quels garde-fous pourrait-elle avoir ? La désignation d'un soignant référent, le projet de vie de la personne, le projet d'établissement, le partage du savoir, la formalisation d'actes favorisant la proximité (comme le toucher-massage) dans un contrat de soin, l'analyse de situations en équipe, le cadre contractuel de l'exercice professionnel, les groupes de paroles ou du moins l'expression de nos émotions, ...?

Pour y répondre, je vais enquêter auprès des infirmiers d'EHPAD grâce à un questionnaire.

Mon hypothèse est donc la suivante : la particularité des relations soignants-résidents en EHPAD (induite par le type d'accompagnement et sa dimension affective) a des répercussions sur la posture de l'infirmier et le travail d'équipe.

Les variables étant ce qui constitue la particularité du travail de l'infirmier en EHPAD et de l'équipe, autrement dit les moyens mis en oeuvre par ceux-ci pour rester dans une posture professionnelle vis-à-vis du résident (actions, comportements...)

III. MODÈLE D'ANALYSE

A. Cadre théorique

1. Apport sociologique

Pour étudier une relation, il est primordial de prendre en compte le contexte dans lequel elle s'inscrit. En effet, il révèle le caractère social de la relation. Celui-ci peut être saisi si l'on s'intéresse à trois notions :

- Le rôle : c'est le « *type de comportement adopté par un individu suivant un ensemble de normes sociales en réponses à des attentes d'autrui dans un milieu donné* » (1, p.9). Il découle donc de normes sociales, mais chacun va jouer son rôle à sa façon.
- Les rites d'interactions développés par Erving Goffman, sociologue américain : ce sont les règles qui structurent l'interaction dans un certain contexte. Ils permettent à chacun une « *ritualisation des échanges dont une des fonctions importantes est (...) de sauver la face en présence d'autrui* » (1, p.9).
- Les relations stratégiques développées par Goffmann, mais aussi par Michel Crozier et Erhard Friedberg (sociologues français) : cette notion permet de comprendre que dans une dynamique d'échange, l'individu doit assurer un contrôle. Autrement dit, si la relation est faite de codes, de normes sociales, l'individu n'est jamais complètement déterminé, il lui reste toujours une marge de manoeuvre.

2. Apport des sciences infirmières

La relation professionnelle implique des rapports sociaux codifiés ; autrement dit, l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions sont fixés à l'avance et les relations sont enfermées dans des pratiques répétitives.

Selon Monique Formarier, formatrice à l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI), cela peut répondre à un besoin de sécurité et d'efficacité chez les soignants. En retour, les soignants attendent des patients qu'ils adoptent des comportements attendus et dans des temps très brefs. Ce type de relation permet

aux soignants la plupart du temps une relative économie de la charge affective et cognitive.

Cependant, si cette relation est codifiée, l'approche systémique montre également son aspect dynamique et imprévisible. Aucune relation n'est identique, ce qui les rend toujours délicates.

L'école de pensée de Virginia Henderson voit la relation comme faisant partie de la réponse aux besoins du patient. Ces besoins ne peuvent être entendus que dans dans une relation de confiance, qui, par définition, sort des chemins standardisés . Il s'agit du concept, développé par Jean Watson (2), du *caring* qui représente l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser ; un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement.

Enfin, selon l'approche perceptuelle (développée par Arthur W. Combs et Jacqueline Fawcett, théoriciens infirmiers américains), il s'agit de comprendre le *« comportement de la personne à partir de son propre point de vue afin de saisir ce qu'elle vit dans le moment présent et d'ajuster la réponse à la situation telle que perçue par le patient »* (3, p.36).

[3. Apport de la psychologie sociale](#)

La dimension affective est une composante essentielle de toute relation, mais elle s'exprime de façon plus ou moins formelle et/ou reconnue selon les situations.

Dans la relation de soin, la notion de distance professionnelle est fondamentale. Il est pourtant bien difficile d'en trouver une définition unique et il est quasiment impossible d'en trouver les règles. Pascal Prayez, kinésithérapeute puis docteur en psychologie clinique et sociale, est auteur de plusieurs livres sur les thèmes de la motivation des soignants et de la juste distance dans le contact. Selon lui, la distance professionnelle n'est pas une distance défensive banalisant la souffrance de l'autre. Cette distance a une notion de justesse du geste, de justice et d'équité dans la relation. *« Il s'agit d'être présent à ce que le patient exprime puis de reconnaître ce qui se passe en soi. »* (4, p.60)

Pour Carine Maraquin (psychologue) et Geneviève Masson (kinésithérapeute) l'«attachement» entre soignants et soignés existe et constitue *« le support de notre*

force de travail » (5, p.128) car nous ne pouvons être disponibles sans affection pour les personnes soignées. Ce point de vue, s'il peut sembler évident, est un sujet tabou car une telle proximité paraît être en contradiction avec les grands principes de la relation de soin et de la distance professionnelle. Pourtant, comprendre la personne passe par cette proximité et n'empêche pas de rester professionnel car, d'après ce point de vue, nous avons des garde-fous qui nous permettent de repérer tout risque de dérapage : le respect de la demande du patient et de la famille et de leur pouvoir de décision, le partage du savoir, le cadre contractuel de notre exercice professionnel et les groupes de paroles dans lesquels nous pouvons exprimer nos émotions.

B. Cadre conceptuel

Dans cette partie, je vais expliciter les concepts opératoires de mon hypothèse et leur relation. Il s'agit dans un premier temps de l'EHPAD et de la relation soignant-résident, l'accompagnement des résidents en termes de soins d'hygiène et de confort mais aussi de réponse à des besoins affectifs spécifiques. Dans un second point, j'aborderai la question de la posture de l'infirmier en EHPAD. Enfin, la notion de travail d'équipe sera traitée.

1. La spécificité des relations soignants-résidents en EHPAD

Un EHPAD permet l'accompagnement de personnes âgées dépendantes quand elles ne peuvent plus vivre à leur domicile. Il assure un accompagnement global des personnes : hôtellerie, restauration, entretien du linge, soins d'hygiène et de confort et soins infirmiers, activités... Un médecin coordinateur est présent durant les heures ouvrables et des soignants sont présents en continu.

a. L'importance des soins corporels et du toucher

Les soins d'hygiène et de confort prennent une grande place dans les EHPAD. Il s'agit des soins corporels, mais également de soins esthétiques, ou encore de choisir des vêtements adaptés et qui correspondent aux goûts de la personne. Ils

représentent «*un moment privilégié de la relation et d'émotions partagées*» (6, p. 297).

Dans ce cadre, le toucher a une importance considérable. C'est « *un acte privilégié qui permet de communiquer de la chaleur humaine, d'apaiser (...) dans un contrat de soin qui autorise une proximité sans ambiguïté* » (6, p.303). Selon ces auteurs, cela reste encore tabou ; certains soignants craignent le regard de l'autre. La solution qu'ils proposent est de le reconnaître clairement et de le formaliser dans un contrat de soin. Les soignants doivent également y être formés et échanger sur leurs pratiques.

b. L'accompagnement en EHPAD

La réponse aux besoins d'hygiène et de confort ne suffit pas, il faut introduire à l'accompagnement des résidents une communication adaptée pour tenter d'apporter la meilleure qualité de vie possible à ces personnes. Les équipes de ces établissements élaborent donc un projet de vie, fondé le plus souvent sur un soin humain et personnalisé, et un projet d'établissement où il importe notamment d'établir une bonne communication entre les résidents et entre ceux-ci et le personnel.

Il s'agit également dans cette relation, selon les recommandations de bonnes pratiques, de favoriser une attitude d'intérêt envers la personne : personnaliser la relation, prendre en compte les goûts et les envies des personnes, redonner sa place aux soins relationnels, etc. (7).

L'accompagnement de ces personnes est spécifique. D'une part, les personnes âgées constituent un groupe hétérogène de par leur santé mentale, physique, leur niveau socio-économique, leur environnement familial et relationnel, leur mode de vie et leur histoire de vie. Cet aspect est à prendre en compte dans la communication que les soignants établissent avec cette population, ils doivent s'adapter à chaque personne afin de la connaître et de la comprendre.

