

LA RELATION D'AIDE :

1- DEFINITION :

La relation d'aide, dont les principes fondamentaux ont été posés par les travaux de Carl Rogers en 1957 et Abraham Maslow dans la 2^{de} partie du X^xème siècle. La relation d'aide est un sujet souvent débattu en sciences humaines. Selon Carl Rogers, la relation d'aide (la relation thérapeutique) est une des formes de relation interpersonnelle ayant pour vocation de favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses propres ressources.

Pour lui, "chaque individu est unique. Il détient au plus profond de lui sa propre vérité, sa vie et le tracé potentiel de son chemin, qu'aucune science du psychisme ne peut enfermer... Il peut accéder à ses ressources s'il se sent compris, accepté, non jugé."

Il est le fondateur de l'approche centrée sur la personne (ACP). Selon l'ACP, l'individu possède en lui même des ressources pour changer ses attitudes fondamentales et son comportement. Pour lui chaque individu a un mouvement en profondeur qui le pousse vers un accomplissement et le développement de ses potentialités. Il est convaincu que l'homme possède en lui un immense potentiel d'évolution et ainsi d'épanouissement.

Le but d'une thérapie sera de relancer ce processus spontané

d'épanouissement qui a été entravé par diverses circonstances :

- une agression des abus
- une maltraitance physique
- une maltraitance psychique
- une famille souffrante (...)

Il a développé quelques concepts nécessaires à cette relation d'aide :

- Le contact psychologique : c'est-à-dire que pour qu'il y ait aide (thérapie), il faut un contact psychologique entre 2 personnes. A ce moment là, une relation peut exister.
- L'incongruence, la vulnérabilité ou l'anxiété de la personne : pour qu'il y ait aide (thérapie) il faut qu'une personne soit en demande de soutien psychologique.
- La congruence : cela concerne l'aidant (le thérapeute) et ce qu'il apporte dans la relation d'aide. La congruence implique une authenticité relationnelle de l'aidant durant toute la relation. Pour lui : "l'authenticité signifie que l'aidant (thérapeute) manifeste ouvertement, dans ses attitudes, les sentiments qui l'animent à un moment donné". Plus l'aidant est lui-même dans la relation, sans masque professionnel, ni façade personnelle, plus il est probable que le client changera et grandira de manière constructive.

- Le regard positif inconditionnel : l'aidant doit avoir une acceptation non jugeante, doit avoir un climat non possessif dans la relation.
- La compréhension empathique : l'aidant doit écouter et tenter de comprendre la personne dans ce qu'elle dit "comme si" il était à sa place, sans jamais oublier le "comme si". Il faut que l'aidant ait une écoute holistique.
- La perception par la personne du regard positif inconditionnel et de la compréhension empathique de l'aidant. Il faut que la personne perçoive l'apport de l'accompagnement thérapeutique. La personne doit percevoir le regard positif inconditionnel et la compréhension empathique de l'aidant. La compréhension empathique de l'aidant doit être un support à la compréhension de soi par la personne. La personne va pouvoir déterminer la valeur du chemin parcouru.

2- LA POSTURE DE L'AIDANT SELON CARL ROGERS :

- Apprendre à s'écouter soi-même : pour lui, plus l'aidant est en capacité de s'écouter, plus il sera animé par le désir d'écouter vraiment l'autre. Cela va permettre de développer la congruence.
- L'authenticité : il précise la capacité à être au plus près de soi, est un facteur changement possible pour l'autre car l'aidant n'a pas de barrières (sans façade, ni masque). Cette posture donne aussi la

congruence.

- La compréhension du cadre de référence de l'autre. Comprendre l'autre signifie sortir des réactions habituelles de jugement, d'évaluation sur ce qui est normal, raisonnable, estimable, juste, faux...L'autre est différent de soi et la prise en compte de cette différence est essentielle dans la relation. Cette compréhension va être possible que si l'aidant ouvre la voie d'une communication permettant à l'autre de l'exprimer. Il affirme que pour que la relation soit adaptée, l'aidant doit accepter l'autre tel qu'il est.
- L'acceptation de l'autre. Pour lui : "permettre à l'autre d'être ce qu'il est, provoque le changement. Accepter l'autre équivaut à accepter de ne pas faire interférer nos catégories, ne pas juger l'autre dans son for intérieur. Accepter l'autre, c'est l'accepter dans son essence.
- Accepter l'autre du point de vue de son potentiel. La façon dont l'aidant considère l'autre cela va induire des potentialités ou des limites à son développement.

