

LA DISTANCE RELATIONNELLE EN HÉMODIALYSE



Laëtitia FOURNIE, Christine LOUBERT, Infirmières spécialistes clinique, ARAUCO, TOURS et CH-VALENCIENNES

Travailler auprès de patients vivant avec la maladie rénale chronique à un stade avancé nécessitant une suppléance telle que la dialyse est une aventure passionnante mais aussi très questionnante et l'un de nos questionnements conjoints a porté sur la relation toute particulière qui se noue entre les professionnels et les patients bénéficiant d'un traitement par hémodialyse.

Nous avons toutes deux débuté notre exercice professionnel au sein d'unités d'hospitalisation de médecine et de chirurgie, que l'on pourrait qualifier de « classiques » ou de « conventionnelles ». Notre prise de fonction, au sein de ce service très spécifique qu'est l'hémodialyse, a représenté un véritable bouleversement dans notre trajectoire professionnelle. Indépendamment de l'aspect technique inhérent à la dialyse, la dimension relationnelle entre le professionnel et le soignant y apparaît elle-aussi très spécifique. De notre point de vue, sa spécificité repose sur plusieurs caractéristiques que nous nous proposons de vous rappeler ci-dessous.

Tout d'abord, s'agissant de patients atteints de maladie chronique liée à la perte d'un organe, il n'y a pas de guérison possible. De ce fait, les soignants se trouvent fréquemment confrontés aux réactions émotionnelles du patient en regard du deuil généré par la perte de leur fonction rénale.

Ensuite, la mise sous hémodialyse correspond à une intensification des soins accompagnée d'une sympto-

matologie fortement représentative à type de troubles anxieux prouvée par de nombreuses études. L'hémodialyse est effectivement un traitement lourd et contraignant, obligeant le patient à se rendre 3 fois par semaine au centre de dialyse pour une durée comprise entre 4 et 5 heures. Temps auquel il convient d'ajouter le temps de « trajet aller », le temps d'installation, le temps du « branchement », le temps de « débranchement », le temps de « coagulation » de la fistule artérioveineuse, et enfin le temps du « trajet retour ». Et l'une des plaintes récurrentes chez ces patients repose sur une « impression de perdre leur temps » en venant en hémodialyse. Le caractère itératif de leur venue, associé à leur trajectoire dans la longue durée, participe à développer chez ces patients une forme « d'exigence » concernant notamment les horaires de branchement et ainsi de débranchement. Cette exigence, aussi fondée soit-elle, constitue néanmoins une source récurrente de conflits entre les professionnels et ces patients.

Une autre source non négligeable de conflit repose sur les « connaissances » ou les « savoirs ».

En effet, si le malade ne peut certes pas guérir, un travail de gestion de la maladie au quotidien va se substituer à cette guérison. En ce sens, il est un acteur de sa maladie qu'il travaille quotidiennement à gérer dans toutes les facettes de sa vie, avec pour conséquence la constitution d'un savoir empirique. Ce savoir est différent de celui des soignants : face à celui des professionnels qui est un savoir reçu de type académique, se trouve celui du patient tirant sa spécificité d'être fondé sur l'expérience (éprouvé) et qu'il est basé sur les interactions (informations reçues, entendues entre professionnels, lues...). Fréquemment, ces connaissances ou savoirs empiriques dépassent les connaissances des « professionnels débutants » en hémodialyse avec pour conséquence une relation complexe. De manière plus générale, les professionnels de ces unités, face à ce savoir développé par les patients, sont amenés à une relation atypique où la négociation est fortement présente évoquant la notion de « soin négocié ».

Cette complexité dans la relation se conjugue avec une intégration difficile. En effet, l'exigence que déve-

loppent ces patients mais aussi leurs habitudes, dans un contexte où tout changement provoque un sentiment d'insécurité, ne facilite pas le processus d'intégration.

Par ailleurs, ajoutons à cela le fait que le patient investit le territoire qu'est la salle de dialyse à mesure de l'avancée dans la trajectoire de sa maladie. Ainsi toute nouvelle personne y est tout d'abord considérée comme étrangère et le soignant doit alors « faire ses preuves ». Face à cela, les études ont prouvé la contribution positive d'une relation de type « caring » dans le cadre des maladies chroniques participant à diminuer la symptomatologie. L'on comprend alors mieux le rôle majeur d'une relation soignant/soigné de qualité dans l'accompagnement de ces patients.

