

3

Résumé

Il n'est pas rare d'entendre, en sciences infirmières, que la relation entre l'infirmière et le soigné doit viser à être thérapeutique et aidante. Ces deux qualificatifs, présentés comme des exigences, jouent un rôle important dans l'attitude de l'infirmière. Ils l'invitent à adopter une approche orientée sur l'atteinte d'objectifs afin de générer des impacts positifs sur le soigné. Or, du coup, la relation devient une « tâche » à réaliser, et fait de la rencontre avec l'autre une démarche à appliquer. Ces constats ont fait émerger l'intérêt de réaliser une étude théorique dont l'objet consiste à explorer les fondements premiers de la relation infirmière/soigné. Par une analyse dialectique comparant les écrits de la littérature infirmière à ceux du philosophe Gabriel Marcel, nous proposons un modèle prenant racine sur les notions de rencontre et d'intersubjectivité, en rappelant ce que devrait d'abord être la relation entre deux personnes, une infirmière et un soigné.

Mots clés analyse dialectique, Gabriel Marcel, intersubjectivité, MIRIS, relation infirmière/soigné

Les fondements de la relation infirmière/soigné revisités par un modèle construit autour de la philosophie de Gabriel Marcel

CHANTAL VERDON, MIREILLE LAVOIE & DANIELLE BLONDEAU

Introduction

La relation est un fondement essentiel de la discipline infirmière puisque le service que rend l'infirmière se fait difficilement sans porter un regard sur le lien qui l'unit au soigné. D'ailleurs, les connaissances qui émergent des différents écrits dans ce domaine démontrent que la nature de la relation peut influencer la santé des personnes soignées.[1-3] La qualité de cette relation est abondamment exposée dans la littérature infirmière surtout dans les secteurs d'activités où les soignés sont particulièrement

vulnérables tels que l'oncologie,[4] les soins palliatifs,[5] les soins critiques[6] et la santé mentale[7]. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que plus la situation de santé du soigné est précaire, plus la relation infirmière/soigné (RIS) est importante. Les connaissances relatives à cette relation servent à orienter des recommandations professionnelles pour la pratique au quotidien. Ainsi, l'attitude de l'infirmière, ses habiletés relationnelles, les réactions du soigné et ses attentes, les demandes des milieux de pratique et l'intégration aux soins figurent parmi les thèmes exploités dans la littérature infirmière sur ce phénomène. En fait, il s'agit d'un domaine d'intérêt très vaste qui exploite une multitude de connaissances diversifiées - théoriques, empiriques, philosophiques, professionnelles - mais parfois contradictoires. D'ailleurs, à ce propos, différents types de relation, tant observés dans la pratique des infirmières[8] qu'encouragés par divers modèles de soins infirmiers,[9,10] tentent de décrire un idéal à atteindre pour la pratique infirmière. Alors que certains types de relation sont à proscrire - la relation d'amitié, sympathique

et surengagée, d'autres types sont plutôt encouragés – la relation professionnelle, thérapeutique, empathique et de caring. En outre, les fondements de la RIS renferment plusieurs consignes professionnelles.[11-13] Passant par le contenu qu'il est possible de partager avec le soigné, jusqu'à l'intensité des liens à développer et la distance permise, l'infirmière entre en relation avec le soigné selon une série de recommandations qui ne sont pas toujours claires ou cohérentes - même si certaines d'entre-elles sont appuyées théoriquement – entraînant une certaine confusion sur la façon d'être avec l'autre.

Plusieurs directives professionnelles relevées dans la littérature infirmière sont imprécises et se contredisent entre elles. À titre d'exemple, l'infirmière est encouragée à développer une intimité avec le soigné tout en gardant une certaine distance professionnelle. On l'invite à se mettre à la place de l'autre, mais en privilégiant un lien plutôt hiérarchique, se positionnant bien souvent comme une experte quant au vécu de l'autre. Elle est avertie du danger d'un « surengagement », mais on l'encourage simultanément à s'investir avec compassion et don de soi. Ainsi, les limites à instaurer entre elle et le soigné sont floues. Et lorsque précisées, elles portent davantage sur des considérations d'ordre spatial. On mentionne par exemple d'avoir la « juste » proximité physique et de ne pas trop s'investir émotionnellement.[14,15] En outre, on émet une série de directives qui encourage l'infirmière à demeurer objective et neutre, mais en privilégiant l'aspect humain et l'implication émotive, ce qui peut devenir contradictoire. Ces mêmes contradictions s'illustrent par la sémantique des mots employés pour décrire la RIS, tels « professionnel tears » et « intimité professionnelle »[16,17] qui alimentent toutes sortes de questionnements. L'infirmière qui pleure agit-elle avec professionnalisme envers le soigné ? L'intimité exclut-elle l'objectivité attendue du professionnel ? Bien que la naissance de ces nouveaux termes semble rallier des paradoxes – objectivité et professionnalisme versus subjectivité et compassion – on sent que les délimitations de la RIS peuvent être contestables.

En somme, à la lumière de ces observations relevées dans la littérature infirmière – principalement par l'entremise de la base de données CINAHL spécialisée en sciences infirmières, la RIS n'est pas clairement définie et les directives visant à guider les infirmières n'atteignent pas leur but. Ce sont ces constats qui mènent au but d'une étude théorique sur l'analyse des fondements de la RIS [18]. Il s'agit de comparer la littérature infirmière à ceux du philosophe existentialiste Gabriel Marcel afin de mettre en lumière les fondements de la relation à l'autre et, dès lors, de la RIS.

En fait, Marcel s'est beaucoup intéressé aux expériences humaines et à l'intensité des liens qui caractérisent les rapports entre les personnes.[19,20] Il est un des philosophes à avoir réfléchi à la notion d'intersubjectivité – tout comme Husserl, Merleau-Ponty et Buber –, mais l'un des rares à l'avoir exploitée et décrite de façon plus spécifique comme essence première de la relation. Gabriel Marcel propose une dimension particulière de la notion d'intersubjectivité, où il la positionne comme le précurseur de toute relation, le point de départ qui met en relief l'importance de partir de soi pour ultimement aller vers les autres. Marcel propose alors une réflexion qui tourne autour du principe de prendre soin de soi pour prendre soin des autres, un regard des plus pertinents pour la pratique infirmière. En fait, il précise la nécessité d'un mouvement incessant entre soi et l'autre, une symétrie, où il n'est pas possible de tenir compte uniquement du soigné pour créer et vivre une relation.