3- LA RELATION D'AIDE SELON D'AUTRES AUTEURS :

Hildegard PEPLAU :

Pour cette auteure, les soins infirmiers permettent le développement de la personnalité d'un patient par le biais d'une relation interpersonnelle.

En parallèle, elle pense que la personnalité de l'infirmier(e) va influencer sur ce que peut apprendre le patient par rapport à son expérience de santé.

Elle propose une description de la construction de la relation soignant – soigné en 4 phases :

- Phase d'orientation : commence dès le 1er contact entre le patient et l'infirmier(e) : phase d'accueil et de découverte mutuelle. Cette phase permet aussi d'analyser les problèmes du patient.
- Phase d'identification : correspond à un stade relationnel plus profond entre l'infirmier et le patient. Ce stade permet au patient d'explorer ses sentiments grâce à la qualité de la relation mise en place par l'infirmier(e).
- Phase d'exploitation : cette phase est accessible que si la relation interpersonnelle est constructive. Le patient, dans cette phase, peut vraiment tirer un important bénéfice de la relation d'aide. Cette phase est difficile pour l'infirmier(e) car elle est parsemée de progression et de régression.
- Phase de résolution : cette phase correspond à la reprise du quotidien à la suite de nombreux changements

H. PEPLAU fait la différence entre la relation interpersonnelle et les autres types de relation (sociale, amicales...). Cela reste obligatoire pour conserver une relation d'aide (thérapeutique) avec le patient.

Jean WATSON :

Cette théoricienne définit le soin infirmier en terme d'assistance à la personne à trouver une signification à son existence, à sa souffrance par le biais d'une relation dite de CARING.

Le Caring est une relation transpersonnelle développée par l'infirmier(e) envers la personne soignée. Tout ceci afin de l'accompagner dans sa recherche de sens par rapport à la situation de santé ou de souffrance qu'elle traverse.

Le caring s'appuie sur des valeurs humanistes qui influencent nos attitudes, lesquelles guident nos comportements et notre pratique professionnelle qui devient alors humaniste.

J. WATSON décrit 10 facteurs caratifs (opposés à curatif) :

- Système de valeurs humanistes et altruistes : cela se réfère à la sollicitude, l'unicité, la diversité, l'holisme, de même que le fait d'éviter le langage hermétique médical.*
- Croyance – espoir : indique la croyance que nous avons envers le potentiel d'une personne.*
- Prise de conscience de soi et des autres : cela signifie que la personne prend conscience de nos capacités et de nos limites.*
- Relation thérapeutique d'aide et de confiance : cela correspond au développement et au maintien d'une relation d'aide et de confiance par*

le biais d'un engagement conscient, d'écoute et d'intérêt envers l'autre dans le sens de s'intéresser à sa subjectivité et de ne pas être dans le jugement.

- Expression de sentiments positifs et négatifs : cela suppose de permettre et d'accueillir les perceptions, pensées et émotions positives ou négatives.
- Processus de caring créatif : vise la résolution de problèmes et le renouvellement des pratiques professionnelles.
- Enseignement, apprentissage transpersonnel : correspond à un enseignement qui respecte le rythme et les besoins de la personne soignée.
- Soutien, protection et ou modification de l'environnement mental, physique, sociculturel et spirituel : ce facteur comporte plusieurs dimensions comme assurer le confort physique, psychologique et la protection de la dignité humaine.
- Assistance en regard des besoins de la personne : correspond aux soins d'assistance en vue de répondre aux besoins de la personne.
- Forces existentielles, phénoménologiques, spirituelles : avec ce facteur, l'infirmier(e) doit prioriser pour la personne, afin de donner du sens à sa situation et à sa vie.

4- CREATION D'UNE RELATION D'AIDE :

4.1- Ecoute active :

L'aidant (le soignant) doit saisir ce que le message veut dire.

Il doit capter et en comprendre le contenu : l'ensemble c'est-à-dire la parole et les messages implicites (ils sont souvent plus forts que la parole).