D'autre part, il s'agit de prendre en compte un deuxième aspect dans cette relation : l'effet psychologique du vieillissement et de l'entrée en institution. Pour ces personnes, c'est un temps de pertes et de deuils : activité professionnelle et rôles sociaux, conjoint(e), proches, domicile et environnement familial, indépendance,

intimité, corps, sexualité, etc. Il s'agit ainsi pour les soignants d'accorder toute leur importance à ces ruptures et de les accompagner vers l'acceptation de l'institutionnalisation.

C'est pourquoi la communication avec la personne âgée doit lui permettre de garder une image et une estime d'elle-même positives. Pour cela, le résident doit savoir à qui s'adresser au sein d'une relation privilégiée dans laquelle il se sent digne d'intérêt et où il sent qu'il existe pour lui-même.

Le soin en gériatrie, c'est «(...) *le plus souvent maintenir la meilleure santé possible et c'est toujours s'occuper du bien-être et du consentement*» (6, p.51) de la personne.

Pour réaliser cet accompagnement, l'infirmier en EHPAD se situe donc dans une véritable relation d'aide, au sens de Carl Rogers, psychologue humaniste américain. Il aide le résident à « *acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation.* » (8, p.33). L'infirmier doit ainsi faire preuve d'écoute active, de non jugement et, ce qui m'intéresse plus particulièrement dans cette recherche, d'empathie et de congruence.

c. La dimension affective dans l'accompagnement des résidents

« *En raison de la perte de leur autosuffisance, les personnes âgées se sentent plus vulnérables et par conséquent plus dépendantes des personnes qui s'occupent d'elles. Cette dépendance s'accompagne d'une anxiété de séparation et d'une peur d'être abandonnée par la figure d'attachement (...)* » (9, p.48).

L'attachement est à comprendre selon la définition du psychiatre John Bowlby, à savoir «*un lien affectif privilégié que l'on établit avec une personne spécifique, auprès de laquelle on va se tourner pour trouver du réconfort en cas de détresse (phénomène de havre de sécurité) et retrouver ainsi un sentiment de sécurité interne qui va permettre de retourner explorer le monde (phénomène de base de sécurité)*» (9, p.43).

Lors de ce sentiment de peur que nous venons d'évoquer, « (...) *la personne âgée va s'engager dans des comportements dont l'objectif est de maintenir la proximité avec la figure d'attachement.* » (9, p.48) Une telle approche nous apporte un cadre pour comprendre les besoins affectifs des résidents, leurs comportements et l'influence qu'ils peuvent avoir sur le soignant et sur la relation soignant-résident.

2. La posture de l'infirmier

« *Le soignant en gériatrie est confronté de manière répétitive à la perte d'autonomie et à la mort (...)* » (10, p.26). Face à cela, Patricia Samacoits et Sophie Martins, psychologues, ont identifié deux principaux mécanismes de défenses : le repli émotionnel (où l'infirmier se centre sur la technicité de l'acte au détriment de la relation) et l'attitude maternante (pensant et faisant à la place du résident ou d'un de ses proches par exemple).

« *La question est donc de trouver une juste distance : être distinct sans être distant (...)* » (10, p.26)

Avec la personne âgée, travailler « *sans affectivité tel qu'il est parfois enseigné dans les écoles de soignants risque (...) de créer pour ce patient un douloureux vide de relation* » (11, p.21).

« *Créer cette distance (...) exprime souvent la manière qu'ont trouvé les soignants (...) pour se protéger de la peur que leur inspire (...) cet autre qui renvoie un miroir inquiétant. (...) Mettre une frontière n'équivaut pas à mettre une barrière, elle peut certes protéger mais en permettant une différenciation, elle est surtout utile pour créer une zone d'échange où l'affectivité a toute sa place.*» (11, p.21)

Pour autant, travailler avec affectivité n'est pas sans risque. Les dérives liées à une trop grande proximité affective existent à différents niveaux :

- . Au niveau du résident : il risque d'être trop attaché à un soignant, ce qui peut générer une souffrance psychologique.

- . Au niveau du soignant : il peut réaliser un transfert, un contre-transfert et souffrir psychologiquement ; être familier et manquer de respect vis-à-vis du

résident ; se prendre pour le résident lui-même ou un membre de son entourage et ne plus laisser de place à ce que veut le résident.

. Au niveau de la relation : si la relation soignant-résident montre une trop grande proximité affective, cela peut poser des problèmes d'organisation des soins et entraîner un dysfonctionnement de l'accompagnement du résident en question et des autres résidents et altérer la cohésion d'équipe voire aller jusqu'au conflit d'équipe.

Dans ce contexte, s'il est question pour l'infirmier de trouver la juste distance avec le résident, le travail d'équipe y trouve également toute son importance.

3. Le travail d'équipe et la pluridisciplinarité

Une équipe est un « *groupe de personnes collaborant à un même travail.* » (12) Roger Mucchielli, psycho-sociologue, a étudié le travail en équipe et la dynamique de groupe. Il souligne qu'une équipe ne va pas de soi, elle se construit. Pour cela, elle doit respecter des règles. Et parmi celles-ci figurent notamment la communication entre chaque personne, le respect de la parole et la libre expression de chacun, la définition d'une structure précise si la tâche l'exige (13).

Ainsi, dans le contexte de l'accompagnement des résidents d'un EHPAD, « *Il est important que les membres de l'équipe échangent entre eux sur l'évolution de la motivation des résidents, sur les difficultés rencontrées pour les stimuler, sur l'adaptation des activités à proposer. Cette démarche d'équipe renforce l'efficacité des actions et vise à préserver des relations de bonne qualité avec le résident.* » (7, p.17).

Soigner en gériatrie c'est « (...) *analyser la multitude des problèmes posés et rechercher les ressources de la personne, de ses aidants et de l'ensemble des acteurs de soins. C'est observer, s'interroger, analyser les situations en équipe (...)* » (6, p.51).

Et pour cela, il est important de souligner la dimension pluridisciplinaire de cette équipe. En EHPAD, médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, etc. travaillent ensemble en apportant chacun leurs compétences. Cela permet de trouver un consensus sur le meilleur accompagnement à donner aux résidents. Et cela joue un rôle fondamental dans la question de la distance professionnelle, comme le souligne à nouveau Pascal Prayez : *«(...) travailler en interdisciplinarité, c'est partager, mettre en commun sa réflexion, répartir pour chacun des membres de l'équipe la charge émotionnelle et l'implication que peut engendrer l'accompagnement des patients. C'est en cela que cette nouvelle conception du travail en équipe peut être un moyen d'aider les soignants à accompagner dans la «juste distance».*» (4, page 125)

C. Cadre d'analyse

Compte tenu de ces cadres théorique et conceptuel, ma recherche va se poursuivre par une enquête auprès d'infirmiers exerçant en EHPAD.

Il s'agira dans cette enquête de vérifier mes hypothèses, à l'aide d'indicateurs :

1/ La relation de soin en EHPAD peut engendrer des difficultés de distance professionnelle.

Dans cette hypothèse, la variable se situe dans la présence ou non de difficultés perçues par les soignants exerçant en EHPAD. C'est une variable qualitative nominale dichotomique (deux modalités : présence ou absence).

L'indicateur - ce qui est mesurable - est la perception de difficultés de distance professionnelle.

2/ Les difficultés de distance professionnelle en EHPAD peuvent avoir des conséquences sur l'infirmier et le travail d'équipe.

La variable est la suivante : présence ou non de conséquences à ces difficultés au niveau de l'infirmier et de l'équipe. C'est également une variable qualitative nominale

dichotomique (deux modalités : présence ou absence).

L'indicateur est la perception de conséquences à ces difficultés au niveau de l'infirmier et/ou de l'équipe.

3/ Des moyens sont mis en oeuvre par l'infirmier et dans le travail d'équipe en EHPAD pour garder une distance professionnelle.

Pour les questions relevant de cette hypothèse, la variable est qualitative nominale (autant de modalités que de moyens mis en oeuvre).

L'indicateur est la présence de moyens mis en oeuvre.