Cet article vise donc à décrire les propositions philosophiques qui découlent d'une analyse ayant comparé la pensée de Gabriel Marcel aux écrits en sciences infirmières concernant la relation à l'autre. Ces propositions ont permis de développer un modèle intersubjectif de la rencontre infirmière/soigné (MIRIS) permettant de redéfinir la relation en vue de l'adapter aux réalités contemporaines des infirmières. Nous proposons d'abord de revoir deux fondements théoriques importants pour la RIS.

Les fondements théoriques de la RIS

Les fondements théoriques de la RIS relevés dans la littérature infirmière – toujours au sein de la base de données CINAHL – contribuent à définir ce qu'elle devait être en soi. Deux principaux fondements retiennent notre attention pour leur popularité au sein de la littérature : la portée thérapeutique de la RIS et son association évidente au soin. Ceux-ci décrivent les échanges qui surviennent entre l'infirmière et le soigné en imposant un contenu et une façon d'être spécifique.

La relation thérapeutique

Le terme « thérapeutique » définit la nature de la RIS et la plupart des écrits en sciences infirmières l'utilisent et le considèrent d'emblée comme une norme à respecter. La relation est, et doit être qualifiée de cette façon. Chambers[21] précise qu'elle est dite « thérapeutique » lorsqu'elle s'associe nécessairement au traitement du soigné, à des objectifs concrets impliquant des effets positifs sur le soigné, voire même à l'initiation d'un changement pour lui. Cette description implique alors un haut niveau de performance pour l'infirmière. En effet, celle-ci doit développer des relations qui exigeront une structure

organisée en vue d'atteindre un but et des objectifs ciblés et positifs pour le soigné. La perspective de ce type de relation oblige à développer de solides connaissances et une façon de faire qui met en lumière des techniques et des habiletés pour répondre à ces exigences.

Or, ces exigences contraignent l'infirmière à identifier concrètement des effets sur le soigné, qu'ils soient mesurables ou qualifiables. L'infirmière cherche alors à saisir l'ampleur de son action sur l'autre. À ce propos, des protocoles liés à la relation sont nés,[22] et des techniques de base ont été proposées en vue de guider les infirmières.[23,24] Il n'est donc pas rare d'entendre des infirmières parler de la relation et de leurs désirs profonds d'aider le soigné par une parole dite, de le soulager psychologiquement par le lien créé avec lui, de le consoler par l'emploi de mots précis. Plusieurs sont alors en quête du meilleur discours à tenir en vue de générer un mieux-être sur l'autre.

Or, cette quête de mots pour soigner l'autre peut causer une pression importante chez l'infirmière. En effet, cette pression ajoutée à la notion de temps et à la complexité du soin peut amener l'infirmière à se centrer davantage sur la tâche, plutôt que sur le lien qui l'unit à l'autre entre autres lorsqu'elle n'arrive pas à trouver ce qu'elle doit dire au soigné. Ce dernier peut d'ailleurs ressentir ce besoin qu'elle a de l'aider inextricablement. Ainsi, ce type d'exigence risque d'alourdir le processus de la relation, surtout si on lui cède des vertus « thérapeutiques » qui entrent en contradiction avec d'autres attributs de la relation comme la notion de caring, ou d'intimité. Ces notions étant davantage orientées vers la rencontre de l'humain et le caractère intuitif lorsqu'il s'agit d'aller vers l'autre,[25,26] elles sont moins orientées vers une certaine productivité. D'ailleurs, cette productivité explique sans doute l'association évidente de la relation au soin, le propos du deuxième fondement théorique.

La relation en tant que soin

La relation est très souvent décrite comme un acte de soin en soi. À ce titre, plusieurs appellations qui lui sont associées sont présentes au sein de la littérature infirmière : « relation soignante », « relation de soin » et « soin relationnel ».[27,28] Plusieurs théoriciennes ont d'ailleurs décrit le soin par l'approche relationnelle que crée l'infirmière envers le soigné (cf. tableau 1).[9,10,29-31]

Historiquement, la réflexion autour de la notion de RIS est survenue suite à celle du soin. En fait, selon les propos de Collière [32], développer le corpus de connaissances sur la relation est devenue nécessaire lorsqu'il a été établi que l'infirmière devait répondre aux besoins du soigné pour raffiner ses soins. Par conséquent, dans l'optique de le découvrir, de mieux le connaître et de le comprendre, l'infirmière devait apprendre à créer des liens avec lui. Les connaissances développées par la suite ont servi essentiellement à atteindre ce but. Ainsi, concevoir la relation de cette façon explique son impact majeur sur le rôle de l'infirmière, sur sa pratique et conséquemment sur le soin. Pourtant, si le fait de vouloir connaître le soigné devient véritablement le but de la relation, il n'implique pas d'emblée que cette relation soit un soin proprement dit. Aussi, ce portrait anthropologique, tel que présenté par Collière, justifie la portée professionnelle et thérapeutique de la RIS.