Cette écoute active impose des règles :

- Etre dans des conditions physiques qui soient propices à cette relation,
- Se mettre dans des dispositions intellectuelles et affectives : c'est-à-dire se rendre disponible, attentif, donner de l'intérêt à ce que la personne, se rendre disponible, attentif, donner de l'intérêt à ce que la personne,
- La relation d'aide se centre sur la personne et non sur le problème (le soignant n'est pas là pour donner la solution au problème de la personne soignée mais pour qu'elle trouve des solutions elle-même),
- L'aidant va utiliser la reformulation : il va redire en d'autres termes ce que vient de dire la personne.

L'intérêt de la reformulation :

- la personne soignée comprend qu'elle est écoutée,
- la personne soignée peut s'exprimer davantage,
- la personne soignée se sent respectée,

- la reformulation est un outil appréciable pour l'aidant.

Il existe 4 niveaux de reformulation :

- la reformulation en ECHO ou en REFLET : l'aidant reproduit les termes utilisés par la personne.
- La reformulation "REFLET DES SENTIMENTS" : l'aidant fait une brève synthèse des sentiments ou des propos tenus par la personne.
- La reformulation "ELUCIDATION" : elle consiste à prendre des idées énoncées pour les clarifier.
- La reformulation "SYNTHESE DES IDEES, DES EMOTIONS".

La reformulation comporte trois avantages. Elle permet au soignant :

- de s'assurer de la bonne compréhension des propos du patient,
- de recentrer l'entretien sur un thème particulier pour lequel il peut avoir besoin d'informations supplémentaires,
- de montrer au patient qu'il lui a prêté de l'attention. Cette attitude permet de dédramatiser une situation, de faire tomber des tensions ou d'apaiser le patient.

4.2- La compréhension empathique :

4.2.1 – La définition :

Cette compréhension empathique permet à l'aidant de s'introduire dans le monde de la personne soignée, d'essayer de saisir et comprendre la situation. Il faut également que le soignant informe la personne de ce qu'il a compris. Pour ce faire, le soignant peut utiliser plusieurs techniques de communication verbale ou non verbale (un signe de tête, un sourire complice, une main sur l'épaule...).

4.2.2 – Les buts :

Cette attitude de compréhension empathique a pour but de :

- permettre à l'aidant de comprendre ce que vit la personne soignée,*
- l'aider à corriger au besoin sa perception de ce que lui communique la personne soignée*
- l'encourager à s'exprimer plus par rapport à ce qui lui arrive,*
- lui signifier qu'elle est importante, que l'on s'intéresse à elle et lui manifester le désir de la comprendre.*

Cela va donc permettre à la personne soignée de vivre une expérience où elle se sentira moins seule dans la recherche de réponses à ses besoins.

4.2.3 – Les conditions favorables et les conditions nuisibles :

<i>Les conditions favorables :</i>	<i>Les conditions nuisibles :</i>
<ul style="list-style-type: none">- le soignant aura plus de facilité à reconnaître ce que vit la personne soignée si elle a quelques caractéristiques communes comme (l'âge, le sexe, une expérience semblable...).- le soignant doit être animé par le goût de connaître, de comprendre et d'accueillir la personne soignée comme elle est, sans aucun jugement.	<ul style="list-style-type: none">- le manque de temps et de disponibilité sont des facteurs qui nuisent à établir une relation.- le besoin de performance chez le soignant peut être un obstacle à la compréhension empathique.- la volonté de structurer et de vouloir comprendre rapidement ce que vit la personne soignée peut empêcher l'identification réelle des besoins et de leur satisfaction au cours de la relation.- les jugements de valeur, le manque de disponibilité intérieure du soignant peuvent aussi être nuisible à une relation.

En conclusion : la compréhension empathique est l'une des attitudes de base que le soignant doit développer et manifester par l'écoute de la personne soignée. La personne soignée se sentira ainsi écouté et compris, ce qui favorisera une relation d'aide adaptée.

4.3- La bienveillance :

4.3.1 – La définition :

Cela signifie que l'aidant (le soignant) reconnaît l'autre comme un être unique et qu'il possède la capacité de faire seul ses choix. Il reconnaît que la personne soignée est douée de qualités et de ressources. La personne soignée a des capacités et l'aidant est là pour l'aider à les trouver ou à les remobiliser.

L'aidant ne doit pas juger la personne mais l'aider.