IV. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

A. Participants

Ma recherche constitue une étude descriptive ; ainsi, elle vise à établir des liens de covariance entre ses éléments. Je cherche en effet à faire le lien entre la particularité de la relation soignant-soigné en EHPAD, d'une part, et les variables évoquées précédemment, d'autre part, à savoir :

- la présence ou non de difficultés de distance professionnelle perçues par les infirmiers exerçant en EHPAD
- la présence ou non de conséquences à ces difficultés sur le travail de l'infirmier et de l'équipe
- la présence ou non de moyens propres à l'infirmier et au sein de l'équipe en EHPAD pour éviter/pallier à toute dérive due à des difficultés de distance professionnelle.

Pour cela, je vais enquêter auprès d'infirmiers exerçant en EHPAD.

L'échantillonnage que j'ai réalisé, c'est-à-dire la procédure par laquelle j'ai déterminé le sous-ensemble de la population enquêtée, est non probabiliste ; autrement dit, elle ne fait pas intervenir le hasard ou un tirage au sort des enquêtés parmi la liste complète des individus de la population.

J'ai en effet répertorié une dizaine d'EHPAD situés aux alentours, soit de mon domicile (Toul et environs), soit du lieu où j'étais en stage au moment de l'enquête (Nancy et environs). Ce choix a été réalisé compte tenu des contraintes financières et de temps. J'ai contacté soit les directeurs, soit les cadres de santé de ces EHPAD par téléphone en leur présentant le thème de ma recherche, le mode de passation des questionnaires, le respect de la confidentialité et de l'anonymat des répondants et en leur demandant leur accord pour participer à l'enquête. Pour quatre établissements, la prise de contact a été facilitée par ma guidante de mémoire, elle même responsable des soins d'un EHPAD.

Tous les EHPAD contactés ont accepté de participer. Nous avons ensuite convenu d'une date et d'un horaire où je pouvais venir rencontrer un maximum d'infirmiers (sachant qu'ils ne sont souvent pas plus de deux infirmiers par poste) afin de leur faire remplir le questionnaire et de repartir avec les documents complétés. Certains

cadres de santé m'ont proposé de venir à l'occasion de réunion, afin que je voie tous les infirmiers de l'établissement en même temps ; pour la majorité des établissements, cela a nécessité plusieurs prises de rendez-vous par EHPAD.

37 infirmiers exerçant dans 10 EHPAD de l'agglomération nancéienne et toulousaine ont ainsi pu faire l'objet de mon enquête.

Ces infirmiers ont été interrogés via un questionnaire que je vais à présent décrire.

B. Outil de collecte de données

J'ai choisi l'outil que représente le questionnaire pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il fait partie des modes d'enquêtes qui correspondent au type de recherche que je mène, à savoir une étude qualitative et descriptive. Le questionnaire constitue, ensuite, un des deux outils (avec l'entrevue) qui permettent d'obtenir des informations de nature privée en interrogeant des personnes. Cet outil de collecte permet, enfin, de recueillir le témoignage d'un échantillon large de personnes au sein d'une population dispersée géographiquement. Il ouvre ainsi une plus grande possibilité de réponses à mes questions.

J'ai ainsi construit un questionnaire (Annexe I).

1. Description de l'outil

Un petit paragraphe introductif chapeaute le document ; il permet de me présenter, d'annoncer le thème et l'objet de ma recherche, et de sécuriser les répondants vis-à-vis de la confidentialité et de l'anonymat.

Le corps du questionnaire est divisé en trois grandes parties. La première partie porte sur l'«Identification» de l'infirmier répondant : l'année d'obtention de son diplôme d'Etat (DE), une éventuelle spécialisation et/ou un diplôme universitaire (DU), la réalisation de formation continue et l'ancienneté auprès des personnes âgées et au sein de l'EHPAD dans lequel il travaille actuellement.

La partie suivante entre dans le vif du sujet, à savoir la «Distance professionnelle».

Les questions abordent une éventuelle confrontation à une difficulté de distance professionnelle et d'éventuelles conséquences sur l'infirmier et le travail d'équipe.

Dans la troisième partie, la plus dense, intitulée «Moyens/Solutions», je cherche à savoir ce qui permet à l'infirmier de garder une distance professionnelle. Elle se divise en trois sous parties, car ces moyens peuvent se situer au niveau de l'infirmier, de l'équipe soignante et de l'établissement. Pour chacun de ces niveaux, j'ai également formulé des questions relatives à la fréquence d'utilisation de ces moyens et à ce qui freinerait cette utilisation.

Une ultime question d'expression libre sur le sujet permet de clore ce questionnaire.

La plupart des questions dans mon outil sont fermées. Elles me permettent d'aborder des faits (confrontation à une difficulté de distance professionnelle par exemple) et des pratiques professionnelles (notamment la mise en oeuvre de moyens pour garder une distance professionnelle). De plus, elles facilitent la réponse des infirmiers et mon travail d'analyse. Des questions ouvertes sont néanmoins présentes afin de recueillir des opinions et ressentis (les difficultés de distance professionnelle ont-elles un impact sur le travail de l'infirmier, de l'équipe ?), pour accorder une certaine liberté de réponse (moyens personnels pour garder une distance professionnelle), mais limitées en nombre pour ne pas mettre en difficultés les répondants face à la rédaction des réponses et pour ne pas non plus rendre l'analyse des items trop complexe.

J'ai pris soin de le présenter de façon structurée et aérée pour favoriser la compréhension et d'y apporter des consignes de recueil claires pour limiter les erreurs (exemple : «plusieurs réponses possibles»).

[2. Construction et validité de l'outil](#)

[a. Validité interne](#)

J'ai construit ce questionnaire de façon à ce qu'il y ait une cohérence entre mes hypothèses de recherche et les moyens de les vérifier. Mon outil de collecte comprend des questions permettant de vérifier la présence de difficultés de distance professionnelle perçues par les infirmiers en EHPAD, de conséquences à ces difficultés sur l'infirmier et le travail en équipe et de moyens mis en oeuvre au sein de

l'équipe de soins pour garder une distance professionnelle. Ainsi, je peux approuver la validité interne de mon instrument de recherche dans la mesure où toutes les variables annoncées ont été retenues pour construire cet instrument.

b. Test et pré-enquête

J'ai testé mon questionnaire auprès d'étudiantes infirmières de ma promotion afin de savoir si les questions étaient compréhensibles, si leur enchaînement paraissait cohérent et si le temps pour y répondre ne dépassait dix minutes. Quelques ajustements relatifs au vocabulaire utilisé ont été nécessaires.

Cette mouture a ensuite été l'objet d'une rencontre et d'un travail avec ma guidante de recherche. Nous avons en effet modifié des formulations inappropriées (par exemple, remplacer «problème de distance professionnelle» par «difficulté de distance professionnelle») et elle a validé l'outil.

La version finale a été testée auprès de quatre infirmiers de l'EHPAD dans lequel ma guidante est cadre de santé. Cette pré-enquête a été positive et a permis de valider mon outil ; ainsi, ces quatre questionnaires font partie des retours exploités dans l'analyse de ma recherche.

c. Validité externe

La validité externe d'un instrument de recherche tient dans la possibilité de généraliser les résultats d'une recherche à l'ensemble de la population étudiée.

Ma méthode d'échantillonnage, précédemment citée, ne fait intervenir ni le hasard, ni de tirage au sort, mais des choix délibérés liés à des contraintes de temps et de géographie. Elle représente donc une méthode subjective de sélection de l'échantillon ; par définition cet échantillon est non représentatif de la population enquêtée. Or pour avoir une validité externe d'un outil, il faut que l'échantillon soit représentatif. Je ne peux donc pas approuver la validité externe de mon instrument de recherche. Cette recherche est tout de même intéressante, elle a permis d'étudier un terrain donné.

C. Déroulement collecte

La collecte des données a été effectuée du 21 septembre au 30 octobre 2012. Elle a nécessité la prise de 16 rendez-vous avec les EHPAD.

