

Mesdames, Messieurs, Chers collègues,

DIA 1

Je suis très heureux de vous accueillir dans cette salle R. Decooman pour ce congrès organisé par le département infirmier - Chu de Charleroi.

A l'heure où l'on constate certaines défaillances du système hospitalier, la collectivité est amenée à s'interroger de plus en plus sur la maîtrise de la qualité et des dépenses de santé dans les hôpitaux.

A titre individuel, le patient potentiel est en droit de se demander dans quelle mesure il doit accorder sa confiance à tel ou tel établissement.

La confiance des usagers est par conséquent de plus en plus recherchée (Cresson, 2000).

Ainsi la confiance se présente, non seulement comme un mode efficient de coordination des transactions économiques mais aussi des relations sociales (Ring, Van De Ven, 1992 et Ring, 1993 ; Granovetter, 1994, Coriat, Guennif, 1999).

DIA 2

Le dictionnaire « Petit Robert » définit la confiance « espérance ferme en quelqu'un ou quelque chose ».

La confiance se définit communément par « le sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un ».

C'est l'une des notions les plus difficiles à traiter en sciences sociales et en philosophie, ceci en raison de la part subjective qui s'associe au sentiment intuitif de la relation de confiance.

DIA 3

Plusieurs auteurs ont travaillé sur le concept de la confiance :

- Thomas HOBBS, philosophe du XVIIème siècle, définit la confiance comme « une passion produite par la croyance ou la foi que nous avons en celui de qui nous attendons ou nous espérons du bien ».

DIA 4

- Pour Diego GAMBETTA sociologue (Oxford), « faire confiance à quelqu'un signifie implicitement que la probabilité qu'il accomplisse une action soit à notre avantage ou, du moins, sans désavantage pour que nous puissions coopérer avec lui ».

Ainsi, « se confier » équivaut à remettre quelque chose de précieux à quelqu'un en se fiant à lui et en s'abandonnant, de la sorte, à sa bienveillance.

En effet, les patients vont nous confier ce qu'ils ont de plus précieux c'est-à-dire « leur vie ».

DIA 5

Selon Lionel Bellenger, spécialiste du management, « il n'y a pas de confiance dans les autres s'il n'y a pas un bon dosage de confiance en soi ».

DIA 6

La mise en confiance permet de se sentir en sécurité et le besoin de sécurité fait partie des besoins fondamentaux de la personne selon la pyramide de Maslow.

C'est le cas des personnes hospitalisées qui remettent leur corps au personnel médical et paramédical, en admettant que tout ce qui sera fait le sera pour leur bien, rejoignant ainsi l'idée d'enchâssement d'intérêts (je fais confiance à quelqu'un si j'ai des raisons de croire qu'il sera dans son intérêt de prendre en compte mes propres intérêts).

DIA 7

L'infirmier doit donc être digne de confiance.

La confiance pourrait s'apparenter à un art, il faut être digne de confiance pour gagner la confiance de quelqu'un.

Pour cela, il n'y a pas de méthode, juste un savoir-être.

Cette relation de confiance entre l'infirmier et le patient fait partie intégrante du soin relationnel, s'inscrivant dans le rôle propre infirmier. Je vous renvoie aux arrêtés royaux du 18/06/1990 et annexes ainsi que la définition de l'Art Infirmier.

On ne peut pas obtenir la confiance par la force : la confiance se gagne, se construit.

La relation soignant-soigné de qualité

DIA 8

Walter Hesbeen propose cette définition : « une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage ».

Cette définition rejoint le modèle trifocal de Th. Psiuk que nous utilisons au Chu de Charleroi.

Cette relation particulière entre deux êtres humains consiste à établir un « climat de confiance ». « La rencontre entre une personne soignante et une personne soignée poursuit un objectif bien précis, celui de réussir cette rencontre, c'est-à-dire tisser des liens de confiance ».

Depuis la loi 2002 sur les droits du patient, celui-ci est en droit d'obtenir des informations concernant son état de santé. « Cette loi vise donc à un meilleur partage des informations et des décisions et doit permettre d'établir une véritable relation de confiance soignant-soigné ».

Ce lien de **confiance** pourra être entretenu, selon W. Hesbeen, par huit éléments. J'ai volontairement choisi d'en traiter que trois qui me paraissent adaptés à ma réflexion.

DIA 9

- 1) On retrouve d'abord « **l'écoute** ». Communiquer, c'est aussi écouter. C'est-à-dire être attentif à ce que l'autre nous dit : savoir se taire pour entendre et par conséquent comprendre notre interlocuteur pour pouvoir répondre à ses besoins (V. Henderson).

DIA 10

2) Ensuite, on distingue « **l'humilité** ». C'est « celle qui témoigne d'un professionnel conscient de ses limites, qui a l'ambition d'apporter de l'aide (...) et qui ne veut pas exercer sur le patient et ses proches une forme de **suprématie** liée à son statut de professionnel (...) ».