4.3.2 – les conditions favorables et nuisibles à la bienveillance :

Les conditions favorables :	Les conditions nuisibles :
<ul style="list-style-type: none">- en prenant le temps d'écouter la personne soignée.- en lui demandant son avis.- en la regardant quand elle parle.- en respectant l'heure du RDV...- tenter de connaître la personne soignée par rapport à ses caractéristiques (par rapport à ses goûts, ses besoins, ses valeurs, ses émotions, sa façon de mener sa vie...).- avoir un préjugé positif sur la personne soignée : c'est-à-dire croire en son potentiel de croissance (elle a des capacités).- aider la personne soignée à reconnaître en elle et à faire des choix et ainsi mener sa propre vie.- reconnaître en la personne soignée son unicité et le droit d'être différent des autres, penser différemment.- reconnaître que la personne soignée a une grande valeur et qu'elle est digne d'attention.- reconnaître que la personne a toutes les capacités pour faire ses propres choix.	<ul style="list-style-type: none">- La personne soignée a des difficultés à se voir différent de l'image idéale qu'elle s'est faite d'elle.- la personne soignée peut se sous estimer, et ne pas se sentir à la hauteur.- la personne soignée va peut être opposer une résistance farouche à entrer en relation car elle va avoir des difficultés à s'identifier réellement.

4.4- L'authenticité :

4.4.1 – La définition :

L'authenticité est un état d'accord interne entre ce que la personne est réellement, ce qu'elle perçoit, pense, ressent d'elle, et ce qu'elle communique.

La personne soignée a des difficultés à se confier et ainsi elle va vérifier qu'elle peut faire confiance à l'aidant.

L'aidant doit montrer qu'il est attentif, vrai et qu'il est digne de confiance.

4.4.2 – Les buts :

Cela va permettre à la personne d'acquérir une connaissance élevée d'elle-même et la capacité d'établir un rapport véritable avec son environnement.

4.4.3 – les conditions favorables et nuisibles à l'authenticité :

<i>Les conditions favorables</i>	<i>Les conditions défavorables</i>
<ul style="list-style-type: none">- le soignant doit être lui-même en toute sincérité dans ses relations avec la personne soignée.- Le soignant doit communiquer avec la personne soignée des informations avec discernement.- Le soignant doit utiliser certaines techniques de communication pour manifester de l'authenticité à la personne soignée : en la regardant avec attention, en lui souriant et ainsi lui manifester son plaisir de la rencontrer, en lui prenant la main...- Au plan communication verbale, deux techniques sont possibles : la révélation de soi et le feed-back : cela va permettre une communication sans ambiguïté entre le soignant et la personne soignée.	<ul style="list-style-type: none">- un des principaux facteurs empêchant l'authenticité chez le soignant est la faible connaissance de lui-même. Un autre est le manque de confiance en lui. Le soignant a peur de se tromper et également a peur de la réaction de la personne soignée.

5_ LES DIFFERENTES PHASES DE LA RELATION D'AIDE :

5.1. Le contenu des échanges :

Les échanges entre l'aidant et le patient vont clarifier la demande d'aide et tenter de répondre à 2 questions :

- quel est le besoin d'aide du patient ?

- comment je vais y répondre ?

Le soignant incite la personne soignée à parler de lui en tant que personne ayant une difficulté. La personne s'engage dans la relation en révélant des aspects d'elle-même qu'elle connaît déjà et des aspects qu'elle croit à l'origine de ses difficultés.

L'approche peut être de deux ordres :

- l'approche centrée sur le problème : les différentes étapes de ce processus vont apparaître successivement jusqu'à ce qu'une réponse soit apportée par rapport au besoin d'aide de la personne.
- L'approche est plutôt centrée sur la personne, cette dernière va être invitée à en parler mais de façon plus intime. C'est-à-dire que la personne va visiter son "moi" inexploité. De ce fait, la personne soignée prend conscience qu'elle ignore une partie de ce qu'elle est réellement.

Dans ce type de relation, la personne partage avec le soignant malgré ses doutes, ses craintes, ses peurs...

Au départ c'est CARKHUFF, en 1969, qui donne une échelle d'autoexploration à 5 niveaux : cela fournit des points par rapport au cheminement personnel de la personne soignée à partir de sa façon de communiquer. J. CHALIFOUR a résumé les 5 niveaux :

- NIVEAU 1 : le patient n'aborde pas de sujets personnels dans lesquels il se révélerait directement à l'aidant mais parle de sujets extérieurs à lui.