Pour chacun de ces rendez-vous, je me suis rendue dans l'établissement. Ma venue avait été négociée, comme je l'ai expliqué plus haut, avec le cadre de santé ou le directeur de l'EHPAD. Pour la majorité des établissements, ceux-ci avaient prévenu l'équipe infirmière de cette enquête et m'avaient donné rendez-vous à un horaire où elle est en mesure de se libérer quelques minutes ; ce qui a facilité la procédure. Pour les autres, j'ai dû faire preuve de patience et ai à nouveau négocié, mais cette fois avec l'équipe infirmière directement, pour qu'elle participe à l'enquête, afin de ne pas repartir bredouille. J'ai pu, à cette occasion, véritablement mesurer toute l'importance du test de l'instrument de recherche. Je savais en effet qu'il ne fallait pas plus de cinq à dix minutes pour y répondre, ce qui a été un argument majeur pour obtenir leur accord.

Les infirmiers des différents EHPAD m'ont accueillie soit dans une salle de soin, soit dans une pièce à part. Je leur ai distribué le questionnaire qu'ils ont rempli eux-mêmes.

Le choix d'administrer mon questionnaire en face à face (et non par envoi postal) a favorisé un meilleur taux de réponses. 32 infirmiers sur les 37 identifiés par les cadres ou directeurs d'EHPAD ont répondu à l'enquête, soit plus de 86%.

V. ANALYSE DES DONNÉES

A. Méthode d'analyse des données

Pour répondre à ma question de recherche et, par conséquent, pour vérifier mes hypothèses, j'ai effectué un traitement des données obtenues grâce à mon enquête par questionnaires. Je vais dans cette partie expliquer comment j'ai choisi de les traiter, quelles sont les réponses que je vais présenter, ce qu'elles permettent de mesurer et comment j'ai choisi de les grouper.

Un premier groupe de résultats intitulé «Identification» présente les infirmiers enquêtés, d'une part, quant à leur année d'obtention du DE, leur ancienneté auprès des personnes âgées et dans l'EHPAD où ils ont été interrogés. Ces sont des données quantitatives, puisqu'elles expriment une durée. D'autre données, cette fois qualitatives, porteront sur la spécialisation et la formation continue des infirmiers. Cette première partie ne relève pas d'indicateurs pouvant directement répondre à mes hypothèses. Néanmoins, ils permettent d'avoir une idée générale de l'échantillon d'enquête et certains d'entre eux, à savoir l'ancienneté auprès des personnes âgées et la formation continue, m'ont permis d'effectuer des croisements de données que j'évoquerai plus tard.

«Distance professionnelle» est un deuxième groupe de résultats. Il comprend des données qualitatives nominales. Elles concernent la présence ou non de difficultés de distance professionnelle perçues par l'infirmier ; le cas échéant, la description du type de difficultés rencontrées et la présence ou non de conséquences à ces difficultés, au niveau de l'infirmier et de l'équipe. Dans cette partie, j'ai effectué deux croisements de données pour aller plus loin et creuser la question des difficultés de distance professionnelle. J'ai ainsi croisé cette question à celle de l'ancienneté auprès des personnes âgées, d'une part, et à celle de la formation continue, d'autre part.

Le dernier groupe de données concerne les «Moyens et solutions» mis en place pour garder une distance professionnelle avec les résidents de l'EHPAD. Ces données se situent sur trois niveaux : celui de l'infirmier, celui de l'équipe et celui de

l'établissement. Pour chacun de ces niveaux, je présente les résultats portant sur la présence ou non de moyens permettant de garder cette distance ; le cas échéant, leur description, la fréquence de leur mise en oeuvre et les raisons qui font qu'ils ne peuvent pas toujours être mis en oeuvre si tel est le cas. Les données de fréquence sont qualitatives ordinales ; toutes les autres données de cette partie sont nominales.

B. Résultats

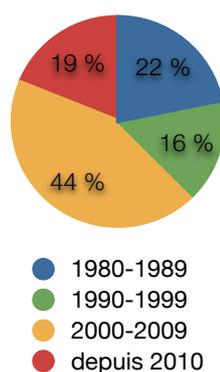
Ces résultats portent sur un échantillon de 32 infirmiers enquêtés dans 10 EHPAD.

1. Identification des infirmiers

a. Diplômes et spécialisations

Les infirmiers enquêtés ont obtenu leur diplôme entre 1980 et 2012. Comme le montre ce graphique, chaque groupe d'année est représenté. Les infirmiers diplômés dans les années 2000 sont néanmoins majoritaires.

Graphique 1
Année d'obtention du DE



Seuls 4 infirmiers ont obtenus un diplôme supplémentaire :

DU sur la maladie d'Alzheimer (2 infirmiers),

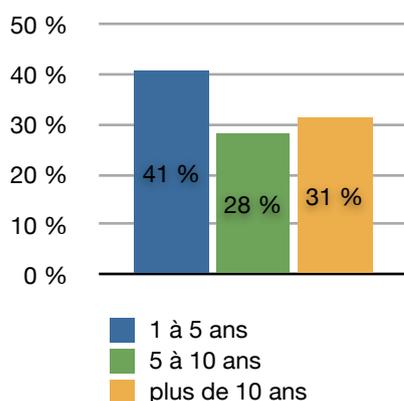
DU de gérontologie (1 infirmier)

Licence de psychologie (1 infirmier).

b. Ancienneté dans l'exercice professionnel infirmier

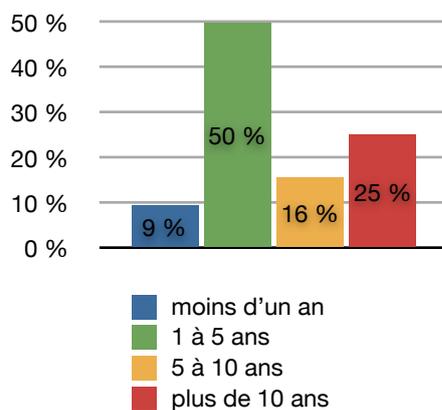
L'ancienneté des infirmiers enquêtés auprès des personnes âgées se répartit comme suit :

Graphique 2
Répartition des infirmiers selon leur ancienneté auprès des personnes âgées



L'ancienneté des infirmiers dans l'EHPAD où ils travaillent actuellement se répartit de la façon suivante :

Graphique 3
Répartition des infirmiers selon leur ancienneté dans l'EHPAD



c. Formation continue

13 infirmiers sur 32, soit 41% de l'échantillon ont pu bénéficier de formations dans le cadre de la formation continue.

Ces formations sont variées, comme l'indique le Tableau 1.

Tableau 1

TYPE DE FORMATION CONTINUE	Effectifs
soins palliatifs et fin de vie	5
relation d'aide	3
personnes âgées, gériatrie	3
toucher/massage	2
validation Naomi Feil	2
maladie d'Alzheimer	2
troubles du comportements en gériatrie	1
humanité	1
douleur	1
bientraitance	1
bien-être personnel	1
TOTAL	13

Validation de Naomi Feil¹

Humanitude²

Si l'on croise l'ancienneté des infirmiers dans l'EHPAD et le fait d'avoir bénéficié de formation continue (cf. Tableau 2), on constate que moins les infirmiers sont «anciens» dans l'EHPAD et moins ils en ont bénéficié. En effet, 79% des infirmiers présents dans l'EHPAD depuis moins de cinq ans n'ont pas reçu de formation.

Tableau 2

ANCIENNETE DES IDE DANS L'EHPAD	IDE AYANT RECU UNE FORMATION		IDE N'AYANT PAS RECU DE FORMATION		TOTAL
	effectif	fréquence	effectif	fréquence	
Moins de cinq ans	4	31 %	15	79 %	19
Plus de cinq ans	9	69 %	4	21 %	13
TOTAL	13	100 %	19	100 %	32

¹ La Validation est une méthode d'assistance aux personnes âgées et d'aide à la communication avec elles. C'est une façon pratique de travailler auprès d'elles qui aide à réduire leur stress, restaurer leur dignité et leur redonner une certaine joie de vivre. La Validation est basée sur une attitude empathique à leur égard et une façon humaine de les considérer. Lorsque l'on est capable de se glisser dans les chaussures et de voir à travers le propre regard d'un autre être humain, on peut évoluer dans le monde d'une personne très âgée désorientée et comprendre le sens de ses comportements parfois bizarres. (14, page 3)

² Le concept d'humanité repose sur une définition de l'homme comme animal communiquant doté de capacités et vivant dans un milieu particulier, ce qui implique des besoins propres à l'espèce humaine. Ce concept a été popularisé et adapté aux soins des personnes âgées par Yves Gineste et Rosette Marescotti il y a 30 ans. La méthode ainsi mise au point a montré son efficacité vis-à-vis des personnes atteintes de maladies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées. Elle vise à restituer à la personne sa dignité d'être humain et s'inscrit ainsi dans une démarche de bientraitance.