Or, est-ce que les caractéristiques attendues et exigées de la RIS répondent à ces fondements ou si elles se détournent de sa nature idéale? Puisqu'il s'agit ici de réfléchir à l'essence même de la relation, l'exploration de ce questionnement doit forcément passer par une réflexion d'ordre philosophique. Pour y parvenir, la pensée de Gabriel Marcel et sa position sur la notion d'intersubjectivité ont été privilégiées, considérant la portée des travaux novateurs de ce philosophe qui propose d'abord de prendre conscience de soi afin d'arriver

Tableau 1. Les théoriciennes et leur définition du soin [18]

Théoriciennes	Définition du soin
Peplau	Établir des relations interpersonnelles en vue de connaître et comprendre soi et l'autre.
Travelbee	Créer des relations d'humain à humain teintées de sympathie, un niveau supérieur de l'empathie.
Paterson et Zderad	Promouvoir un dialogue par l'exploration d'un espace créé par des transactions intersubjectives teintées d'empathie.
Parse	Établir une présence vraie décrite comme une façon d'être avec l'autre, une qualité d'attention envers le soigné.
Watson	Développer une relation de caring transpersonnelle, une relation spéciale d'humain à humain.

ultimement à regarder les autres, définissant du coup la véritable essence d'une relation à l'autre. Une analyse dialectique a donc été effectuée entre les écrits de Gabriel Marcel et ceux des soins infirmiers, permettant de revoir la structure de la RIS et les exigences qui peuvent et doivent en découler.

Analyse dialectique de la RIS : vers une formulation du modèle intersubjectif de la rencontre infirmière/soigné (MIRIS) inspiré de Gabriel Marcel

L'analyse dialectique de la RIS à partir de la pensée de Gabriel Marcel et des écrits infirmiers se décrit par trois étapes successives inspirées par les travaux de Couillaud.[33] La première consiste à extraire le sens des mots – ceux utiles pour décrire tout processus d'une rencontre entre deux personnes. Ainsi, il s'agit d'explorer le sens donné à la RIS, tel que défini dans la littérature infirmière et ce que propose Gabriel Marcel. La seconde étape vise à retracer les convergences et les divergences parmi les écrits respectifs. Enfin, la troisième étape conduit à identifier les contradictions entre ces comparaisons, en vue de faire émerger des propositions qui fondent la base ontologique d'un modèle [18] – le MIRIS – permettant de redéfinir des paramètres cohérents à l'endroit de la RIS. C'est l'ensemble de ce processus d'analyse qui a mené à l'élaboration de ce modèle.

Ce processus d'analyse repose toutefois sur une préparation initiale comprenant la sélection d'écrits de Gabriel Marcel et des sciences infirmières. D'abord, par une analyse des écrits de Gabriel Marcel, des thèmes et des sous-thèmes ont été recensés à l'intérieur de l'ensemble de ses publications. Chacun de ces éléments a mené à l'identification de mots-clés utiles au processus dialectique. Ils ont été traduits en anglais pour être insérés dans la base de données CINAHL en sciences infirmières. Cette base de données est celle qui a été préconisée puisqu'elle répertorie l'ensemble de la littérature infirmière. La sélection des écrits infirmiers s'est alors effectuée par des critères d'inclusion précis^a où principalement ils devaient décrire un portrait de la relation infirmière/soigné. Ainsi, plus de 174 publications comprenant des textes théoriques, des résultats de recherches empiriques, des réflexions d'ordres philosophiques ou des directives

professionnelles ont été sélectionnées. Cette préparation initiale a donc permis d'entreprendre le processus d'analyse dialectique avec les écrits de Gabriel Marcel faisant émerger le MIRIS.

Ce modèle définit les fondements de la RIS à partir de l'intersubjectivité, une notion qui sera détaillée et schématisée un peu plus loin. Ces fondements font référence aux conditions, à la nature et aux limites de la relation qu'il convient d'entrée de jeu de définir selon une vision philosophique.[34] D'abord, les *conditions* de la RIS sont ce qui lui permet d'exister, dit autrement, sans elles la relation ne peut survenir. Il s'agit donc de préalables, d'exigences qui évoluent et qui changent. Les conditions sont de première importance puisqu'elles expliquent les circonstances qui permettent à la RIS d'être ce qu'elle est. La *nature* de la RIS correspond à son essence, à ce *qu'elle est*, ses caractéristiques, ses attributs, ses qualités. Elle précise ultimement son but, sa finalité, et demeure immuable. Finalement, les *limites* représentent tout ce qui est exclu de la RIS. Il s'agit des frontières à ne pas dépasser, des barrières à ne pas franchir pour qu'elle puisse continuer d'exister.

Ces précisions mettent déjà en lumière une ambiguïté importante dans l'utilisation des termes utiles dans la description de la RIS en sciences infirmières (cf. tableau 2). En effet, l'analyse des mots employés dans la littérature infirmière en lien avec la notion de relation démontre qu'un même terme peut définir à la fois la nature de la relation et sa condition. À titre d'exemple, la notion d'engagement est incluse dans la définition de la relation,[35] tandis qu'à d'autres égards, il s'agit d'une condition à la RIS.[36]

Pour être logique, un même terme ne peut simultanément décrire une chose, un phénomène, et en être le préalable, au risque de dénaturer le sens qu'il revêt. Partant de ces constats, le MIRIS propose de clarifier ce qui précède toute relation, soit l'intersubjectivité. Et précèdent toute possibilité d'intersubjectivité, il y a une rencontre, ici entre une infirmière et un soigné.

La rencontre infirmière/soigné

Le MIRIS propose, d'après l'héritage de Gabriel Marcel, que la *rencontre* entre deux personnes précède toute

Tableau 2. Nature et condition de la relation relevées dans la littérature infirmière

Nature	Condition au développement de la relation
Relation d'aide	Être aidant
Relation thérapeutique	Être thérapeutique
Relation engagée	Être engagé

