

Comment définir la re

Si la relation s'impose aux professionnels des soins par la nature même de leur métier, il faut clarifier en équipe en quoi consiste une relation de soin de qualité et quels sont les facteurs qui la favorisent et la soutiennent.

La question du relationnel dans les différentes formes de pratiques soignantes est fréquemment évoquée et son importance abondamment soulignée. Certaines expressions qui émaillent le langage professionnel posent question et me semblent révélatrices d'une possible confusion. Il y aurait ainsi des « soins relationnels », ce qui suppose que d'autres ne le seraient pas. Identifier de la sorte une catégorie distincte de « soins relationnels » conduit logiquement à vouloir les mettre en œuvre, c'est-à-dire « faire du relationnel » à l'instar des autres soins qui sont également à faire. Or, à bien y réfléchir, si l'on imagine aisément se présenter dans la chambre d'un patient ou d'un résident en lui disant « *je viens pour votre toilette ou votre pansement* », imagine-t-on lui déclarer « *je viens pour une relation ou*

Walter HESBEEN

Infirmier et Docteur en santé publique, Professeur à l'Université catholique de Louvain (UCL), Belgique, Responsable pédagogique du Gefers (Paris-Bruxelles), Rédacteur en chef de *Perspective soignante*.



ation de soin ?



© Cécile Duchêne.



© Cécile Duchêne.

L'artiste du mois : Cécile Duchêne

À la fois réaliste et onirique, la peinture de Cécile Duchêne appelle à l'introspection. Des personnages mais aussi des animaux évoluent dans des décors abstraits ou une végétation luxuriante. Sans référence de temps ni de lieu, ces grandes toiles dégagent une puissante attraction et invitent à la rêverie. Ce sont des compositions touffues, libres, imaginatives et un univers poétique et singulier. D'emblée, ces portraits de femmes, d'enfants expriment un abandon méditatif et la richesse d'une vie intérieure. Le spectateur est happé par leur regard grave et mystérieux : qui observe qui, dans ce face-à-face troublant ? Rapports à la nature, à soi et à autrui sont ici questionnés. Travaillant sur papier et sur toile, mêlant différentes techniques (peinture acrylique, pastels à l'huile, mine graphite, collage et parfois même couture...), l'artiste installe ses personnages sur des fonds très soutenus, fourmillant de détails et de nuances. Ce procédé donne une profondeur et suggère plusieurs lectures. Bleus lumineux, mosaïques de verts profonds, les couleurs chatoyantes explosent.

Diplômée de l'École supérieure des arts appliqués Olivier de Serres (Paris), Cécile Duchêne rejoint la Faculté des arts de Strasbourg puis s'oriente vers la profession de graphiste digital. Elle se consacre aujourd'hui exclusivement à la peinture et expose régulièrement en France et à l'étranger.

• En savoir plus :

– Le site de l'artiste : www.cecile-duchene.com

– Trois expositions à venir :

- du 25 octobre au 25 novembre 2018, Galerie Courant d'art, 10 rue des Tanneurs, Mulhouse, <https://courantdart.fr>,

- du 29 octobre au 23 novembre, au Conseil de l'Europe, Bâtiment du Palais de l'Europe, Strasbourg (sur invitation uniquement, à demander à contact@cecile-duchene.com)

- en décembre, Galerie Empreinte, 3 Rue d'Alibert, Orléans.

pour faire du relationnel... »? Les propos des soignants nous donnent également parfois à entendre que tel ou tel patient aurait « besoin de relationnel » ou que tel autre aurait besoin d'une « relation d'aide », ce qui conduit à penser que certains n'en auraient pas besoin et que d'autres ne nécessiteraient pas d'aide... Ces propos semblent témoigner que le relationnel et la relation d'aide pourraient parfois être considérés comme une option dans la pratique soignante, une possibilité supplémentaire, une forme d'ajout que l'on estime parfois nécessaire et que l'on consent à « faire » si l'on en a le temps, la disponibilité, mais également, selon les circonstances, l'envie. Et pourtant, quels patients et quels proches de ceux-ci n'ont-ils pas besoin que l'on entre en relation avec eux et que l'on prenne soin de la nature et de la qualité de cette relation que l'on entretient avec eux? Lesquels n'ont-ils pas besoin qu'on leur vienne en aide dans ce qu'ils ont à vivre?