Cependant, même si la terminologie est riche en termes de relation « juste distance » ou « bonne distance thérapeutique » ou « juste proximité », il reste difficile de se positionner au mieux dans le but de cet accompagnement de qualité. Ceci ressort souvent par des questions de ce type :

- Suis-je trop familière ?
- Suis-je trop distante ?
- Suis-je encore professionnelle ?
- Quelles limites faut-il garder pour se préserver ?
- Quelle est la bonne attitude pour être dans le « prendre soin » ?

Influencées par les recommandations et le positionnement prônés par la hiérarchie, ces questions de distance ou de proximité nous rappellent la nécessité de garder ses distances et de rester dans son rôle professionnel, mettant ainsi l'accent sur « la distance ».

Cependant, dans un service où la relation d'aide est primordiale, peut-on réellement être « au plus proche » des patients pour leur apporter notre soutien et à la fois garder une distance « professionnelle » ?

DISTANCE OU PROXIMITÉ ?

Pour commencer ce travail de réflexion, nous allons d'abord développer le concept de distance et de proximité dans la relation.

► *Distance et proximité*

La distance est définie comme « l'écart, la différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités »¹.

La proximité se définit comme la « situation de quelqu'un, de quelque chose qui se trouve à peu de distance de

quelqu'un, de quelque chose d'autre, d'un lieu »². La distance dans la relation thérapeutique est évolutive. Cependant, la relation de soin impose rapidement une proximité avec la personne soignée, et pour la réalisation de certains actes, il est nécessaire de toucher la personne. L'accompagnement, la relation d'aide nous plongent dans l'intimité de la personne soignée, dans son vécu. L'aspect chronique de l'hémodialyse accentue cette proximité, les professionnels de santé accompagnent les patients sur le long terme, des éléments de la vie privée de chacun des acteurs sont ainsi partagés. Si la relation de soin apparaît comme une relation de proximité, alors pourquoi parlons-nous de distance ?

L'ENJEU D'UNE « JUSTE DISTANCE »

La qualité d'une relation de soin, nécessite une « juste » distance, pour le bien être des soignants et la bonne prise en charge des patients :

- Un manque de distance risque de conduire à une implication excessive du soignant, générant ainsi de l'affectivité pouvant conduire à un épuisement professionnel. Un manque de distance peut également conduire, dans un contexte de maladie chronique, à des relations familiales avec les patients qui peuvent aboutir à des débordements dans les attitudes, les paroles employées. Ceci peut mettre le soignant en difficulté lorsque cette familiarité entraîne un non-respect du règlement, des autres patients, des soignants.
- Une distance excessive a des conséquences délétères sur la prise en charge des patients. Alexandre Jollien, philosophe suisse, aborde le sujet de la distance relationnelle dans son livre *l'éloge de la faiblesse*. Ce philosophe victime d'athétose suite à des complications lors de sa naissance, a grandi en institution spécialisée. Son ouvrage est le récit de son expérience en institution. Il y décrit la distance de la manière suivante : « dans leurs colloques, beaucoup d'éducateurs insistent excessivement sur la nécessité de mettre de la distance entre le « patient » et l'éducateur. Cette recommandation anodine suscite beaucoup de souffrances gratuites. (...) La retenue rendant ainsi nos relations très superficielles, très « cliniques ». Finalement, cette distance constituait un obstacle radical à l'éducation (...) cette distance nous éloignait des éducateurs et pensionnaires, un gouffre infranchissable »³.

Pour le bien être des patients et des soignants, il semble nécessaire de trouver une « juste » distance. Alexandre Jollien parle de cette « juste » distance : « La distance, il est vrai, peut aider le soignant à conserver sa sphère privée, à ne pas se laisser miner par les problèmes du patient.

Mais si une distance raisonnable s'acquiert grâce à l'expérience, elle ne peut ni ne doit s'imposer de façon abrupte et froide. Tout cela vient... d'un équilibre délicat »³.

Trouver un « équilibre » dans la relation avec le patient semblerait alors gage de bien être des soignants et de qualité de prise en charge des patients. Mais comment trouver cet « équilibre » ? Pourquoi semble-t-il si difficile à trouver ?

Selon Thierry Tournebise, psychothérapeute, la difficulté vient du fait que les soignants sont « piégés entre les préceptes contradictoires « d'empathie » (se mettre à la place) et de « distance professionnelle » (ne pas trop s'impliquer), ils ont du mal à se positionner. Soit, ils se rapprochent et se trouvent dans une éprouvante affectivité, soit, ils mettent de la distance et se désinvestissent »⁴. Pour Thierry Tournebise, un autre aspect intervient dans la difficulté des soignants à se positionner auprès des patients sans subir les conséquences d'une affectivité trop importante.