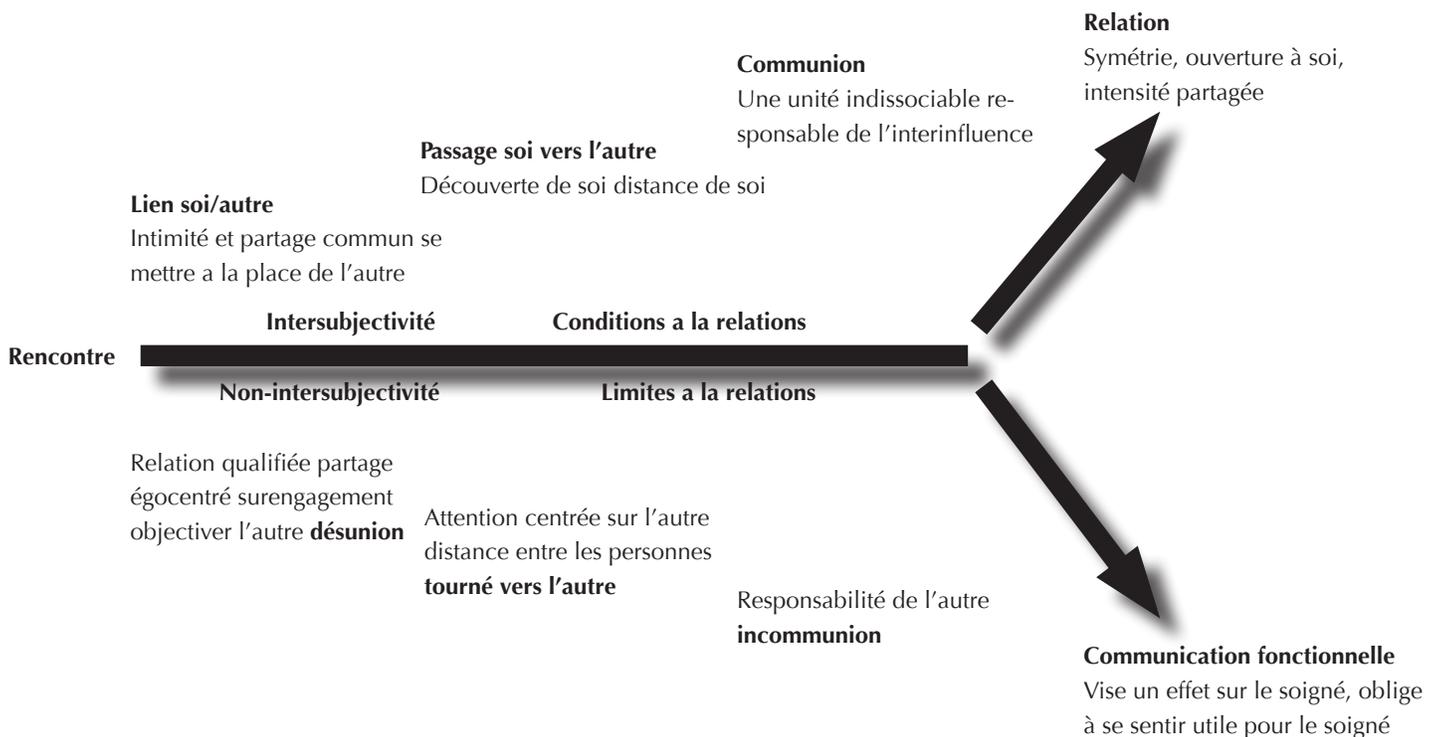
possibilité même de relation.[19,20] Ceci permet de saisir le véritable sens d'une rencontre entre deux personnes et comment celles-ci peuvent évoluer vers une éventuelle relation. Sa particularité réside dans l'optique que toute rencontre n'aboutit pas nécessairement à une relation. Ce regard pour les sciences infirmières n'est pas banal puisque, dans la littérature infirmière, les notions de « rencontre » (communément appelé *meeting* en anglais) et de « relation » sont couramment utilisées en tant que synonymes. Outre l'utilisation que l'on fait de ces termes, la notion de relation demeure omniprésente, confondant les personnes sur le fait que même si les attitudes d'une personne sont inappropriées, il s'agit quand même d'une relation telle que le proposent les termes de la relation non engagée, relation confuse ou relation superficielle.

Le MIRIS permet donc de préciser que tout n'est pas synonyme de relation, et qu'une rencontre n'est pas encore une relation. La relation est l'une des finalités possibles lorsque survient une rencontre infirmière/soigné. L'autre possibilité est que la rencontre entre deux personnes conduise à une « communication ». Cette communication, que Marcel dit fonctionnelle[37] entre l'infirmière et le soigné, s'oppose en fait à la relation. Manifestement, ces termes sont couramment présentés comme des synonymes, soit des termes interchangeables dans le corpus de connaissances infirmières.

Afin d'illustrer ce propos, la recherche systématique des termes *communication* et *relation*, par l'entremise de base de données spécialisée telle que CINAHL, est éloquent. Ces termes sont des mots-clés répertoriés simultanément dans la plupart des publications servant à décrire la RIS. En outre, la rencontre entre l'infirmière et le soigné donnera place à une relation ou à une communication. La différence repose sur la présence ou l'absence d'une intersubjectivité (cf. figure1). En présence d'intersubjectivité, la rencontre entre l'infirmière et le soigné conduira à une relation; en son absence, la rencontre mènera plutôt vers l'établissement d'une communication fonctionnelle. La notion d'intersubjectivité est donc au centre de la compréhension du MIRIS, tel que le stipule Gabriel Marcel, en tant que prérequis à toute relation.

L'intersubjectivité : le prérequis à toute relation

L'intersubjectivité est le prérequis à toute relation. Elle décrit un processus évolutif qui permet de comprendre la nature de la relation et représente ce qui devrait la précéder, c'est-à-dire ses conditions, ses préalables. Plusieurs disciplines, telles que la sociologie et la psychologie, discutent de l'intersubjectivité sous l'angle du lien qui unit les personnes entre elles. En sciences infirmières, elle a déjà été considérée comme une solution pour joindre des positions dichotomiques sur la nature de la RIS[38,39] – être objectif et neutre versus