UNE RELATION OMNIPRÉSENTE

Ces expressions laissent penser qu'il y aurait des soins, des gestes, des activités qui comprendraient une dimension relationnelle et d'autres pas. Or, nous ne pouvons négliger que dès que des soins sont prodigués, que des actes sont posés, que des activités sont menées, la relation est là, présente, omniprésente du seul fait du contact d'un professionnel avec les patients, les résidents, et leurs proches. Si la relation est là, cela veut bien dire qu'elle ne se fait pas, qu'elle ne se rajoute pas, mais qu'elle se vit, se ressent et qu'elle ne nous laisse pas le choix, ni de sa présence, ni de son absence, ce qui, cependant, ne nous dit rien de sa qualité. C'est qu'une relation de soins peut être bonne ou médiocre, se révéler juste, aidante, rassurante ou, *a contrario*, inadéquate, troublante, envahissante. Mais elle est là sans que l'on en ait le choix! Ce qui se questionne, dès lors, ce n'est pas le choix de faire ou pas du relationnel mais bien la nature et la qualité de cette relation, sa pertinence et l'aide qu'elle apporte ou non dans ce que les personnes ont à vivre.

Il y a donc une relation qui s'impose aux professionnels par la nature même du métier de la relation à l'humain que ceux-ci ont choisi d'exercer. Et puis, il existe une qualité humaine de relation qui, elle, ne s'impose pas aux soignants et ne va pas de soi. Elle ne va pas de

soi et requiert dès lors un effort car elle met les professionnels à l'épreuve d'autant de singularités aux composantes nécessairement complexes; elle les met à l'épreuve également, de contextes et d'environnements professionnels qui n'y sont pas toujours favorables. Si elle ne s'impose pas, elle m'apparaît cependant comme indispensable, incontournable, pour qualifier une pratique professionnelle de « soignante », car c'est de la relation au sujet malade dont il est ici question, une relation à un être singulier qui vit comme il peut ce qu'il a à vivre lorsque, pour des raisons diverses, il se retrouve au contact de professionnels pour l'aide à vivre qu'il nécessite.

La relation de soin se présente ainsi comme une relation d'attention particulière à autrui et par laquelle s'expriment l'intérêt que l'on porte à cette personne ainsi que la reconnaissance de l'être singulier et irremplaçable qu'elle est; la conviction de sa présence au monde en qualité de sujet, quels que soient son état, sa condition et son histoire et la volonté de lui venir en aide dans ce qu'elle a à vivre.

Une relation de soin de qualité est donc celle qui permet à l'humain malade ou dépendant de se sentir considéré, un peu aimé, reconnu digne d'intérêt quelle que soit la nature de l'aide qu'il requiert, de percevoir qu'on le regarde telle une personne qui vaut la peine que l'on se donne de la peine pour elle. Et cela n'est pas rien!

On le voit, la relation de soin requiert un effort. C'est-à-dire qu'elle se désire, se conçoit, se pense, se crée, s'ajuste. Elle est par nature fondée sur la considération pour l'humanité d'autrui et est animée d'une quête de pertinence ainsi que du souci d'une juste présence, que l'on ne confondra pas avec la nécessité si souvent affirmée de « garder une bonne distance »...

D'UNE RELATION DE SOINS À LA RELATION DE SOIN

Au fond, ce qui me semble devoir davantage être clarifié et travaillé avec les étudiants dès le tout début de la formation initiale, mais également à l'occasion de ce qui se raisonne en équipe pluriprofessionnelle, c'est la distinction entre « une relation de soins », de nature fonctionnelle qui ne laisse pas le choix et concerne tous les soignants dans les actes qu'ils posent, et les différentes formes de

soins qu'ils prodiguent, et « la relation de soin » de nature subtile qui renvoie à l'attention particulière portée par ces soignants aux personnes concernées. De même que l'on peut faire des soins à une personne sans prendre soin de cette même personne, on peut entretenir

caractériser. Et la question des moyens humains et financiers si volontiers évoquée, non sans quelque raison, ne peut néanmoins tout expliquer.