DISTANT OU DISTINCT ?

Pour Thierry Tournebise, la difficulté viendrait d'une incompréhension de la part des soignants du concept d'empathie. L'empathie « consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne »⁴. L'empathie suppose que le soignant fasse abstraction de son univers de référence pour se centrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. Pour Carl Rogers, l'empathie est la base de toute relation thérapeutique, cependant, ce concept peut être source d'ambiguïté quand l'on parle de distance relationnelle. Selon Thierry Tournebise, « se mettre à la place de l'autre engendre forcément de

l'affectivité ; garder ses distances engendre forcément à ne pas comprendre l'autre »⁴. L'empathie n'est pas se mettre à la place de l'autre, mais tenter de comprendre le vécu de l'autre tout en restant soi-même. Selon cet auteur, le concept fondamental dans une relation thérapeutique est la distinction. Le soignant ne peut prendre soin en étant distant de la personne soignée. Cependant, pour ne pas se laisser envahir par l'affectivité, le soignant doit, face au vécu du patient, savoir se distinguer de l'histoire de ce dernier.

Se distinguer de l'autre s'acquiert avec l'expérience et la connaissance de soi. C'est par la connaissance de soi que le soignant apprendra à se sentir indépendant de l'autre, et renforcera sa personnalité. Pour Carl Rogers, il est important d'avoir une personnalité suffisamment forte pour se sentir distinct de l'autre afin de ne pas se laisser envahir par les sentiments négatifs de l'autre. « Quand je peux librement ressentir cette force qu'il y a d'être une personne séparée, alors je découvre que je peux me consacrer plus entièrement à comprendre autrui et à l'accepter parce que je n'ai pas la crainte de me perdre moi-même »⁵. En ce sens, le positionnement professionnel ne se limite donc pas à de simples règles, mais nécessite un cheminement personnel et professionnel de la part du soignant. Ce cheminement nécessite que le soignant identifie et clarifie ses limites, ses croyances et les difficultés qu'il rencontre... L'utilisation des sciences du « caring » comme cadre conceptuel nous semble un moyen d'aider les soignants dans leur cheminement et un outil permettant une prise en charge de qualité des patients.

CONCEPT CARE/CARING COMME RÉPONSE AU POSITIONNEMENT

PROFESSIONNEL DU SOIGNANT EN HÉMODIALYSE

La relation de soin, comme toute relation, est faite d'affects. Les ressentis et les émotions font ainsi partie intégrante de cette relation. Face à cela, l'une des composantes du concept « Care » est la disposition affective. Celle-ci nous invite à accueillir, reconnaître et mobiliser les affects, à l'inverse de nombreux discours qui identifieraient les émotions comme de la sensiblerie incompatible avec la notion de professionnalisme favorisant un mode de fonctionnement défensif soignant basé sur le refoulement, qui prend parfois le nom de « distance professionnelle ». Ainsi, l'affectivité représente un élément clé du professionnalisme en ce sens que le soignant doit se poser la question de savoir comment il mobilise ces affects. Et le concept « care/caring » semble apporter une réponse face à ce questionnement du fait de la croissance personnelle, professionnelle et du développement de compétences relationnelles qu'il permet.

Notre intérêt se portera donc dans un premier temps sur le concept de « care » pour appréhender sa complexité intrinsèque pour ensuite envisager la philosophie du « caring » selon les travaux de J. Watson en tant que réponse potentielle à ce « positionnement juste ».

Le concept de « care » est un concept essentiel⁶ puisqu'il constitue le point central des soins infirmiers en tant que « Caring in the human health experience ». Cependant, malgré son caractère ambigu et complexe, nous allons tenter d'appréhender ses contours.

► Le concept de « care » dans le champ philosophique et social.

Le champ philosophique et social propose une déclinaison de quatre attributs. Deux postulats de base

sont à énoncer : le premier est que « l'être et le faire sont indissociables », et le second est son caractère nécessaire et indispensable au même titre que le « Care », dont il est le plus souvent indissociable.