être impliqué émotivement et centré sur l'humain. Un bref portrait sur son rôle démontre qu'elle sert surtout à décrire la teneur de l'union infirmière/soigné, voire l'interdépendance que les personnes peuvent développer ensemble.[10,40] Parmi ces propos, l'intersubjectivité sert parfois à décrire, de façon abstraite, une intensité dans l'engagement de l'infirmière envers le soigné. Pour d'autres, elle sert d'appui pour décrire une habileté à entrer dans l'expérience de l'autre, dans son monde, par un mouvement qui se voudrait naturel lorsque deux personnes se rencontrent.[41] D'autres auteures stipulent que l'intersubjectivité correspond au regard que devrait posséder l'infirmière envers le soigné concernant deux thèmes particuliers : soit la nécessité de prendre conscience de soi et de mieux se connaître.[10] L'intersubjectivité sous-entend donc une découverte de soi, une motivation et une intention qui décrit l'ampleur de l'attention qu'une personne peut donner à une autre. La notion d'intersubjectivité demeure toutefois peu explicite dans les théories en sciences infirmières[18] et mériterait d'être contextualisée au bénéfice de la pratique infirmière considérant de nombreux enjeux liés aux conditions de travail des infirmières en lien avec la RIS. L'intersubjectivité devrait donc lui servir de guide. Or, actuellement bien qu'elle apparaisse à travers des conceptions infirmières enseignées et promues depuis plusieurs années par entre autres Watson, Paterson, Zderad et Parse, elle n'éclaire pas concrètement les infirmières dans leur quotidien. Dans la mesure où elle peut être une solution, il importe d'y retrouver son essence première.

Les travaux de Gabriel Marcel ont donc servi de base pour construire une analyse qui adopte comme point de départ cette notion d'intersubjectivité, notamment par l'emploi d'exemples concrets remettant en question les fondements décrits précédemment : la relation qualifiée de thérapeutique et le soin associé à la relation. L'intersubjectivité, telle qu'analysée à travers les écrits de Gabriel Marcel, conduit à l'énonciation de trois thèmes[18] : le lien infirmière/soigné, le passage de soi vers l'autre et la communion entre l'infirmière et le soigné. Ces derniers ne doivent pas être considérés de façon linéaire, c'est-à-dire à la suite les uns des autres, mais comme étant inextricablement interreliés, et décrivant de la sorte ce qui conduit deux personnes (ou plus) à établir une relation ou une communication fonctionnelle.[18]

Le lien infirmière/soigné. Le lien développé entre l'infirmière et le soigné explique véritablement la trajectoire d'une rencontre entre deux personnes, se différenciant de la RIS. En effet, le lien infirmière/soigné n'est pas vu ici comme un synonyme du mot relation, tel qu'observé dans la littérature

infirmière. Il définit l'intersubjectivité, une condition pour que survienne la relation. Si un lien est possible, la relation existera. À l'inverse, en l'absence de ce lien, la rencontre laissera place à une communication purement fonctionnelle entre un émetteur et un récepteur.

Actuellement, le type de lien infirmière/soigné est surtout défini par le rôle et la fonction de l'infirmière. Plus précisément, la RIS existe parce qu'il y a un service à offrir. Ainsi, dans cette optique, la relation et le soin sont intimement liés. Une personne donne et une autre reçoit. L'infirmière est une professionnelle qui est liée à une personne vulnérable et cette réalité précise la nature des liens créés. Les directives professionnelles contribuent en ce sens à spécifier aux infirmières que leur lien avec le soigné ne peut être amical, social et sympathique. Les liens doivent demeurer professionnels, obligeant l'infirmière à définir un but et des objectifs concrets pour orienter la relation. Par conséquent, la relation, selon la plupart des recommandations, doit être asymétrique, et l'infirmière essentiellement centrée et tournée vers le soigné.[11]

Or, selon le MIRIS, cette description fait référence à l'absence d'intersubjectivité et oriente l'infirmière vers l'inverse d'une union avec le soigné. En effet, l'idée d'avoir un but concret à atteindre – être thérapeutique, être aidante, par exemple – via le lien développé avec le soigné décrit un phénomène important, mais différent de ce que propose Gabriel Marcel. L'infirmière, soucieuse de développer une relation d'aide, est surtout préoccupée de l'effet qu'elle produit sur le soigné. Dans cette optique, elle peut paraître préoccupée de l'autre, mais en fait elle est surtout préoccupée d'elle-même, de la finalité de ses propres actions et de l'image qu'elle veut projeter sur le soigné. Pour Marcel, cette façon d'être avec l'autre correspond ici au fait d'être « encombré de soi-même », ce qui est contraire à l'idée de former un lien menant à une relation avec le soigné. L'infirmière qui est par conséquent centrée sur l'effet qu'elle produit sur le soigné n'est pas à l'écoute de l'autre malgré les apparences.[42] Cette façon de voir remet également en question l'association du soin à la relation. Le soin se doit d'être thérapeutique, mais la relation, quant à elle, doit d'abord et surtout exister. Ainsi, selon le MIRIS, la relation précède le soin et elle n'a pas à être qualifiée d'une quelconque façon.

Le MIRIS propose ainsi différents ingrédients permettant de développer la relation. D'abord, il s'agit de se soucier de l'autre comme s'il s'agissait de soi. Pour y parvenir, se mettre à la place de l'autre – bien que l'autre soit différent de moi – oblige à développer un partage *commun* avec le soigné. Ce partage est en fait un thème central du lien créé

entre deux personnes chez Gabriel Marcel. En effet, il s'agit de chercher à créer une intimité où notre monde respectif rejoint celui de l'autre, une quête d'affinités avec l'autre [42]. Ce monde fait référence à de multiples possibilités telles qu'une émotion, une expérience, une pensée, un état ou un ressenti. Le partage n'implique pas nécessairement un monde de paroles, mais plutôt de ressentir que l'autre est un autre « moi », qu'il peut me ressembler. Ainsi, les échanges qui s'ensuivent permettent de construire un lien unique. En d'autres mots, chaque infirmière peut créer des liens différents envers chaque soigné, puisque le commun propre à chaque intimité créée dépend de la personne avec laquelle on se lie.

En somme, la relation par le lien créé entre deux personnes est considérée selon une perspective non hiérarchique, égalitaire, voire symétrique, entre les personnes qui en font partie. Toutes les relations se construisent par un lien unique à partir duquel deux personnes échangent et partagent un monde similaire construit autour d'opinions, de valeurs qui les rejoignent quant à leur propre réalité sur les situations qui se présentent à eux, au moment de la rencontre. L'infirmière crée donc un lien unique avec le soigné. Pour ce faire, elle doit passer par elle pour aller vers l'autre, conduisant au deuxième thème de l'intersubjectivité.