Il m'apparaît ainsi indispensable, aujourd'hui plus qu'hier, de s'arrêter pour penser comment, dans notre contexte

personne qui vient pour faire un examen radiologique a autre chose à vivre que la nature éventuellement anodine de l'examen qui sera pratiqué...

– Il s'agit ainsi, pour les professionnels, de se montrer vigilants afin de ne pas confondre le malade avec son affection,

“ **Insuffler de l'humain dans le quotidien de la pratique des soins est ce qui donne sa noblesse et fait la beauté de chacun des métiers de la relation de soin.** »

une relation de soins sans pour autant s'impliquer dans la relation de soin (1). C'est ainsi qu'une « relation de soins », avec l'organisation et la traçabilité qu'elle requiert, ne se confond pas avec la « relation de soin » et la nature des rapports humains ainsi que la réflexion éthique sur lesquels une telle relation repose. C'est pour cette raison que la qualité des soins ne saurait se confondre avec la qualité du soin.

Je souhaite insister sur cette distinction qui, lorsqu'elle est négligée voire ignorée, conduit souvent au sentiment d'incompréhension, de solitude, de banalisation. Et l'on ne peut ignorer, aujourd'hui, combien ce sentiment est répandu au sein des structures malgré toute l'énergie déployée depuis de nombreuses années pour y améliorer la qualité des soins. Mais a-t-on suffisamment tenu compte de ces deux formes de qualité ?

AGIR POUR UN HUMANISME SOIGNANT

Cette distinction pourrait sembler superflue tant la nécessité d'une attention portée au sujet malade est régulièrement présentée comme une évidence. Mais l'est-elle tant que cela ? Les attentes exprimées par les associations de patients et leurs familles, les démarches récentes entreprises à partir du concept de « patient partenaire » (2) ne vous montrent-elles pas que la relation de soin nécessite d'être davantage affirmée et instituée comme une exigence incontournable dans toute structure de soins et d'aide à des êtres humains ? Il est bien ici question d'œuvrer à instituer une omniprésente relation de soin de qualité pour ne pas la diluer dans l'activité fonctionnelle des différentes formes de soins et la « frénésie du faire » qui les

économique et social, œuvrer à régénérer les pratiques, les organisations, les formations afin d'insuffler davantage et de manière plus juste de l'humain, dans tout ce qui fait la vie des organisations de soins. Des structures au sein desquelles nous sommes appelés en tant que soignants, comme le rappelle si justement Agnès Bressolette, relatant son expérience en service de soins palliatifs, à : « (...) continuer le travail inlassable dont nous avons hérité : insuffler de l'humain c'est-à-dire symboliser, introduire un interstice inespéré et inouï par rapport à ce qui fait mal et détruit » (3).

Et insuffler de l'humain en essayant de venir en aide à un homme ou à une femme confronté à ce qui fait mal ou détruit reste un travail inlassable qui ne concerne pas seulement les services de soins palliatifs mais bien tous les services de soins. Un tel travail est l'essence du métier de soignant qui le différencie d'une pratique robotisée. Insuffler de l'humain dans le quotidien de la pratique des soins est ce qui donne sa noblesse et fait la beauté de chacun des métiers de la relation de soin.

AIDER À VIVRE CE QU'IL Y A À VIVRE

Lorsqu'il est question de venir en aide, il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici que ce qu'un patient, un résident et leurs proches ont à vivre ne se confond pas avec la nature d'une affection, l'importance d'une dépendance, les raisons d'une hospitalisation, d'un hébergement, d'une consultation... C'est ainsi, par exemple, que le patient qui se présente au service des urgences avec une « simple » fracture du bras a autre chose à vivre que cette fracture, même qualifiée de simple et sans complications ; que la

de ne pas réduire ce qu'il a à vivre à la nature et l'importance de celle-ci. Cette vigilance se présente comme une condition incontournable d'une relation de soin de qualité qui nécessite que les professionnels se rappellent en permanence que « le malade n'est pas la maladie qu'il a ».