2. Distance professionnelle

a. Confrontation à une difficulté de distance professionnelle

50% des infirmiers enquêtés, soit 16 infirmiers, ont répondu qu'ils avaient déjà été confrontés à une difficulté de distance professionnelle avec des résidents de l'EHPAD.

Si l'on croise cette donnée avec l'ancienneté auprès des personnes âgées, cela ne donne pas de résultats significatifs, autrement dit l'ancienneté n'influence pas le fait d'avoir été confronté ou non à des difficultés de distance professionnelle (Cf. Tableau 3)

Tableau 3

ANCIENNETE DES IDE AUPRES DES PERS. AGEES	Difficultés	Pas de difficultés	TOTAL
un à cinq ans	4	9	13
cinq à dix ans	8	1	9
plus de dix ans	4	6	10
TOTAL	16	16	32

Si l'on croise à nouveau le fait d'avoir eu une difficulté de distance professionnelle avec cette fois le fait d'avoir bénéficié d'une formation (cf. Tableau 4), les résultats ne sont pas non plus significatifs ; autrement dit, on ne peut pas dire que les difficultés diminuent avec la formation de façon générale.

Tableau 4

DIFFICULTE DE DISTANCE PROFESSIONNELLE	IDE AYANT RECU UNE FORMATION	IDE N'AYANT PAS RECU DE FORMATION	TOTAL
oui	8	8	16
non	5	11	16
TOTAL	13	19	32

b. Type de difficultés

Si l'on s'intéresse aux 16 infirmiers qui ont été confrontés à des difficultés, on peut voir (cf. Tableau 5) de quel ordre elles sont. On peut voir notamment que 75% des infirmiers concernés se sont attachés au résident.

Tableau 5

TYPE DE DIFFICULTE DE DISTANCE PROFESSIONNELLE	effectifs	fréquence
attachement au résident	12	75 %
plus de temps passé avec un résident	7	44 %
affection pour un résident comme s'il faisait partie de son entourage	6	38 %
investissement au même titre qu'un proche du résident	2	13 %
ENSEMBLE	16	100 %

c. Conséquences de ces difficultés

Sur ces 16 infirmiers, près d'un tiers (5 infirmiers), ont déclaré que ces difficultés ont eu des conséquences sur eux mêmes. Ces conséquences sont :

- un travail de deuil difficile lors du décès des résidents concernés
- des difficultés de gestion des émotions
- des pensées incessantes
- une trop grande proximité avec la famille également
- une négligence inconsciente des autres résidents

Sur ces 16 infirmiers à nouveau, 2 ont déclaré que ces difficultés ont eu des conséquences sur le travail en équipe. Ils ont précisé leurs réponses : ils ont vu leurs collègues les juger et ils sont entrés en conflit avec eux, ils ont dû réorganiser la priorité des soins.

3. Moyens/solutions

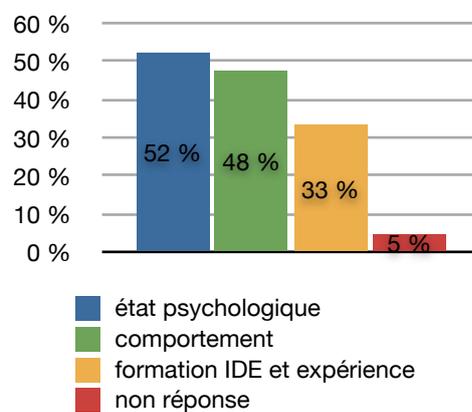
a. Au niveau de l'infirmier

21 infirmiers sur 32, soit les 2/3 des enquêtés, déclarent disposer de moyens pour garder une distance professionnelle.

Les moyens cités par ces infirmiers sont nombreux, ils ont fait l'objet d'un regroupement selon trois catégories : état psychologique, comportement professionnel et formation IDE/expérience professionnelle (cf. Graphique 4).

Graphique 4

Moyens personnels pour garder une distance professionnelle



Pour 11 infirmiers, soit un peu plus de la moitié de ce sous ensemble, ces moyens ont à voir avec leur état psychologique.

Les réponses données et rangées dans cette catégorie sont les suivantes :

- mettre de côté ses affects/sentiments, prendre du recul (4 réponses)
- leur personnalité leur permet d'avoir cette distance (2 réponses)
- faire un travail sur soi (3 réponses)
- laisser sa vie professionnelle au travail (2 réponses)
- avoir d'autres sources d'intérêt (1 réponse)

Pour près de la moitié des enquêtés concernés, à savoir 10 infirmiers, c'est leur comportement qui leur permet de garder une juste distance.

Plus précisément :

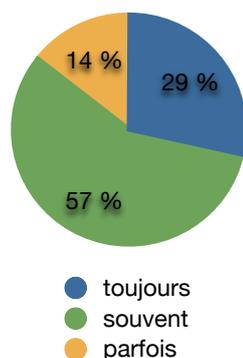
- vouvoyer le résident, pas de familiarité, adopter un savoir-être, appeler le résident par son nom et pas par son prénom (6 réponses)
- ne pas accepter les marques d'affection du résident (cadeau, bisou) (3 réponses)
- mettre une distance physique avec le résident, éviter trop de contact (2 réponses)
- porter une blouse professionnelle (2 réponses)
- se réfugier dans la technicité des soins (1 réponse)
- avoir conscience de la charge de travail (1 réponse)

Pour 7 infirmiers, soit 1/3 des répondants, garder une distance professionnelle est possible grâce à l'expérience professionnelle (6 réponses) et la formation infirmière (1 réponse).

Sur les 21 infirmiers concernés, la plupart parviennent souvent (12 réponses) voire toujours (6 réponses) à les mettre en oeuvre (cf. Graphique 5).

Graphique 5

Fréquence de mise en oeuvre des moyens personnels



Je leur ai demandé pourquoi ne parvenaient-ils pas à les mettre en oeuvre si tel était le cas. Peu d'infirmiers ont répondu. Parmi les réponses, les raisons évoquées sont le stress, la fatigue, la faiblesse de l'humain.

Pour terminer sur les ressources personnelles des IDE, j'ai croisé cette donnée avec le fait d'avoir été confronté ou non à une difficulté de distance professionnelle (cf. Tableau 6). Parmi les IDE ayant des moyens personnels, on constate qu'une part légèrement plus importante n'a pas de difficulté de distance (53% contre 47% ayant des difficultés). Le même phénomène s'observe si l'on regarde les IDE n'ayant pas de ressources personnelles.

Tableau 6

	IDE AYANT DES MOYENS PERSONNELS		IDE N'AYANT PAS DE MOYENS PERSONNELS (ou n'ayant pas répondu : 1 IDE)		TOTAL
	effectif	fréquence	effectif	fréquence	
IDE AYANT EU DES DIFFICULTES DE DISTANCE	10	47 %	6	55 %	16
IDE N'AYANT PAS EU DE DIFFICULTE DE DISTANCE	11	53 %	5	45 %	16
TOTAL	21	100 %	11	100 %	32

b. Au niveau de l'équipe

30 infirmiers sur 32, soit 94% des enquêtés ont déclaré disposer de moyens au niveau de l'équipe pour garder une distance professionnelle.