Le passage de soi vers l'autre. Le passage de soi vers l'autre est le second thème qui décrit l'intersubjectivité. Il peut survenir à tout moment pendant une rencontre. Il s'agit d'une prise de conscience de soi dont la finalité réside dans la découverte de ses propres facettes. Ainsi, le but de cette dimension réside dans l'ouverture face à soi-même, une différence notoire avec ce qui est promu actuellement dans la littérature infirmière. En effet, les directives professionnelles recommandent à l'infirmière de diriger son attention vers l'autre plutôt qu'elle-même, et là où on lui suggère de prendre conscience d'elle-même, le but demeure d'être surtout tourné vers l'autre. [43,44] En d'autres mots, certaines directives transmises à l'infirmière l'encouragent à se connaître pour mieux faire abstraction d'elle-même et ainsi arriver à se centrer sur l'autre, [15] ce qui est en soi contradictoire avec la pensée de Gabriel Marcel.

L'intersubjectivité propose encore une fois un regard différent. D'abord, se tourner vers le soigné pour ensuite s'en distancier rejoint plutôt l'idée d'une communication fonctionnelle puisque ces directives portent essentiellement sur l'importance d'être surtout et uniquement présent à l'autre. À l'inverse, une relation qui découle de l'intersubjectivité est une ouverture à soi, qui implique des découvertes et des prises de conscience qui surviennent grâce à cette

rencontre avec l'autre. Ainsi, il ne s'agit plus de se tourner uniquement vers le soigné, mais plutôt vers soi et l'autre, simultanément. Par conséquent, la distance nécessaire à la création d'une relation ne se situe pas au même endroit pour Marcel. En effet, plutôt que de s'éloigner de l'autre – ce qui correspondrait à la communication fonctionnelle – il s'agit de comprendre que si distance il y a, elle doit être par rapport à soi-même. Pour Marcel, c'est un niveau de réflexion sur soi qui ouvre à son monde intérieur suscité par les rencontres avec l'autre, impliquant un processus. D'abord on se reconnaît chez l'autre par ce cheminement sur soi. Ensuite, on conçoit que l'autre peut représenter une partie de moi, tout étant différent et distinct. Ultiment, il s'agit de se distinguer de l'autre. Du coup, on s'en rapproche puisque l'on prend une distance face à sa propre réalité; moi je ne suis pas l'autre même si nous nous ressemblons dans un vécu parallèle. Dans ce cadre, la prise de conscience de soi ne consiste plus à devenir « thérapeutique » envers l'autre [45], mais plutôt à distinguer les éléments de son propre vécu, qui sont différents de ceux du soigné.

En l'occurrence, être touché par l'autre n'implique pas de faire abstraction de soi, mais plutôt de mieux se connaître et se comprendre à travers l'autre ce qui permet alors de se distancer de ses propres expériences personnelles pour vivre une véritable communion avec l'autre, le dernier thème associé à l'intersubjectivité.

La communion infirmière/soigné. La communion conduit l'infirmière et le soigné vers l'établissement d'une relation. Son opposé, soit la notion d'in/communion^b fait référence à la communication fonctionnelle. La communion est un terme qui décrit l'intensité de l'union vécue entre les personnes. En fait, cette union suppose de regarder l'interaction produite entre les personnes plutôt que de les considérer séparément, car celles-ci forment un tout que l'on juge indissociable. En fait, le succès d'une rencontre entre l'infirmière et le soigné – la création d'une relation – est le fruit de l'interrelation entre les personnes et non pas uniquement grâce à une seule personne. Dans cette optique, une relation gratifiante ne pourrait être uniquement causée par le fait que l'infirmière dise la bonne chose ou pose la bonne question. Ainsi, considérer les personnes en tant qu'union implique de concevoir qu'elles s'influencent entre elles. L'infirmière est alors responsable de concevoir et de comprendre sa propre influence sur l'autre et, du même coup, réfléchir à ce que l'autre lui apporte pour elle-même.

L'inverse de ces principes définit la communication fonctionnelle. En effet, cette dernière implique un regard unilatéral où la trajectoire de la communication peut être le

résultat d'une seule personne. Aussi, dans cette même voie, l'infirmière peut se sentir responsable de l'autre et de ce qu'elle crée avec lui.[46] Ces éléments sont alors intimement liés aux fondements actuels des aspects thérapeutiques et des soins associés à la relation infirmière/soigné. En fait, actuellement, il est dit que le succès d'une relation dépend beaucoup de l'infirmière et de son savoir-faire.[17] Ces exigences contribuent aussi à lui transmettre le message qu'elle se doit de donner plus, de donner une partie d'elle et de son temps pour créer la relation qui aura la portée thérapeutique attendue. Dans cette optique, la relation inspirée du MIRIS vise à diminuer les attentes de l'infirmière envers elle-même puisque la communion est l'ingrédient qui décrit les affinités que l'on ressent au contact de l'autre. La relation se définit donc par une intensité partagée entre les personnes.

En somme, l'intersubjectivité relative au MIRIS suppose l'intégration de ces trois thèmes majeurs nés de l'analyse dialectique entre les écrits infirmiers et la philosophie de Gabriel Marcel. La présence de l'intersubjectivité est par conséquent la création du lien, du passage de soi vers l'autre et de la communion, qui font naître la relation. Son absence mènera plutôt vers une communication fonctionnelle.

Une relation ou une communication fonctionnelle

Une relation et une communication infirmière/soigné ne signifient donc pas la même chose au sein du MIRIS. Cette nouvelle perspective remet en question ce que proposent actuellement certaines directives professionnelles et certains écrits recensés dans la littérature infirmière. D'abord, une relation n'a pas à être thérapeutique ou aidante, puisque si elle existe, elle sera bénéfique pour le soigné. Dans cette optique, la relation ne peut faire référence aux notions d'efficacité, d'efficacités ou de productivité. Lorsque l'infirmière réalise des soins, ceux-ci se doivent d'être orientés vers le traitement et le rétablissement du soigné. Or, la relation ne devrait pas avoir la même finalité puisqu'elle doit avant tout exister créant du coup une ouverture à soi et une intensité partagée avec l'autre. Aussi, si elle existe, elle pourra avoir un effet thérapeutique sur l'autre. C'est donc l'impact, la conséquence de la relation, qui peut décrire une certaine vertu thérapeutique sur le soigné, une façon de voir bien différente. Lorsque l'infirmière se centre sur l'autre et cherche à établir cette relation thérapeutique, il s'agit plutôt d'une communication infirmière/soigné. Dans ce type de lien, l'infirmière est davantage soucieuse de l'effet qu'elle produit sur l'autre, elle est encombrée d'elle-même selon Marcel.