– Ce premier rappel permet d'en préciser un deuxième qui, s'il échappe à la réflexion et l'attention des professionnels, peut susciter bien des lacunes voire des difficultés relationnelles : chacun vit comme il le peut ce qu'il a à vivre lorsque la maladie surgit ou la dépendance s'installe. Pour une personne donnée, il n'y a donc pas de petite ou de grande maladie, « il n'y a que celle qui me concerne moi et avec laquelle je vis comme je peux ce que j'ai à vivre ». Autre conséquence : il n'y a pas de petites ou de grandes situations de soin, il n'y en a que de singulières qui concernent, à chaque fois, un être singulier digne d'attention, d'intérêt, de relation. Il n'y a donc pas des situations intéressantes et d'autres pas ; elles le sont toutes, par nature.

– Enfin, un troisième rappel est celui de la situation singulière de l'à chaque fois (4). La grande quantité d'actes divers posés jour après jour par les professionnels peut les conduire à négliger, voire oublier que, pour tel patient, résident ou famille, c'est, à chaque fois, leur première fois. Pour mieux prendre conscience de ce qu'un patient, un résident, des proches confrontés à une première fois vivent, souvenons-nous chacun de nos « premières fois » qui ont ponctué et continuent de ponctuer le décours ordinaire de nos existences et rappelons-nous que, la première fois, on n'a pas d'expérience, on n'a pas de recul, on ne sait pas très bien comment ça marche... Les soignants,

lorsqu'ils sont absorbés par leurs habitudes et la « frénésie du faire », peuvent ainsi oublier que la cinquième toilette à laquelle ils procèdent ce matin, ou la troisième perfusion qu'ils posent est peut-être la première pour la personne à laquelle elle est destinée...

UNE JUSTE MAIS NÉCESSAIRE SENSIBILITÉ

Établir une relation de soin pour aider une personne et ses proches à vivre ensemble une situation, fait appel à la sensibilité des professionnels afin que ceux-ci n'apparaissent pas comme insensibles à ce vécu, ce qui est fréquemment perçu comme une marque d'indifférence qui attise le sentiment de solitude voire la détresse. Une sensibilité par laquelle leurs sens sont en mouvement, par laquelle ils se montrent soucieux de ce qui est sensible pour le patient et son entourage, par laquelle, au fond, les soignants montrent qu'ils se sentent concernés par cette situation et ce que chacun a à y vivre.

Sans sensibilité présente avec justesse, il ne peut y avoir de relation de soin. La nécessité de la sensibilité est donc importante à affirmer et à réfléchir en équipe afin d'en trouver, selon les contextes et les situations, la plus juste expression. Il ne peut donc être question de « se blinder » lorsque l'on a le souci d'une relation de soin de qualité.

PARLEZ-MOI DE MOI

Une des raisons majeures qui conduit à ce sentiment de solitude, à cette perception d'insensibilité et d'indifférence des professionnels réside dans la centration sur la tâche qui anime parfois les soignants, ce qui les conduit alors à accorder plus d'importance à ce qu'ils font qu'aux personnes à qui ils s'adressent. Dans ce cas, il y a effectivement une « relation de soins » mais pas de « relation de soin ». Il peut ainsi être utile pour chaque soignant de s'interroger : quand je vais dans la chambre d'un patient, est-ce que j'y vais pour faire quelque chose ou pour y rencontrer une personne et, à cette occasion, faire ce qui devrait ou pourrait être fait ?