Sur ces 30 infirmiers, une grande majorité déclarent qu'analyser les situations problématiques en équipe et faire des transmissions sont des moyens pour garder une distance professionnelle. Un peu moins d'1/3 utilisent aussi la formalisation d'actes favorisant la proximité (cf. Tableau 7)

Tableau 7

MOYENS DE L'EQUIPE	Effectifs	Fréquence
Analyser des situations problématiques en équipe	27	90 %
Transmissions orales et écrites, notamment sur les ressentis, la relation avec le résident	26	87 %
Formaliser des actes favorisant la proximité dans un contrat de soin	8	27 %
Autres moyens	8	27 %
Ensemble	30	100 %

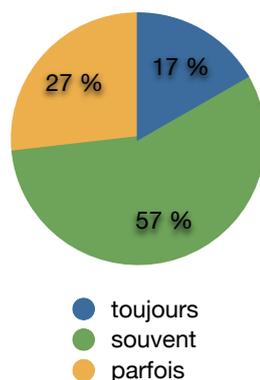
Les «Autres moyens», cités par un peu moins d'1/3 des enquêtés, sont :

- la présence d'une psychologue (5 réponses)
- les réunions de synthèse et l'élaboration de projet de vie (3 réponses)
- des entretiens avec le cadre de santé (1 réponse)
- les échanges informels (1 réponse)
- l'écoute des uns et des autres (1 réponse)
- la possibilité de passer la main si une difficulté se présente (1 réponse)

Sur les 30 infirmiers concernés, la plupart déclarent que ces moyens sont souvent (17 réponses) voire toujours (5 réponses) mis en oeuvre. Pour près d'un tiers, cela n'est que parfois possible (cf. Graphique 6).

Graphique 6

Fréquence de mise en oeuvre des moyens de l'équipe



Lorsqu'ils ne sont pas toujours mis en oeuvre - cela concerne ici 25 infirmiers sur 30- je leur ai demandé pourquoi. 13 infirmiers ont répondu. Parmi les réponses, les raisons évoquées sont le manque de temps (7 réponses), la non reconnaissance de la problématique et/ou la peur d'en parler (7 réponses), le manque d'uniformité dans la posture professionnelle de l'équipe (1 réponse), la fatigue (1 réponse).

J'ai voulu croiser le fait d'avoir eu une difficulté de distance professionnelle avec celui de disposer de moyens en équipe pour garder une distance (cf. Tableau 8). Contrairement à ce que j'aurais pensé, les deux seules personnes qui disent ne pas avoir de moyens en équipe pour garder une distance, n'ont pas rencontré de difficultés. (ces 2 infirmiers n'ont pas eu de formation non plus). Ces résultats sont à nuancer de par le peu d'effectifs comparés.

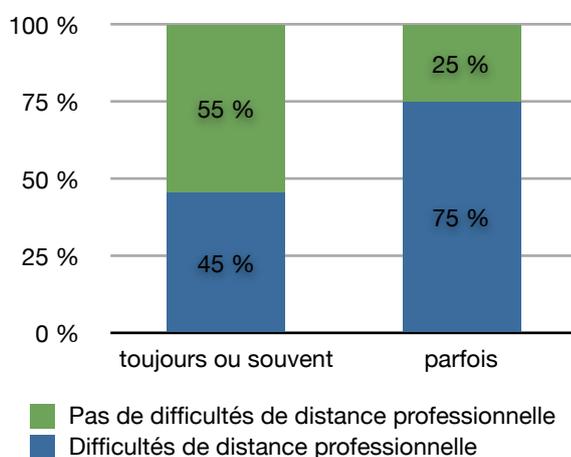
Tableau 8

DIFFICULTE DE DISTANCE PROFESSIONNELLE	IDE AYANT DES MOYENS AU NIV DE L'EQUIPE	IDE N'AYANT PAS DE MOYENS AU NIV DE L'EQUIPE	TOTAL
oui	16	0	16
non	14	2	16
TOTAL	30	2	32

J'ai également voulu regarder si la fréquence d'utilisation de moyens pour garder une distance influençait le fait d'être confronté ou non à une difficulté de distance professionnelle. Le graphique suivant (Graphique 7) montre ce croisement de données ; on constate que plus les moyens sont fréquemment mis en oeuvre, moins les infirmiers sont confrontés à des difficultés de distance. 75% des infirmiers ne pouvant que parfois utiliser leurs moyens d'équipe ont été confrontés à un problème de distance professionnelle.

Graphique 7

Répartition des IDE selon la fréquence de mise en oeuvre des moyens de l'équipe et selon leur confrontation à des difficultés de distance professionnelle



c. Au niveau de l'établissement

Pour 12 infirmiers sur 32, soit 38% des enquêtés, les groupes de paroles et les formations mis en place par l'EHPAD dans lequel il travaille leur permet de garder une distance professionnelle avec les résidents.

Pour 2 de ces 12 infirmiers, ils sont toujours mis en place. Pour les 10 autres, s'ils ne le sont pas, c'est par manque de temps (5 réponses), de moyens humains et financiers (4 réponses), d'intérêt pour le sujet (3 réponses).

VI. INTERPRÉTATION DES DONNÉES

L'objectif de ma recherche est de décrire les moyens mis en oeuvre au sein d'une équipe soignante en EHPAD pour à la fois travailler dans une relation de soin où l'affectivité a une place importante et garder une distance professionnelle.

Ainsi, mes hypothèses étaient les suivantes :

- La relation de soin en EHPAD peut engendrer des difficultés de distance professionnelle.
- Les difficultés de distance professionnelle en EHPAD peuvent avoir des conséquences sur l'infirmier et le travail en équipe.
- Des moyens sont mis en oeuvre par l'infirmier et dans le travail d'équipe en EHPAD pour éviter ou pallier à toute dérive due à des difficultés de distance professionnelle.

Dans cette partie, je présenterai pour chacune de ces hypothèses, une confrontation aux résultats de l'enquête (cf. partie V). Je les mettrai également en perspective avec les éléments issus des cadres théoriques et conceptuels (cf. partie III).

A. La relation de soin en EHPAD peut engendrer des difficultés de distance professionnelle

Pour comprendre une relation, il faut la re-situer dans son contexte (cf. page 5). La relation en EHPAD est spécifique ; la proximité physique et affective que j'ai décrite (pages 7 à 10) entre les soignants et les résidents implique une relation de soin particulière dans laquelle la posture de l'infirmier peut osciller entre repli émotionnel et attitude maternante (page 10). Autrement dit, cette relation peut amener à des difficultés de distance professionnelle entre l'infirmier et le résident.

Cette hypothèse peut être confirmée par les résultats de mon enquête puisque 50% des infirmiers interrogés (16 sur 32) ont été confrontés à une difficulté de distance professionnelle avec des résidents de l'EHPAD dans lequel ils travaillent.

En effet, travailler avec l'affectivité peut amener l'infirmier à des dérives dans sa posture professionnelle. Parmi celles évoquées dans le cadre conceptuel (pages 10

et 11), certaines se retrouvent dans les réponses données par les infirmiers concernés par des difficultés de distance. 75% d'entre eux se sont attachés au résident ; 44% ont passé plus de temps avec un résident en particulier et 38% ont ressenti de l'affection pour le résident comme s'il faisait partie de leur entourage.

B. Les difficultés de distance professionnelle en EHPAD peuvent avoir des conséquences sur l'infirmier et le travail en équipe

Si de telles dérives apparaissent dans une relation de soins, mon hypothèse est que cela a des conséquences sur l'infirmier et l'équipe.

Or sur les 16 infirmiers ayant eu des difficultés, seuls 5 ont déclaré que cela avait eu des conséquences sur eux-mêmes et 2 sur l'équipe. Cette hypothèse est donc infirmée.

Les résultats auraient peut-être été différents si la formulation de cette question avait été autre. En effet, telle qu'elle apparaît dans le questionnaire, la question vise directement l'infirmier et, en quelque sorte, porte au jugement, remet en cause la qualité de son travail. A posteriori, je formulerais la question ainsi : « Pensez-vous que de telles difficultés peuvent avoir des conséquences sur le travail de l'infirmier et sur celui de l'équipe soignante ? ».

Il est néanmoins intéressant de regarder les réponses de ces enquêtés, car elles correspondent à ce qui a été évoqué dans le cadre d'analyse. Au niveau du soignant lui-même, les conséquences vécues par les enquêtés sont de l'ordre de la souffrance psychologique de l'infirmier (travail de deuil difficile lors du décès, difficultés de gestion des émotions, pensées incessantes...). Au niveau de l'équipe, les répercussions ont été de l'ordre du dysfonctionnement de l'organisation des soins, de l'altération de la cohésion d'équipe et du conflit d'équipe.