Or, il est possible que dans certaines circonstances, cette situation puisse être la seule option. Ceci n'est pas une mauvaise chose en soi, mais il est important de savoir que cet état de fait est distinct de la relation proprement dite. Par ailleurs, cette situation peut changer dès que l'infirmière prend conscience de ce qui se passe entre elle et l'autre. En effet, réaliser qu'on cherche à créer une distance émotionnelle, qu'on cherche quoi dire, qu'on ne voit pas d'influence ou que l'on se sente responsable du lien créé avec le soigné, permet dès lors de remédier à cette situation. L'infirmière peut, par une introspection, initier des découvertes sur elle-même, ce qui la conduira à une symétrie et une ouverture de soi que requiert la relation. En outre, les rencontres avec les autres servent à mieux se connaître.

Le MIRIS propose une reconceptualisation de la RIS. Par exemple, une infirmière ne peut se surengager envers le soigné, car cette option définit la désunion avec l'autre (l'opposé de la création d'un lien infirmière/soigné), c'est-à-dire le fait de se soucier de l'effet produit sur l'autre en cherchant à s'investir jusqu'à possiblement se nier soi-même. Cette réalité décrit donc une communication unilatérale de l'un vers l'autre. Le MIRIS permet ainsi de diminuer les appréhensions entendues par les infirmières qui se demandent si elles s'investissent trop envers le soigné. Il s'agit de comprendre que cette réalité peut exister lorsque l'infirmière se perd de vue, que ses besoins sont méconnus, voire inexistantes.

Aussi, plutôt que de se fixer comme objectif de créer des relations pour aider le soigné, ce qui rejoint surtout le but du soin, l'infirmière est invitée à créer des relations lui permettant de mieux se connaître elle-même, et au final l'amènera à être disponible à l'autre, sans être encombrée d'elle-même. Cette prémisse stipule que de se découvrir soi-même ouvre sur un monde différent de l'autre. La relation est alors une question d'ouverture, ce qui représente la clé pour mieux comprendre le monde de l'autre.

Conclusion

Le MIRIS a été développé suite à une analyse dialectique comparant les écrits infirmiers sur la RIS à la pensée du philosophe Gabriel Marcel entourant les notions d'intersubjectivité et de rencontre. Née d'une confusion entretenue par diverses contradictions observées et entendues chez les infirmières, une étude théorique a permis de revoir la signification de chacune de ces notions. Cet article revisite deux fondements théoriques importants qui d'abord qualifient la RIS de thérapeutique et ensuite l'associe au soin. Une remise en question de certaines directives de longue

date de la discipline infirmière, mène à l'énonciation de précisions nouvelles.

Les infirmières se demandent encore, par exemple, s'il est acceptable de montrer leurs émotions. Le MIRIS permet de répondre à ce genre de questionnement par l'entremise de l'idée du partage commun. Ainsi, se mettre à la place de l'autre et se demander ce qui nous relie à cette personne peut sans aucun doute ouvrir au partage d'émotions, à condition qu'il ne devienne un partage égocentré – un moment où l'infirmière est davantage encombrée de son propre vécu à elle. Le MIRIS invite également à définir les relations d'une même façon. Pour Marcel, toutes les relations sont comparables puisqu'il s'agit de deux personnes qui se rencontrent à un même moment. Selon ce principe, la relation qui existe – par exemple entre conjoints – repose sur les mêmes bases que celles de la RIS. La nature d'une relation demeure immuable. Elle inclut à tout coup une symétrie, une ouverture à soi et une intensité partagée. Ce sont les conditions propices à la relation qui changent, l'intersubjectivité qui varie selon les personnes rencontrées. Dans une relation entre conjoints, le partage commun n'est pas le même que pour une RIS. En d'autres mots, la nature de la relation est immuable, mais ses conditions, quant à elles, laissent place à un monde de possibilités.

Aussi, ce modèle redéfinit le soin comme un élément distinct de la relation, puisque celle-ci précède de toute évidence le soin. La rencontre survient avant le soin et le service qu'offre l'infirmière. Dans cette optique, le point de départ devrait orienter l'infirmière vers un questionnement différent. Elle peut se demander ce qu'elle découvrira sur elle au contact de l'autre privilégiant ainsi l'ouverture à sa propre réalité. En ne cherchant pas à créer des relations « thérapeutiques » ou aidantes, elle privilégie la création d'une relation, simplement. Ainsi, elle ne se rend pas responsable du rapport entre elle et le soigné. Car si la relation existe, sera bénéfique tant pour elle que pour le soigné. Par ce nouveau modèle (cf. figure 1), une perspective différente offre de nouveaux fondements théoriques qui souhaitent ouvrir à de nouveaux horizons scientifiques quant au phénomène de la RIS.

Notes

^a Pour une description détaillée de la sélection des écrits infirmiers et du choix des mots-clés, le lecteur est invité à consulter les travaux originaux de Verdon (2012).

^b L'incommunion réfère au fait de se donner uniquement aux autres et à se responsabiliser face aux autres. Ainsi, plutôt que de dire qu'il y a une absence de communion, il s'agit

plutôt de préciser que c'est un rapport unilatéral d'une personne envers l'autre.