- NIVEAU 2 : Le patient aborde des sujets personnels à la demande de l'aidant mais sans manifester d'émotion.
- NIVEAU 3 : Le patient aborde lui-même des sujets personnels mais sans manifester d'émotions.
- NIVEAU 4 : Le patient parle spontanément de sujets connus de lui en manifestant les émotions qui y sont rattachées.
- NIVEAU 5 : Le patient s'engage activement et spontanément dans une recherche intérieure à la découverte de lui même.

5.2. Les techniques et les limites de la relation d'aide :

- Vérifier sa disponibilité :
 - o disponibilité physique : choisir un moment calme où l'on peut se consacrer à cette demande d'aide.
 - o disponibilité psychologique.
- Trouver un lieu : isoler afin de respecter la confidentialité des propos et pour ne pas être dérangé.
- Prévoir la durée : de 15 à 40 minutes (savoir prévoir le début et la fin)
- L'écoute : « il ne suffit pas d'avoir des oreilles pour entendre ». Pour répondre à une telle exigence, l'aidant doit à la fois posséder les qualités lui permettant d'entendre et de comprendre le message communiqué.

Pour illustrer l'écoute : imaginez un patient qui le soir, la voix éteinte et l'air un peu agité dit à une aide soignante « je vais être opéré demain ». Si l'aide soignante reconnaît le contenu ou un message digital¹ et répond « oui je sais je l'ai lu dans votre dossier ».

Croyez vous que la patient a été bien compris ?

Il aurait mieux valu qu'elle lui fasse comprendre qu'elle avait compris en lui répondant « ça vous inquiète d'être opéré demain ? ».

Là il y a une reconnaissance du contenu digital mais aussi affectif ou analogique².

- Les moyens de communication :

La forme de communication qui permet de passer une information de la façon la plus rapide est la communication verbale par le langage. Le langage parlé peut être accompagné de gestes, de postures et enfin l'intonation de la voix permet de faire passer des informations supplémentaires (environ 10 % de l'information passe par le canal de la parole : c'est la communication verbale. 90 % de l'information passe par le paralangage : l'intonation, les postures, les mimiques... c'est la communication non verbale).

1 Message digital c'est la transmission d'une information brute. Dans le langage verbal, ces messages donnent une information (« il fait beau »)

2 Message analogique est tout ce qui englobe le message digital par les composantes orales (tonalité, vitesse...), par le langage du corps (attitude, gestuelle...). Il peut être approximatif et souvent ambigu (un sourire peut exprimer aussi bien la sympathie que le mépris).

○ *La communication verbale* : le langage est spécifique de l'être humain grâce à l'organe de la phonation. La communication verbale doit réunir certaines caractéristiques :

- *Simplicité et clarté (termes faciles à comprendre)*
- *Concise : phrases courtes, sans détails inutiles*
- *Précise.*

La communication verbale doit rassembler des valeurs :

- *Respect (politesse c'est la base des relations humaines...)*
- *La congruence ou tout ce qui convient à une situation*
- *La considération (démontrer l'attention que l'on prête à l'autre)*
- *La disponibilité*
- *La discrétion (se centrer sur les préoccupations de l'autre)*

○ *La communication non verbale* :

Elle est aussi appelée paralangage. Si le paralangage accompagne un message verbal, il peut donner une signification complémentaire.

Il peut être un langage à lui seul, en dehors de toute communication verbale, au travers des attitudes corporelles et faciales. Ce langage de corps, souvent inconscient, traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons.

Cette communication non verbale se compose d'un espace interpersonnel, l'expression faciale ou mimique, le regard, le toucher, les gestes et postures,

l'apparence et les odeurs.

▪ *Le silence :*

Le silence est une technique de communication. Il est un allié dynamique lors d'un entretien. Le silence n'est pas seulement une absence de parole, il a de l'intérêt et mérite l'attention du soignant par rapport à ce que communique la personne soignée. Le soignant doit observer le silence.

Le soignant doit apprendre à respecter ce silence. Il est parfois très difficile à utiliser pour les deux parties. Pour le soignant, ce moment de silence, peut être difficile de s'y astreindre. Le soignant peut se laisser envahir par des pensées parasites, par des jugements de valeur... La qualité de la relation va dépendre de la façon dont le soignant vit le silence. Lors de l'entretien, le soignant peut se servir du silence pour laisser à la personne du temps pour réfléchir avant de répondre à une question ou de ressentir une émotion...Ce silence peut aussi être utilisé pour rythmer l'entretien.

Plusieurs raisons peuvent inciter la personne soignée à garder le silence.

