

DEMARCHE RELATIONNELLE

La démarche est un processus. C'est donc quelque chose qui se déroule dans l'espace et dans le temps.

Entrer en relation et être en relation.

De fait, on est « en relation » dès qu'il y a rencontre. Dans ce cas, c'est avant tout les éléments de communications (et les enjeux qu'ils véhiculent) qui posent les « assises » de la particularité appelée à devenir La Relation. Etre en relation est « inévitable », *entrer en relation demande de la volonté.*

Cette volonté répond à des buts, des objectifs, des attentes, des désirs, des besoins qui vont « habiller, construire » ce déroulement pour arriver à les concrétiser.

Le soin est technique et relationnel. Nous venons de le voir, dès qu'on passe la porte de la chambre du patient, nous sommes en relation de fait et c'est la communication « primaire » qui va déterminer les possibilités, les façons d'entrer en relation.

Si l'infirmier doit être dans la relation, le patient aussi est en démarche relationnelle.

Que demande le patient ?

Il est de fait « soumis » à ses limites traduites par l'altération de son parcours de vie. Altération qui le rend vulnérable, fragile, et « envahi » de questions auxquelles, il ne peut apporter et réponses et réassurance. Ainsi, il « dépose » beaucoup de son état, de sa situation en s'en remettant à « celui qui : peut, sait... *le soignant*, se plaçant ainsi en position (plus ou moins inconsciente) de dépendant et soumis à... son savoir, son pouvoir.

Dans cette situation et dans « l'instanternité, la spontanéité » ce sont les **enjeux du patients** qui sollicitent en priorité la situation de rencontre donc de « contact - relation ». Son but est « d'installer » donc d'entrer en relation particulière avec le soignant, relation qui lui permettrait de « concrétiser » tous les aspects évoqués. C'est donc d'entrée un **investissement** sur la **fonction** et toutes les compétences, savoirs faire, connaissances qui la connotent que le patient opère. Il va essayer, à travers le comportement, ce qui est donné à voir, à entendre, (la communication) à identifier les éléments qui font partis de ses attentes de ces besoins, ses désirs.

L'infirmier(e) doit savoir, comprendre, s'approprier cet aspect du patient afin de pouvoir l'utiliser justement en terme de « stratégie » en visée de l'installation du processus ou démarche qui va lui permettre d'entrer en relation.

Le soignant doit donc s'efforcer de : donner raison au patient de faire cet investissement sur la fonction. Cela se fera donc par : du comportement, des dire, des gestes, actes (pratiques) qui en traduisant la « légitimité » de la fonction vont confirmer les attentes du patient (son investissement a priori favorable – positif ; Il veut que l'infirmière(e) soit capable de... et qu'elle sache bien le faire en le rassurant, lui expliquant. C'est dans cette **posture de savoir être** (je connais ce que je dois faire) dans son **savoir faire** (je sais comment faire ce que je connais que je dois faire : ce sont les **valeurs exigées de la profession**) que cela se réalise. Ce que le soignant va apporter dans ce comportement de sa particularité, de sa singularité relève de la **valeur ajoutée** qu'on peut appeler **savoir se comporter** avec son savoir être et savoir faire. La combinaison de ces valeurs (exigée et ajoutée) est déterminante pour la mise en place et la mise en pratique de la relation.

La place de la relation, outre qu'elle favorise, optimise la pratique de la technique, permet dans son déroulement de faire vivre des **étapes** qui vont amener à la réalisation d'actes importants, nécessaires et indispensables à la **prise en charge**.

En effet. Après avoir connoté positivement et retourné au patient qu'il a raison d'avoir fait cet investissement, il est en droit de se sentir en confiance. Ce fameux **climat de confiance** (*levé étape*) sans lequel peu de choses sont possibles.

Ce climat de confiance va permettre l'espace de « langage » de « parole » (2^{ème} étape) utile pour l'écoute, le recueil de données. Savoir écouter, ne pas s'appropriier (**empathie**) re – formuler pour bien montrer que l'on comprend ce que le patient dit et inviter à poursuivre ou à développer sans tomber dans le « questionnement intrusif, inquisiteur ». Savoir écouter, c'est savoir permettre le discours de l'autre, c'est savoir tout entendre et rester « sélectif ». Le « débit » des propos peut être important pour le patient (il se libère, se « lâche », se « vide »...) généralement, tous les mots, propos sont importants pour lui. Il faut cependant laisser vivre « la propriété » à l'auteur, sans prendre de « parti », « pleurer avec » « pleurer pour », la **sympathie** annule l'efficacité professionnelle. Cependant, il faudra « repérer » les propos redondants, répétitifs, ceux sur lesquels le patient détaille, revient, enfin qui traduisent vraiment que « c'est là que cela se passe » afin de pouvoir « relancer » « reformuler » de façon pertinente. C'est l'**écoute flottante** (3^{ème} étape).

Le climat de confiance favorise l'authenticité du discours du patient, l'écoute nécessaire au recueil de données, et traduit donc de la relation d'aide (4^{ème} étape).

Par la suite, le déroulement du processus (démarche) peut aborder la mise en place de : la démarche éducative (5^{ème} étape).

Prise en compte des possibles « turbulences » de la relation, de la rencontre avec « l'autre »

L'investissement ne s'opère pas sur la fonction, mais sur LA PERSONNE.

Nous sommes dans une situation de « TRANSFERT »

L'investissement sur la personne peut s'effectuer : à l'insu de notre « plein gré » (*inconscient*) de nombreux « facteurs » s'activent dans ce sens. Facteurs souvent « refoulés », mal pas ou peu maîtrisés. (subjectivité, séduction narcissique, séduction tout simplement, besoin de plaire, d'être le « bon objet ».....

Le patient comme le soignant sont exposés à ce phénomène. Nous avons vu que en priorité, chez le patient, c'est la fonction qui est investie. Le déplacement de l'investissement sur la personne peut se produire avec l'installation du climat de confiance dans le processus de relation (temps – durée de la démarche). Cela nuit à la qualité de la prise en charge car la personne et la fonction sont « amalgamées ». Le soignant a du mal à rester dans le « professionnel » (perte de l'**empathie**, passage à la sympathie) le soigné peut vivre le phénomène « sensitif » de « quelque chose de différent qui invite à d'autres perspectives autres que celles de l'objet de la situation).

La relation dans cet aspect peut « dérapier » et le soignant peut se sentir en « dissonance » par rapport à sa mission et « tirailé » entre ce qu'il doit faire, comment il doit être et ce qu'il voudrait faire, comment il voudrait être face à la même problématique que vit le patient. Le « biais » le plus délicat est que ne trouvant pas « d'issue » dans la « déviance » de la relation, le soignant adopte des **comportements de défenses** comme : *le rejet, l'évitement, le conflit*. Ces comportements retournent du **contre** – *transfert* négatif de même que le patient peut retourner un contre – transfert négatif si ses perceptions sensibles dues au transfert sont vouées à l'échec.

L'importance de la relation « identité » du soin est bien perçue. Cependant, il convient de savoir, connaître les affaires du « psychisme » dans les histoires de relations afin de se maintenir dans la dimension exigée (le professionnalisme) par la réalité de l'objet de rencontre – relation (ici le soin), afin de se préserver au mieux ou au « moins mal » des turbulences inhérentes aux affaires du transfert. (le lieu de soins est en règle générale un lieu « transférentiel » car de nombreux enjeux de communication – relation sont inévitablement interpellés de par la rencontre d'entités humaines vivantes émotionnelles. (dans la dynamique interactionnelle et les rétro – actions qui vont avec)

R. CLEMENTE