- **Premier attribut : le « care » est une disposition à la fois cognitive et affective**

Faisant référence à l'anglicisme « To care about », « concernement » ou « souci des autres », le « care » relève d'une disposition cognitive : quand un besoin est là, il demande à être satisfait en supposant une forme d'attention. Il s'agit ainsi de mobiliser son attention et de la concentrer sur la personne dont on prend soin. L'idée de l'attention est centrale. Mais le « care » relève également de la disposition affective où les affects sont à identifier, à reconnaître et à mobiliser. Ils peuvent tout aussi bien appartenir à un registre positif que négatif tels la distance, le dégoût ou encore la haine. On accède alors à une dimension ambiguë de la vie affective où se soucier des autres génère des affects ambivalents. Il s'agit donc ensuite de les regarder en face et de s'en servir soit en les mettant à distance, soit en y réfléchissant.

- **Second attribut : le « care » est une activité de soin ou « care giving »**

Le « care » reprend également un ensemble d'activités qui répondent « aux exigences caractérisant la relation de dépendance ». On pourrait parler du travail concret du « Care » ou encore des activités qui s'occupent des besoins des autres. Un travail qui participe au maintien et à la préservation de la vie des autres, reposant sur la mise en oeuvre d'une compétence. Le « care », travail invisible, passe très souvent inaperçu pour le bénéficiaire et c'est son manquement ou sa réalisation non correcte qui les rendent visibles.

- **Troisième attribut : le « care » s'inscrit dans une relation symétrique ou « care receiving »**

Malgré les notions de vulnérabilité et de dépendance, c'est l'altérité qui est déclaré et la symétrie dans la relation qui est recherchée. L'asymétrie dans la relation est selon J. Tronto la « dernière étape du Care », elle évoque une réception qui doit être entendue parce qu'elle signe le bon « care ». Cela fait échos à « donner, recevoir et rendre » tel que Marcel Mauss a pu le développer dans son essai sur le don.

- **Quatrième attribut : le « care » recouvre une responsabilité des sujets ou « taking care of »**

La responsabilité porte sur l'autre en tant qu'il est en situation de vulnérabilité et de dépendance. Cette responsabilité dépasse le domaine du soin jusqu'à devenir un souci de la vie et du vivant.

Ainsi, le travail de « care » conjugue à la fois disposition affective et cognitive, activités de soin, relation visant une symétrie et responsabilité face à la vulnérabilité de cet Autre. L'on comprendra aisément que ces caractéristiques en font un travail complexe et nécessaire à mettre en oeuvre pour le professionnel du point de vue du positionnement. La complexité se majore d'autant plus que le contexte de soin dont nous parlons relève de la longue durée. Et l'une des forces de ce concept repose sur la disposition affective où les affects, loin d'être niés, sont travaillés et mobilisés et participent à la croissance personnelle et professionnelle du soignant.

► **En quoi le « caring » peut-il aider au développement de compétences relationnelles en hémodialyse ?**

« 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 »⁷.

« Le caring a existé dans toutes les sociétés. Dans chaque société, on trouve des personnes qui prennent soin d'autres personnes. Une attitude soignante n'est pas transmise d'une génération à l'autre. Elle est transmise par la culture d'une profession comme un moyen unique de s'ajuster à son environnement. Les soins infirmiers ont toujours pris une position soignante vis-à-vis des autres êtres humains. Cette position a été mise en danger au cours du temps par des exigences plus techniques et le développement de différents niveaux de soins infirmiers. Cependant, les opportunités offertes aux infirmières de suivre des formations supérieures et de mener des analyses d'un meilleur niveau des problèmes et questions concernant leur formation et leur pratique ont permis à la discipline infirmière d'harmoniser son orientation humaniste et son fondement scientifique »⁸.

Publié pour la première fois en 1982, les travaux de J. Watson semblent illustrer parfaitement cette volonté de faire du « Care » une science associant humanisme et science. Les savoirs expérientiels exposés, qu'ils soient de l'ordre de l'être ou du faire, sont soutenus, étayés et appuyés par des travaux de recherche de l'époque ayant démontré l'effet thérapeutique. Globalement, Watson J. nous invite à appréhender la discipline infirmière comme la « Science du Caring ». Celle-ci se présente comme un cadre conceptuel où le soignant doit adapter son exercice à dix facteurs « caratifs » :

- Les trois premiers sont annoncés comme les fondements philosophiques.
- Parmi les autres facteurs, l'aspect scientifique est exposé de manière détaillée.