Ainsi, si ce principe n'est pas compris et adopté par les soignants, la relation soignant-soigné ne serait plus une relation de **confiance** mais plutôt une relation **d'autorité**.

DIA 11

3) Enfin, il existe « **la compassion** » qui est le dernier élément étudié par W. Hesbeen. Cela consiste à avoir conscience de la souffrance de l'autre. On pourrait faire un lien avec l'empathie.

DIA 12

L'infirmier doit donc être capable de ne pas oublier que son rôle est avant tout **de prendre** soin du malade. Aussi bien dans ses aspects techniques que relationnels.

DIA 13

La distance dans les soins

Le malade met entre les mains de l'institution et du personnel, sa santé, ses inquiétudes, son devenir et finalement son être tout entier.

Le patient vit une double vulnérabilité, une double incertitude qu'elle soit physique et psychologique (Alglave, 1983). Il exprimera des craintes face à la maladie, à la douleur, à la mort. Les risques de complications, d'infections et d'incapacités sont présents dans son esprit.

Le client-patient n'évalue pas la « vraie qualité » des soins car il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires et suffisantes et des compétences pour le faire.

Le caractère partiel et subjectif de la perception du malade, en partie due à l'asymétrie informationnelle explique largement sa difficulté à évaluer la qualité.

Ainsi la confiance se développe au cours d'une série d'actes répétés dont les intervalles constituent autant de moment de vérification de la confiance donnée. Cette vérification sous entend le **professionnalisme** du soignant.

DIA 14

Il s'agit donc bien d'une confiance vigilante qui s'éprouve tout le long de la chaîne des interactions qui engagent les acteurs, d'où l'idée de **chaîne** relationnelle (Phanuel, 2001).

DIA 15

Je voudrais terminer cette introduction en vous présentant une étude française concernant **le baromètre de confiance à l'égard des professionnels de santé – France**

Ce sondage a été réalisé par l'institut français Viavoice pour le Groupe Pasteur Mutualité.

Interviews réalisées du 14 au 17 avril 2010, par téléphone.

Echantillon de 1010 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

DIA 16

Globalement, alors que le système de santé fait l'objet de plus en plus de critiques, ses acteurs sont très largement plébiscités par les français. Le niveau de confiance globale qui leur est accordé est en moyenne autour des 88 %, score important qui souligne une forte satisfaction de la population.

Les cotes de confiance attribuées à chacun peuvent atteindre des seuils très élevés.

Conclusion

« Soigner » la confiance par la relation nécessite de la part du personnel de délivrer des informations aux malades et de leur manifester des attitudes professionnelles qu'elles soient techniques et relationnelles et des comportements empathiques.

Ce capital immatériel, intangible, de confiance (Ring, Van De Ven, 1992 ; Ring, 1993) repose sur les compétences relationnelles de tout le personnel de l'hôpital.

Ce personnel devra, notamment, faire preuve d'adaptabilité face aux incertitudes et montrer un **savoir-réagir**, utile pour gérer la survenue de l'aléa (Minvielle, 1999).

La coopération des patients exige de les reconnaître, de les considérer non seulement comme des « malades-dossiers », mais comme des « malades-personnes ».

Les différents intervenants de ce jour y compris le service biotechnique nous feront partager leur point de vue par leur vécu du terrain au quotidien.

DIA 18

Je termine par ces deux citations :

« Si vous avez confiance en vous-mêmes vous inspirerez confiance aux autres »

Johann Wolfgang Von Goethe

« Qui a confiance en soi conduit les autres »

Horace

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé pour l'organisation de ce congrès.

Références bibliographiques

Gineste Yves et Pellisier Jérôme, « De la solitude à l'humanité... » Santé mentale, septembre 2005, n°100, de la page 38 à la page 43.

Hesbeen Walter « la qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante », Editions Masson, Paris, 1998-2002, ISBN : 2-294-00921-5, 208 pages.

Hesbeen Walter « Prendre soins à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante », Editions Masson, Paris, 1997, ISBN : 2-225-85565-X, 195 pages.

Labarrere J., Francois P., « Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins, revue de la littérature », Revue d'épidémiologie et santé publique, n°2, 1999, pp. 175-184.

Manoukian Alexandre, Massebeuf Anne « La relation soignant-soigné », Editions Lamarre, Reuil-Malmaison, 2001, ISBN : 2 85030 588-X, 173 pages.

Minvielle E., « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? », Politiques et Management Public, vol. 17, n°4, décembre 1999.

Phamuel Dominique, étude baromètre de confiance à l'égard des professionnels de santé, sondage Viavoice Groupe Pasteur Mutualité – avril 2010.

Phamuel Dominique, confiance et consentement des malades – IUT d'Ercuse – Université Rouen.