C. Des moyens sont mis en oeuvre par l'infirmier et dans le travail d'équipe en EHPAD pour garder une distance professionnelle

Je l'ai décrit dans le modèle d'analyse, la relation de soin en EHPAD implique une réponse individualisée aux besoins des résidents, prenant nécessairement en compte une dimension affective. Les auteurs que j'ai pu citer expliquent que cette dimension n'empêche pas de garder une distance professionnelle ; elle implique cependant des «gardes-fous» : reconnaître et exprimer ses émotions, formaliser des contrats de soin pour tout acte favorisant la proximité (comme le toucher-massage par exemple), échanger sur ses pratiques, etc.

Dans les résultats de l'enquête, cette hypothèse est confirmée.

D'une part, au niveau de l'infirmier, on constate que **les deux tiers des enquêtés (21 sur 32) disposent de moyens personnels pour garder une distance professionnelle avec les résidents**. Ces moyens sont le plus souvent soit en lien avec leur état psychologique : mettre de côté ses affects, faire un travail sur soi, laisser sa vie professionnelle au travail, soit en rapport avec leur comportement professionnel : vouvoyer le résident, l'appeler par son nom de famille, ne pas accepter de marques d'affection... La plupart de ces infirmiers parviennent toujours ou souvent à les mettre en oeuvre.

De plus, les résultats du croisement «difficultés/moyens personnels», montrent une légère tendance selon laquelle plus les infirmiers ont des ressources personnelles, moins ils sont confrontés à des difficultés de distance professionnelle.

D'autre part, **94% des infirmiers interrogés ont des moyens, au niveau de l'équipe, qui leur permettent de favoriser une juste distance avec le résident**. L'analyse des situations problématiques en équipe et les transmissions orales et écrites (notamment sur les ressentis et la relation avec le résident) sont les plus souvent citées (respectivement 90% et 87% des infirmiers concernés). La formalisation d'actes favorisant la proximité, telle que je l'évoquais précédemment, est également utilisée.

D'autres moyens, moins souvent cités, mais néanmoins présents sont la présence d'un psychologue, les réunions de synthèse, l'élaboration de projets de vie, le rôle du

cadre de santé, la possibilité d'échanger, d'être écouté et de compter les uns sur les autres. Ils s'inscrivent pleinement dans l'esprit d'équipe et la pluridisciplinarité et font ainsi écho au cadre conceptuel dans lequel j'avais souligné leur importance concernant la posture professionnelle.

Il est intéressant de s'arrêter un instant sur la fréquence de mise en oeuvre des ressources qu'ont les équipes. Si la fréquence de mise en oeuvre des moyens personnels des infirmiers est élevée pour la majorité, celle qui concerne les ressources de l'équipe est plus disparate. Près d'un tiers des enquêtés ne peuvent que parfois les utiliser.

En croisant cette donnée avec la confrontation à une difficulté de distance professionnelle, j'ai mis en évidence une nette influence de la première sur la seconde. En effet, 75% des infirmiers ne pouvant que parfois utiliser leurs moyens d'équipe, ont été confrontés à un problème de distance professionnelle.

Enfin, concernant les EHPAD, au niveau institutionnel, les résultats de l'enquête montrent qu'ils sont peu nombreux à mettre en place des groupes de paroles et/ou des formations. Pourtant les infirmiers y voient également un moyen de garder une distance professionnelle.

Je peux affirmer à présent, au regard des résultats de ce terrain d'enquête, que pour garder une distance professionnelle en EHPAD, des moyens spécifiques sont nécessaires à mettre en place. Mais je peux également aller un peu plus loin grâce à des questions d'ouverture intégrées à mon instrument de recherche. En effet, j'ai cherché à savoir ce qui freinait la mise en place des moyens utilisés par les équipes en EHPAD. Les résultats montrent qu'il s'agit de manque de temps mais aussi, et c'est ce point qui m'intéresse, de la non reconnaissance de cette problématique, de la peur d'en parler. L'apport de la psychologie sociale sur la question de la proximité dans les soins (cf. Cadre théorique) avait en effet permis de découvrir la dimension taboue de cette problématique. Elle se constate sur ce terrain d'enquête.

Ainsi, si les résultats de cette enquête ne sont pas généralisables d'un point de vue scientifique, ils méritent néanmoins de soulever un certain besoin en termes de moyens permettant aux infirmiers de garder une distance professionnelle avec les résidents dans ce contexte particulier de l'EHPAD.

VII. CONCLUSION

Cette recherche vise à décrire les moyens mis en oeuvre au sein d'une équipe soignante en EHPAD pour travailler dans une relation de soin où l'affectivité a une place importante tout en gardant une juste distance, incontournable à l'exercice infirmier.

A l'aide d'une enquête par questionnaire, cette recherche montre, d'une part, que le contexte de l'EHPAD peut engendrer des difficultés pour l'infirmier à garder une distance professionnelle avec le résident ; et d'autre part, que des solutions existent pour éviter ces difficultés. Au niveau de l'infirmier lui-même, le travail sur soi, la rigueur dans leur comportement professionnel, font partie des moyens que les enquêtés utilisent, et cela de façon fréquente. Au niveau de l'équipe et de l'établissement, les moyens sont nombreux et reconnus comme ayant toute leur place dans le maintien de cette distance. Ils concernent principalement l'échange, la cohésion, le travail d'équipe autour de l'accompagnement des résidents et les formations.

Mais à ce dernier niveau, l'enquête a fait émerger deux éléments qu'il conviendrait d'approfondir dans une nouvelle enquête. Dans un premier temps, peu d'infirmiers dans l'échantillon d'enquête ont pu bénéficier de formation en lien avec la relation soignant-soigné en EHPAD. Or leur caractère essentiel dans l'exercice professionnel est largement reconnu. Alors pourquoi les infirmiers ne sont-ils pas destinataires de ce type de formations ? Serait-ce pour prioriser les besoins des aides-soignants, qui semblent a priori davantage confrontés à la proximité avec les résidents ? Les infirmiers seraient plutôt destinataires de formations techniques alors qu'ils ont eux aussi besoin d'être écoutés et formés à cette problématique.

Dans un second temps, des freins à la mise en oeuvre de solutions telles que l'analyse de situations en équipe, l'expression des ressentis, le travail pluridisciplinaire autour de formalisation de l'accompagnement des résidents, etc. ont été identifiés. Il semblerait donc que l'effort des EHPAD quant aux moyens en terme de temps pour les équipes soignantes, d'une part, et la prise de conscience de ce sujet, d'autre part, soit à poursuivre.

ANNEXE

«Questionnaire d'enquête»

Etudiante en Soins Infirmiers au CHU de Nancy, je réalise une enquête dans le cadre de mon **mémoire de fin d'études**. Celui-ci a pour thème la spécificité des **relations soignant-soigné en EHPAD**.

Le questionnaire ci-dessous doit me permettre de réaliser ce travail de recherche. Vos réponses m'aideront à mieux comprendre comment garder une distance professionnelle dans le contexte d'un EHPAD, où la proximité, notamment affective, entre soignant et résident peut être présente.

Je vous remercie vivement pour votre contribution.
Pour respecter la confidentialité, **ce questionnaire est anonyme**.

IDENTIFICATION

- 1- En quelle année avez-vous obtenu votre DE d'infirmier(ère) ?
- 2- Avez-vous réalisé une spécialisation ou obtenu d'autres diplômes ensuite ?
 oui, préciser lesquels.....
 non
- 3- Avez-vous bénéficié de formation continue ?
 oui, préciser sur quel thème.....
 non
- 4- Depuis combien de temps travaillez vous auprès des personnes âgées ?
 moins d'1 an
 1 à 5 ans
 5 à 10 ans
 plus de 10 ans
- 5- Depuis combien de temps travaillez vous dans cet EHPAD ?
 moins d'1 an
 1 à 5 ans
 5 à 10 ans
 plus de 10 ans

DISTANCE PROFESSIONNELLE

- 6- Avez-vous déjà été confronté(e) à des difficultés de distance professionnelle avec des résidents de l'EHPAD dans lequel vous travaillez ? oui non
- 7- Si oui, de quel ordre était ces difficultés ? (*plusieurs réponses possibles*)
 vous vous êtes attaché à cette personne
 vous vous êtes investi(e) au même titre qu'un proche de cette personne
 vous preniez plus de temps avec cette personne qu'avec les autres résidents
 vous avez ressenti de l'affection pour cette personne comme si elle faisait partie de votre entourage (un grand-parent par exemple)
 autre(s), préciser :
- 8- Y a-t-il eu des conséquences à ces difficultés à votre niveau (sur vous-même, votre organisation...) ? oui non
- 9- Si oui, précisez lesquelles ?
- 10- Y a-t-il eu des conséquences à ces difficultés sur le travail d'équipe, l'organisation des soins ? oui non
- 11- Si oui, précisez lesquelles ?