Dans sa conception, Watson J. considère la profession infirmière à la fois comme une science et un art puisqu'elle repose sur un système de valeurs humanistes et altruistes et sur des connaissances scientifiques. Le « caring » est un idéal moral faisant appel à un engagement personnel, dont l'objectif est le respect de la dignité humaine et la préservation de l'humanité. Les postulats qui ont servi de base à sa conception du soin humain sont :

- La vision holistique de la personne et la signification de ce qu'est un humain.
- Le développement de la conscience humaine et la transcendance du corps physique.
- Le champ énergétique de la vie-champ énergétique universel.

FONDEMENT PHILOSOPHIQUE À LA SCIENCE DU « CARING » :

► **Facteur n°1 :** **Le développement d'un système de valeurs humanistes et altruistes**

Philosophie de vie où les relations à autrui sont porteuses de sens. (Engagement à donner et à recevoir, source de satisfaction). L'humanisation des valeurs prend ses sources dans l'enfance, se développe et se renforce en examinant ses propres conceptions, croyances (fondements de l'empathie), en vivant des expériences auprès d'autres cultures, en étudiant les sciences humaines ou encore la littérature ou les arts, en réalisant des exercices aidant pour clarifier les valeurs (méditation, thé-

rapie...). Afin d'être en capacité d'apporter sa contribution à la société, le soignant doit au préalable travailler et clarifier son identité personnelle et professionnelle afin d'accéder à la maturité. (Concepts d'Adler et d'Allport).

► **Facteur n°2 :** **La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir**

Importance majeure car il est capable d'influencer le processus de guérison et l'issue de la maladie.

Objectifs :

- Aider la personne à accepter les informations qu'on lui donne.
- Aider la personne à commencer à modifier son comportement.

► **Facteur n°3 :** **La culture d'une sensibilité à soi et aux autres**

« Être humain signifie avoir la capacité de ressentir ». La reconnaissance de ses propres émotions et l'autorisation à les ressentir (quelqu'en soit la teneur) conduisent à l'actualisation de soi par l'acceptation de soi et la croissance psychologique. Le soignant peut impulser l'actualisation de soi à la personne soignée. Sincérité et authenticité : l'établissement de relations égalitaires est indispensable à la promotion de la santé (à l'inverse de la manipulation).

Ces trois facteurs permettent de développer une maturité personnelle et professionnelle. Il s'agit de se connaître soi, savoir identifier ses émotions, ses limites et agir en conséquence. Grâce à cette maturité, le soignant pourra reconnaître les difficultés dans la relation, réajuster si besoin, savoir se positionner sans se laisser déborder par la situation. Dans un service d'hémodialyse, le travail dans la chronicité, la confrontation quotidienne aux souffrances

des patients, les situations de conflits peuvent aboutir à l'usure professionnelle. La maturité du soignant lui permet de se connaître, de savoir prendre soin de lui, pour ainsi éviter cette usure professionnelle ce qui a un effet bénéfique sur la prise en charge des patients.

► **Facteur n°4 :** **Le développement d'une relation d'aide et de confiance**

► **Facteur n°5 :** **La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs**

Ces facteurs vont au-delà du fondement philosophique puisqu'ils constituent une base de recherche scientifique empirique : les preuves établies reposant sur l'impact déterminant de la qualité d'une relation avec une autre personne sur l'efficacité de l'aide, il n'est donc plus question d'intuition. L'infirmière dispose d'outils thérapeutiques qu'elle se doit d'utiliser et de développer :

- La sensibilité à une rencontre interpersonnelle communicative.
- Développement d'une relation d'aide et de confiance influençant la qualité des soins.

Les attitudes spécifiques de la relation d'aide et de confiance :

- La congruence selon Rogers (effet scientifiquement validé Echelle de sincérité pour s'évaluer).
- L'empathie selon Rogers (échelle d'empathie).
- La chaleur humaine selon Rogers (favorable à la confiance et au sentiment de sécurité), (échelle de chaleur humaine).

- Rappels des principes généraux de communication.
- L'écoute.

La relation d'aide est un aspect majeur du rôle de l'infirmière en hémodialyse. Ces patients étant atteints d'une maladie chronique, le rôle des soignants est donc d'aider les patients à apprendre à vivre avec leur maladie rénale.

► **Facteur n°6 :**
L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision

Utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème : condition nécessaire à la science du « Caring ».