- La personne peut se sentir embarrassée par les questions posées.*
- La personne peut attendre que l'autre prenne la parole.*
- La personne peut attendre que l'autre lui laisse la parole.*
- La personne peut garder le silence car elle n'apprécie pas le soignant.*
- La personne peut garder le silence car elle ne comprends le but de cet entretien...*

Il est clair que le silence a une signification pour la personne soignée. Le soignant doit en comprendre compte et comprendre la signification de ce silence.

Le silence, utilisé avec pertinence, est un outil de communication utile et il permet d'établir une relation d'aide solide (possibilité où les émotions peuvent émerger).

- *la communication interpersonnelle ou proxémie :*

La communication correspond à l'espace et aux distances qui séparent deux personnes en situation de communication. Il peut être défini comme l'espace le plus confortable pour une personne dans une situation de communication avec une autre.

Pour Edward Twitchell HALL, la proxémie est liée à l'art et à la communication. La proxémie désigne l'ensemble des observations et des théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique. La communication constitue le fondement de la culture. Le langage est un élément majeur dans la formation de la pensée. L'homme a une vision du monde environnant par le biais de la langue dont il parle.

Il aborde aussi l'aspect de "dimension cachée" de l'homme. C'est-à-dire l'espace, la distance que l'homme maintient entre lui et les autres.

L'anthropologue Edward Twitchell. HALL a identifié quatre distances

de base :

La distance intime : elle contient 2 modes : le mode proche et le mode éloigné.

Cette distance commence à un contact physique pour se terminer à 45 - 50 cm environ. Seules les personnes très proches sont autorisées à pénétrer dans cet espace intime pour communiquer (parent, enfant, conjoint, amis intimes). L'intrusion dans cet espace d'une personne n'étant pas intime, pourra être vécue comme une agression. La proximité est souvent le lot du soignant et en particulier de l'aide-soignant. Les odeurs, la chaleur, les sensations tactiles, l'haleine, le souffle de l'autre peuvent être vécus par la personne comme une agression, une sensation désagréable ou au contraire agréable.

La distance personnelle : elle est plus large (50 à 120 cm),

- Le mode proche : 45 à 75 cm
- le mode lointain : 75 à 125 cm

C'est la distance fixe qui sépare les membres, une bulle qui les sépare les uns les autres. Il est possible à cette distance de discuter de sujets personnels. Il y a peu d'emprise physique sur l'autre. La perception de l'autre est nette ainsi que certaines caractéristiques physiques comme la peau, les cheveux, les yeux... Cette distance est assez proche pour distinguer tous les messages non verbaux.

La distance sociale : c'est la distance acceptable (1,20 à 3,60 m) séparant 2 personnes qui ne se connaissent pas. A cette distance, le contact physique

entre les personnes n'est plus possible. Les détails sont de plus en plus difficiles à percevoir. Par contre, cette distance permet une bonne vue d'ensemble de la personne. C'est à peu près à cette distance que se situent les échanges entre le soignant et la personne soignée (*par exemple : le soignant est au bout du lit du patient et le patient alité. Le soignant lui demande s'il a bien dormi...*).

La distance publique : c'est la distance qui sépare une personne qui s'adresse à un groupe ou un auditoire. Il débute de 3,60 à 9 m et davantage. Il est situé hors du cercle où l'individu est directement concerné. A une telle distance les échanges sont possibles uniquement si les personnes concernées s'expriment à haute voix. Généralement les échanges sont de courtes durées. La conversation peut être entendue par plusieurs personnes, le contenu est plutôt exprimé en termes généraux. Ce type de distance permet de décourager les échanges un peu long.

- Le mode proche : 3,60 à 7,50 m : il est possible d'adopter une conduite de fuite ou de défense si l'on se sent menacé. Le langage revêt un style formel.
- Le mode éloigné : 7,50 à 9m et davantage. C'est la distance qu'imposent les personnages officiels importants. Ce sont surtout les gestes et les postures qui assurent l'essentiel de la conversation non verbale.

▪ *Les positions physiques occupées par les personnes :*

Quelques règles générales sont à respecter lors d'un échange entre un soignant et une personne soignée. Il faut bien sûr que le soignant tienne compte de la position physique occupée par la personne soignée. Le soignant doit s'assurer que :

- Le contact visuel existe entre lui et la personne soignée.