MOYENS / SOLUTIONS

12- A votre niveau, disposez-vous de moyens pour garder une distance professionnelle ?

- oui non (passez à la question 16)

13- Si oui, lesquels ? (plusieurs réponses possibles)

.....
.....
.....
.....

14- Parvenez-vous à les mettre en oeuvre ?

- toujours (passez à la question 16) parfois
 souvent jamais

15- Si vous ne parvenez pas toujours à les mettre en oeuvre, pourriez-vous préciser pourquoi ?

.....
.....

16- Au niveau de l'équipe soignante, disposez-vous de moyens pour garder une distance professionnelle ? oui non (passez à la question 20)

17- Si oui, lesquels ? (plusieurs réponses possibles)

- transmissions orales et écrites, notamment sur les ressentis, la relation avec résident
 formaliser des actes favorisant la proximité (le toucher massage par exemple) dans un contrat de soin
 analyser des situations problématiques en équipe
 autres, précisez :

.....

18- Sont-ils mis en oeuvre dans votre équipe soignante ?

- toujours (passez à la question 20) parfois
 souvent jamais

19- S'ils ne sont pas toujours mis en oeuvre, pourriez-vous préciser pourquoi ?

.....
.....

20- Au niveau de l'établissement, disposez-vous de moyens pour garder une distance professionnelle ? oui non

21- Si oui, lesquels ? (plusieurs réponses possibles)

- groupes de parole
 formations, précisez :

autres, précisez :

22- Sont-ils mis en oeuvre dans votre établissement ?

- toujours parfois
 souvent jamais

23- S'ils ne sont pas toujours mis en oeuvre, pourriez-vous préciser pourquoi ?

.....
.....

24- Si vous avez autre chose à ajouter sur ce sujet :

.....
.....

BIBLIOGRAPHIE

- (1) FISCHER Gustave-Nicolas, « Le concept de relation en psychologie sociale », *Recherche en Soins Infirmiers*, mars 1999, n°56, pp.4-11.
- (2) WATSON Jean (traduction française sous la direction de Josiane Bonnet), *Le caring. Philosophie et science des soins infirmier*, 1998, 317 pages.
- (3) FORMARIER Monique, « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, juin 2007, n°89, pp.33-42.
- (4) PRAYEZ Pascal, *Distance professionnelle et qualité de soin*, Editions LAMARRE, octobre 2003, 228 pages.
- (5) MARAQUIN Carine et MASSON Geneviève, « Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin », *VST - Vie sociale et traitements*, mars 2010, n°107, pp.128-130.
- (6) AMALBERTI Francine, BEGUIN Anne-Marie et BELMIN Joël, *L'infirmière et les soins aux personnes âgées*, Masson, 2005, 369 pages.
- (7) MINISTÈRE DE LA SANTÉ, SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET DE GÉRONTOLOGIE, *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, 2007, 115 pages.
- (8) ROGERS Carl, *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 1996, 242 pages.
- (9) GUEDENEY Nicole et MISTYCKI Violaine, « Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique », *Recherche en Soins Infirmiers*, juin 2007, n°89, pp.43-51.
- (10) MARTIN Sophie et SAMACOITS Patricia, « De la pensée du soin à son vécu auprès des personnes âgées dépendantes », *Soins Gérontologie*, mai/juin 2008, n°71, pp.24-26.
- (11) BLANCHARD François, MORRONE Isabella, NOVELLA Jean-Luc, PLOTON Louis, « Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect », *Gérontologie et Société*, septembre 2006, n°118, pp.19-26.
- (12) Dictionnaire Hachette Encyclopédique, Edition 2002.
- (13) MUCCHIELLI Roger, *Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective*, éditions ESF, 2012, 208 pages.

PROFESSIONAL DISTANCE IN RETIREMENT HOME

**What resources has the nurse got
to maintain a professional distance ?**

EGENSPERGER Julie

**Nursing school
NANCY BRABOIS
Grade Licence 3**

In the frame of retirement homes, it is necessary to give space to the emotional dimension within caregiver-patient relationships. However this dimension in a professional relationship can bring about negative effects (attachment, team conflicts ...).

This research aims at describing the resources which are available to nurses to maintain a professional distance in that context.

My hypothesis is that the particularity of caregiver-patient relationships in retirement homes has consequences on the position of the nurse as well as of the teamwork.

This study was carried out using a deductive logic. It is of a quantitative type and it uses a descriptive method based on a questionnaire survey. This data gathering tool has enabled me to collect information from a large sample of people. Among the variables studied in this investigation, the independent variable is the particularity of the relationship of care in retirement homes and the dependent variable is what is implemented by nurses to stay in a professional position with patients.

32 nurses in 10 retirement homes were surveyed from September 21st to October 30th 2012. Their answers confirmed both hypotheses. Caregiver-patient relationships in nursing homes can lead a nurse to find it difficult to maintain a distance with her patients. Adding to this is the issue of material means available to nurses and the team to avoid these problems : analyzes of situations, transmissions, pluridisciplinarity ...

As a result of an error in the questionnaire, the survey could not confirm the hypothesis that such difficulties may affect the work of the nurses and the team.

However, this research has allowed the emergence of additional elements. Nurses identified the hurdles to implement existing solutions to maintain a distance: the lack of caregiver-patient relationships training, time and acknowledgement of this problem.

KEY WORDS caregiver-patient relationship - accompaniment in retirement home - affectivity - multidisciplinary teamwork - professional distance

LA DISTANCE PROFESSIONNELLE EN EHPAD

De quels moyens l'infirmier dispose-t-il pour être dans une juste distance ?

EGENSPERGER Julie

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
NANCY BRABOIS
Grade Licence 3**

Dans le contexte d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les relations soignants-résidents nécessitent d'accorder une place à la dimension affective. Or, laisser place à cette dimension dans une relation professionnelle peut mener à des dérives (attachement, conflit d'équipe...).

Cette recherche vise à décrire les ressources dont dispose l'infirmier pour garder une distance professionnelle dans un tel contexte.

Mon hypothèse est la suivante : la particularité des relations soignants-résidents en EHPAD a des répercussions sur la posture de l'infirmier et le travail d'équipe.

Cette étude a été réalisée selon une logique déductive. Elle est de type quantitatif et utilise une méthode descriptive, l'enquête par questionnaires. Cet outil de collecte de données a permis de recueillir les témoignages d'un échantillon large de personnes. Parmi les variables étudiées dans cette enquête, la variable indépendante est la particularité de la relation de soin en EHPAD et la variable dépendante est ce qui est mis en oeuvre par les infirmiers pour rester dans une posture professionnelle vis-à-vis du résident.

32 infirmiers travaillant dans 10 EHPAD ont été enquêtés, du 21 septembre au 30 octobre 2012. Leurs réponses ont permis de confirmer deux hypothèses. Les relations de soins en EHPAD peuvent amener l'infirmier à des difficultés de distance professionnelle. Et des moyens, au niveau de l'infirmier et de l'équipe, sont mis en place pour permettre d'éviter ces difficultés : analyses de situations, transmissions, pluridisciplinarité...

Compte tenu d'une erreur faite dans le questionnaire, l'enquête n'a pas permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle de telles difficultés peuvent avoir des conséquences sur le travail de l'infirmier et de l'équipe.

Néanmoins, cette recherche a permis de faire émerger des éléments supplémentaires. Les infirmiers ont identifié des freins à la mise en oeuvre des solutions existant pour garder une distance : les manques de formation sur la relation soignant-résident, de temps et de reconnaissance de cette problématique.

MOTS CLES relation soignant-soigné - accompagnement en EHPAD - affectivité - travail d'équipe - distance professionnelle