Dans un service d'hémodialyse, cette approche scientifique de résolution de problème passe par la réalisation d'un projet de soins pour les patients. Pour une plus grande efficacité dans la prise en charge des patients, il est nécessaire de tracer chaque démarche de soin. Ceci permet d'avoir un meilleur suivi des patients et que les patients se sentent plus investis dans leur rôle, permettant une nouvelle fois de prévenir l'usure professionnelle liée à la chronicité de ce type de service. Tracer la démarche de soin permet également une reconnaissance des actes relationnels des soignants trop souvent réalisés de manière implicite.

► **Facteur n°7 : La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel**

L'information donnée et l'éducation à la santé permettent une réduction du stress vécu par les patients. L'une des caractéristiques de la maladie chronique est l'incertitude (face aux complications potentielles de la maladie), il est donc nécessaire de donner les informations, évaluer les besoins du patient pour lui permettre une reprise de contrôle.

► **Facteur n°8 : La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction**

Variables externes, outil pour quantifier le changement, la sécurité, le confort, l'intimité, un cadre de vie propre-esthétique.

Un service d'hémodialyse est un environnement hostile lié à la technicité, la présence de ces imposantes machines, à la circulation extracorporelle. La confiance et

la sécurité sont des aspects essentiels en hémodialyse pour rendre cet environnement plus supportable pour les patients.

► **Facteur n°9 :**
L'assistance dans la satisfaction des besoins humains (Référence aux travaux de Maslow)

Les besoins biophysiques situés en bas de la hiérarchie, les besoins psychophysiques situés en bas de la hiérarchie. L'assistance dans la satisfaction des besoins psychosociaux situés en haut de la hiérarchie, l'assistance dans la satisfaction du besoin intra et inter personnel situé au sommet de la hiérarchie.

Dans un service d'hémodialyse, le rôle biomédical de l'infirmière et le rôle relationnel sont d'importance égale. La satisfaction des besoins biophysiques est nécessaire pour aider le patient dans l'actualisation de soi.

► **Facteur n°10 :**
La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques

Dans un service d'hémodialyse, la prise en compte de l'histoire du patient, de son vécu, de ses croyances, est indispensable pour l'aider dans cette démarche d'adaptation à sa nouvelle vie.

CONCLUSION

La relation soignant/soigné en hémodialyse ne peut obéir à de simples règles et l'on ne peut parler d'« un » positionnement juste. Se positionner face à un patient atteint de pathologie chronique nécessite en effet un cheminement personnel et professionnel de la part du soignant. Chaque soignant ayant son propre cheminement, chaque patient ayant ses propres besoins, chaque relation sera donc singulière et chaque positionnement sera donc singulier. Le soignant pourra donc adopter une attitude différente d'un patient à l'autre selon l'évaluation qu'il aura établi de la situation, selon les affinités, selon ses difficultés.... L'important reste le maintien du respect et le bien-être du patient et du soignant.

C'est en cela que le concept de distinction apparaît comme pertinent et dépasse les questionnements concernant la distance et la proximité dans la relation. Quand un soignant arrive à une maturité personnelle et professionnelle, il ne se pose plus ces questions de distance. Par la connaissance de soi, il sait identifier le type de relation établie, il connaît ses limites, il sait repréciser le cadre en cas de besoin. La raison d'être du discours prônant la distance relationnelle tient peut-être dans le fait que nous ne sommes pas actuellement organisés

dans de nombreuses unités pour accueillir, favoriser et développer cette disposition dans l'équipe soignante. Effectivement, quels sont les temps de discussion, de verbalisation et de réflexion collective portant sur ces difficultés ?

Il semble indispensable d'aider le soignant à cheminer pour le bien-être des deux acteurs. Adopter une philosophie du « caring » guide le soignant dans son cheminement et dans la prise en charge des patients. Cependant, afin que le travail de « care » puisse s'exprimer, il nous faut sortir, ainsi que nous invite J. Tronto, de cet idéal sociétal qui dénie nos vulnérabilités et porte en éloge l'autonomie et nous rappeler que nous sommes tous vulnérables, à la fois distributeurs et récepteurs de « Care ».

BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042?q=distance#25925>.
2. [En ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proximit%C3%A9/64681?q=proximit%C3%A9#63957>.
3. Jollien, Alexandre. *Eloge de la faiblesse*. s.l. : Marabout, 2011.
4. [En ligne] <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>.
5. Rogers, Carl. *Le développement de la personne*. s.l. : InterEditions, 2005.
6. Newman et al. 1991.
7. Watson, Jean. *Le caring*. s.l. : Seli Arslan, 1998.
8. Mayeroff. 1992.