- La personne soignée et lui soient à la même hauteur sur le plan visuel. Par exemple le soignant doit éviter de se tenir debout lorsqu'il parle à une personne assise. Cette dernière va être inconfortable pour ses muscles du cou et ses yeux. De plus le soignant va se trouver dans une position dominante par rapport à la personne assise. La personne soignée va avoir du mal à garder le contact visuel car elle n'est pas à l'aise.

Dans l'idéal, il faut que le soignant se baisse ou se penche ou s'agenouille devant la personne assise ou de s'asseoir sur une chaise si la conversation est plus longue.

- La personne soignée et lui favorisent une utilisation optimale des modes de contact désirés.

Dans l'idéal, c'est que les deux parties soient assis face à face sans aucun obstacle entre eux : pas de mobilier. Ainsi le soignant a une vision globale de la personne soignée (mimique, joue avec ses mains...).

- La personne soignée et lui soient le plus confortablement installés pour pouvoir aller jusqu'au bout de l'entretien.

Dans l'idéal, dès les premières minutes de l'échange, il est important que la personne soignée et lui soient- bien assis, à l'abri des bruits environnants, des regards indiscrets, isolés des autres personnes...

- *Le langage du corps* ou "bodily communication" :

Michaël Argyle parle de ce type de communication non verbale et dit que beaucoup de signes non verbaux exprimés le sont à travers des gestes et des mouvements déterminés par le corps.

L'expression faciale ou mimique : le visage a une place prépondérante dans notre communication. Il permet de traduire les émotions fondamentales, reconnaissables par tous : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse, le dégoût.

Le regard : il traduit l'attention que l'on porte à l'autre. Il permet d'établir le contact avec l'autre. Il peut mettre en confiance ou au contraire provoquer la fuite en cas de situation ambiguë.

Les gestes et postures : les codes gestuels ne sont pas toujours simples à interpréter car leur signification varie d'une culture à l'autre.

Dans la culture latine, les personnes ont tendance à saisir l'interlocuteur et ainsi à pénétrer dans son espace intime, ce qui peut entraîner la fuite dans d'autres cultures.

Les mains et les bras sont souvent très actifs au cours d'une conversation et attirent l'attention de l'interlocuteur (par exemple : les bras croisés sur la poitrine forment un bouclier de protection face à l'interlocuteur).

L'apparence : lors d'une rencontre, nous avons tendance, consciemment ou non, à juger et à évaluer la personne selon son apparence, avant même de lui avoir parlé. Tous les messages sont interprétés : hygiène corporelle, coiffure...

L'odeur : elle peut être assimilée à l'hygiène corporelle.

- **Le toucher :**

Le contact physique fait partie intégrante du soin et tout particulièrement pour l'aide soignant(e) lors de la réalisation des soins d'hygiène et de confort.

Le toucher se fait par l'intermédiaire de la peau qui est un organe particulièrement sensible. Dans ce cadre là on se situe dans l'espace intime de la personne. Toutefois certains principes sont à respecter lors du toucher :

- considérer le patient comme un sujet, non comme un objet manipulable à loisir
- avoir conscience que le contact fait intervenir le soignant dans la distance la plus intime : l'abord doit être progressif, précédé d'explications, toucher sans envahir
- éviter le port excessif des gants de soin.

BIOGRAPHIE :

CARL ROGERS (1902 – 1987) :

Ce psychopédagogue a rejeté les principaux courants psychologiques de son époque (la psychanalyse freudienne, le behaviorisme) pour forger sa propre théorie.

C'est le premier praticien à s'être livré à des enregistrements sonores et vidéo de ses séances, et à entreprendre des recherches sur le processus thérapeutique et ses résultats.

Il a ouvert la psychothérapie aux professions non médicales et développé la relation d'aide (counseling).

Auteur, conférencier, chercheur, il s'est intéressé à tout ce qui concerne les relations humaines : le couple, la famille, l'enseignement, la vie sociale et politique.

*Il a développé la méthode sur l'**approche centrée sur la personne**. Cette méthode se veut centrée sur la personne et non sur un problème, une maladie. Cette méthode repose sur la conviction que l'homme possède un fort potentiel d'évolution et d'épanouissement inné qui se développe de lui-même d'autant plus s'il bénéficie d'un contexte favorable. Cette méthode va permettre de relancer ce processus spontané qui a été touché.*

Abraham MASLOW (1908 – 1970) :

Psychologue américain né en 1908 et mort en 1970. Il est connu dans la psychologie du travail pour ses études sur la motivation par la hiérarchisation des besoins.