Références

1. Siegel DJ. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationship, "mindsight", and neural integration. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(1-2):67-94.
2. Armstrong D. The fabrication of nurse-patient relationship. *Social Science & Medicine* 1983;17(8):457-60.
3. Peplau HE. Quality of life : An interpersonal perspective. *Nursing Science Quarterly* 1994;7(1):10 - 5.
4. LaSala CA. Moral accountability and integrity in nursing practice. *Nursing Clinics of North America* 2009;44(4):423-34.
5. Canning D, Rosenberg JP, Yates P. Therapeutic relationship in specialist palliative care nursing practice. *International Journal of Palliative Nursing* 2007;13(5):222-9.
6. Valiee S, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: A qualitative study. *Nursing in Critical Care* 2012;17(6):309-15.
7. Gardner A. Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 2010;34(2):140-8.
8. Morse JM. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(4):455-68.
9. Peplau HE. Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly* 1997;10(4):162-7.
10. Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic nursing*. New York ; Toronto: Wiley, 1988; p.xi, 141.
11. OIIQ. Guide d'auto-apprentissage : les aspects déontologiques, juridiques et éthiques de la pratique infirmière au Québec Westmount Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008.
12. AIIIC. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Ontario: Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008; p.58.
13. OIIO. Norme d'exercice. La relation thérapeutique édition 2006. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Toronto.

14. Phaneuf M. La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement vers l'utilisation thérapeutique de soi. Montréal: Chenelière-éducation, 2011; p.xiv, 306.
15. Mercadier C. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné. Paris: Seli Arslan; 2004. 288 p.
16. Bailey C, Murphy R, Porock D. Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(23/24):3364-72.
17. Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry* 2010;17(1):38-45.
18. Verdon C. La nature, les conditions et les limites de la relation infirmière/soigné selon la notion d'intersubjectivité chez Gabriel Marcel [Sciences infirmières]. Québec: Université Laval, 2012.
19. Marcel G. Le mystère de l'être I : Réflexion et mystère. Paris: Montaigne, 1951.
20. Marcel G. Le mystère de l'être II : Foi et réalité. Paris, Aubier: Montaigne, 1951.
21. Chambers M. A concept analysis of therapeutic relationship. In: Cutcliffe JR, McKenna HP, editors. *The Essential Concepts of Nursing*. Philadelphia: Elsevier, 2005; p.301-16.
22. Petitot A. Les infirmières : de la vocation à la profession. Montréal: Boréal Express, 1989; p.408.
23. Easter A. Construct analysis of four modes of being present. *Journal of Holistic Nursing* 2000;18(4):362-77.
24. Rosenberg S, Gallo-Silver L. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching & Learning in Nursing* 2011;6(1):2-8.
25. Hagerty BM, Patusky KL. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship* 2003;35(2):145-50.
26. Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinave Journal of Caring Science* 2008;22:643-52.
27. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* 2007;89:33-42.
28. Bourgeon D. Le don et la relation de soin : historique et perspectives ... *Recherche en soins infirmiers* 2007;89:4-14.
29. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1971.
30. Watson J. *Nursing : the philosophy and science of caring* Revised ed. Boulder, Colorado: University Press of Colorado 2008.
31. Rizzo Parse R. More on Reverence: Awareness, Appreciation, Trust. *Illuminations* 2012;21(1):1-2.
32. Collière M-F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: InterEditions/Masson; 1982.
33. Couillaud B. *Raisonnement en vérité : traité de logique : analytique, dialectique, rhétorique, sophistique*. Paris: François-Xavier de Guibert; 2003. 553 p.
34. Lalande A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. 5^e éd. ed. (Paris) Sfdp, editor. Paris: Presses universitaires de France; 2006. 2 v. (xxiv, 1323 p.) p.
35. Häggström E, Mamhidir A, Kihlgren A. Caregivers' strong commitment to their relationship with older people. *International Journal of Nursing Practice* 2010;16(2):99-105.
36. Dowling M. The sociology of intimacy in the nurse-patient relationship. *Nursing Standard* 2006;20(23):48-54.
37. Marcel G. *Foi et Réalité*. Paris: Aubier Montaigne, 1967.
38. Pierson W. Considering the nature of intersubjectivity within professional nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(2):294-302.
39. Cody W. Intersubjectivity : nursing's contribution to the explication of its postmodern meaning. *Nursing Science Quarterly* 1995;8(2):52-4.
40. Dahlberg K. Intersubjective meeting in Holistic Caring: A Swedish Perspective. *Nursing Science Quarterly* 1996;9(4):147-51.
41. Watson J. *Nursing : human science and human care : a theory of nursing*. New York: National League for Nursing 1988; p.xi, 111.
42. Marcel G. *Homo Viator : prolégomènes à une métaphysique de l'espérance*. Paris: Montaigne; 1963.
43. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(1):41-9.
44. AIO. *Établissement de la relation thérapeutique*. Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario 2002; 1-44.

45. Baca M. Professional Boundaries and Dual Relationships in Clinical Practice. *Journal for Nurse Practitioners* 2011;7(3):195-200.

46. Peternelji-Taylor CA, Yonge O. Exploring boundaries in the nurse-client relationship: Professional Roles and Responsibilities. *Perspectives in Psychiatric Care* 2003;39(2):55-66.

Remerciements

Les auteures souhaitent dédier cet article à la co-auteure, professeure émérite et chercheure Danielle Blondeau, décédée subitement le 7 mai 2014. Dr. Blondeau a reçu plusieurs distinctions au cours de sa carrière, dont celle de l'Insigne du mérite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. En raison de l'ensemble de ses réalisations et de sa passion pour le domaine des soins infirmiers, elle est et demeure une source d'inspiration pour toutes les personnes qui l'ont côtoyée.

Pour contacter les auteures:

Chantal Verdon, inf. Ph.D.

Professeure agrégée

Département des sciences infirmières

UQO

5 rue Saint-Joseph, Bureau J3218

Saint-Jérôme, Québec, J7Z 0B7

Canada

Courriel: chantal.verdon@uqo.ca

Mireille Lavoie, inf. Ph. D.

Professeure titulaire

Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche par intérim

Faculté des sciences infirmières

Université Laval Québec

Danielle Blondeau, inf. Ph. D.

Professeure associée

Faculté des sciences infirmières

Université Laval Québec