Cette hiérarchie des besoins est souvent représentée par une pyramide.

Sa hiérarchie des besoins signifie que l'homme ne peut atteindre pleinement son développement psychique que s'il satisfait tous les plans :

- physiologie (appartenance)
- estime (reconnaissance)
- accomplissement de soi (créativité).

Hildegard PEPLAU (1909 – 1999) :

Docteur en éducation, théoricienne des soins infirmiers.

Dans ses recherches, elle a souligné l'importance de la relation infirmier(e) – patient, comme un des fondements de la pratique infirmière. Elle a développé un modèle de relations interpersonnelles, basé sur un partenariat entre l'infirmier(e) et le patient actif dans ses soins.

A son époque, ses conclusions sur cette relation entre l'infirmier(e) et le patient ont été perçues comme un peu révolutionnaire.

Elle a contribué à la genèse de l'autonomisation de la profession infirmière en

proposant un modèle de pensée infirmière. Elle affirme que les infirmier(e)s peuvent y contribuer par leurs observations, leurs descriptions, leurs interventions et leurs validations.

Jean WATSON :

Docteur Jean Watson est une éminente professeur en soins infirmiers, titulaire d'une chaire en Sciences du "caring" (c'est-à-dire qu'elle a un poste permanent d'enseignement universitaire par rapport aux sciences du prendre soin).

Elle a publié des livres sur plusieurs thèmes comme la philosophie, l'art, la science infirmière et sur la théorie du Caring Humain.

Jacques CHALIFOUR :

Titulaire d'une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques de l'Université de Montréal et une maîtrise en psychologie clinique de l'Université de Laval.

Il est professeur titulaire de l'École des sciences infirmières Laval. Il s'intéresse également à la relation en soins infirmiers dans différents contextes et il agit comme consultant et formateur.

Robert R. CARKHUFF :

Chercheur par rapport à la relation d'aide. Il s'interroge sur la relation d'aide par rapport à l'efficacité et à la rentabilité.

Ses études mettent en exergue qu'une intervention, qu'une relation peut être inefficace mais également nuisible à une personne.

Robert R. Carkhuff développe des éléments de base qui vont être nécessaires à une relation d'aide. Il les divise en deux parties :

- Les qualités réceptives (cela induit une certaine implication de la personne)
 - empathie
 - acceptation
 - authenticité

- Les qualités actives :
 - la spécificité
 - la réaction immédiate
 - la confrontation.

Tout ceci pour au final, amener la personne à cerner elle-même sa problématique, à lui permettre de mettre en place différents moyens et à les

mettre en actions.

Cette méthode va permettre de trouver une solution à un problème et à utiliser des moyens concrets pour tout régler.

La relation de Robert R. Carkhuff permet de mettre en place une méthode de solutions de problèmes et ainsi faciliter, à la personne, la possibilité de résoudre ses problèmes éventuels.

Edward Twitchell HALL :

Anthropologue américain né en 1914.

Il a fait de nombreuses recherches sur la perception culturelle de l'espace. Il a enseigné les techniques de communication interculturelle, c'est-à-dire déchiffrer et rendre visible la culture inconsciente qui fait obstacle à la communication des personnes étrangères.

Il va beaucoup écrire sur la proxémie, en étudiant les différents rapports que les hommes ont à l'espace pour expliquer les différents comportements sociaux et culturels à travers le monde. Il va ainsi revenir sur la notion de distance, qui peut varier selon les cultures.

Michaël ARGYLE :

Psychologue social né en 1925 et mort en 2002. Au début de sa vie, pendant ses études, il est plus tourné vers les mathématiques. La seconde guerre mondiale le contraint à stopper ses études. Il s'engage comme navigateur dans la Royale Air Force. Après cette carrière dans l'armée, il apprend les sciences morales et la psychologie. Il se spécialise dans la psychologie sociale et fait de nombreuses conférences.

BIBLIOGRAPHIE :

- Carl ROGERS *"L'Approche Centrée sur la Personne"* – Lausanne – Editions RANDIN – 2001
- E.T. HALL *"la dimension cachée"* – New York – Edition originale : Doubleday & C° – 1966 (Editions du Seuil – 1971 pour la traduction française) pages 143 à 160
- J. CHALIFOUR *"la relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique – humaniste"* – Paris – édition Lamarre – 1989