Si cela n'empêche pas que ce qu'il y a à faire doit être fait, observons, néanmoins, que l'intention qui anime le soignant et sa disponibilité ne seront pas les mêmes selon qu'il se déplace pour rencontrer une personne, poser des actes ou faire

des soins. Il m'arrive ainsi de penser, au risque de paraître lyrique voire naïf, qu'un grand pas en avant serait franchi dans les services de soins le jour où les soignants, en pénétrant dans une chambre de patient ou de résident, ou en les recevant en consultation ou autre, entendraient ou se remémoreraient à chaque fois ces paroles chantées par Guy Béart et Jeanne Moreau (5) :

« Parlez-moi de moi

Y'a que ça qui m'intéresse

Parlez-moi de moi

Y'a que ça qui me donne de l'émoi

De mes amours mes humeurs mes tendresses

De mes retours mes fureurs mes faiblesses

Parlez-moi de moi

Parfois avec rudesse

Mais parlez-moi, parlez-moi de moi. »

Loin d'être une exhortation égocentrique, égoïste voire égotiste, c'est d'une légitime et humaine attente dont il est question, par laquelle le sujet malade nous dit : *« j'ai besoin de votre aide de professionnels, alors, s'il vous plaît, parlez-moi de moi, identifiez ce qui est important pour moi et ne confondez pas ma situation et ce que j'ai à vivre avec ce qui est important pour vous. Oui, s'il vous plaît, parlez-moi de moi, montrez-moi que je suis là et que j'existe dans votre regard, reconnaissez et acceptez ce qui me tracasse, m'inquiète, me fait peur, si anodin, si étrange cela peut vous paraître ».*

Rappelons-nous que cette demande, cette supplique, ne concerne pas seulement la psychiatrie, la gériatrie ou les soins palliatifs, mais tout secteur d'activité, y compris les services d'urgences au sein desquels, pour une personne donnée, il est parfois utile de se rappeler que ce que les professionnels désignent par l'expression « urgence ressentie » constitue bien une « urgence vraie » pour la personne qui la ressent...

UNE INTELLIGENCE DU SINGULIER

Se sentir concernés, c'est ensuite chercher à comprendre, ce qui fait appel à l'intelligence des professionnels. Une intelligence entendue ici au sens premier du terme, c'est-à-dire celle qui conduit à « établir des liens en vue de chercher à comprendre » ou, plus modestement, à chercher à voir un peu plus clair dans ce qui se vit, dans ce qui inquiète ou fait peur, dans ce qui angoisse ou se fantasmait dans une situation. Il s'agit d'une intelligence du singulier. Une telle intelligence n'est associée à aucune qualification et n'est réservée à aucun statut car elle est celle qui permet d'identifier et de prendre en compte ce qui est important pour une personne dans la situation qui est la sienne. Cette forme d'intelligence est incontournable car comment tenter de se montrer aidant si l'on n'a pas identifié ce qui est important pour autrui ?

À lire. Soin(s), perspectives éthiques

Des pratiques de soins au prendre soin

La question du lien entre le soin et les soins est aujourd'hui centrale. Elle est en effet sous-jacente chez tous ceux qui s'interrogent sur le sens des pratiques, du travail dans un contexte dominé par des impératifs organisationnels ou gestionnaires, par l'urgence à accomplir les tâches requises, ou chez ceux qui s'inquiètent de la déshumanisation des structures de santé. Comment, dans des conditions contraintes, continuer de préserver l'intention de prendre soin de l'être humain, la perspective soignante, l'éthique de l'agir soignant ? C'est à cette question fondamentale pour l'avenir des pratiques que les auteurs de ce livre cherchent à répondre en partageant tout d'abord leur expérience de pratiques marquées au quotidien par le souci de prendre soin de l'autre, malade ou vulnérable.

La première partie propose ainsi de se plonger au cœur des pratiques de soins et de l'intention soignante, qu'il s'agisse du domaine de la prévention, de la nécessité de tenir compte au jour le jour du libre arbitre du patient, de revenir sur une situation de soins ayant mis en jeu la visée éthique professionnelle, ou encore de se montrer bien traitant face à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et à sa famille.

En deuxième partie, les auteurs vont au cœur du soin et de ses enjeux éthiques au travers de textes à portée davantage théorique qui nourriront la réflexion des professionnels en quête de repères sur les enjeux et la portée de leurs actes et décisions au quotidien. S'interroger sur la perspective des actions, les conditions d'accueil des personnes ou d'exercice professionnel est essentiel pour veiller à ce que les actes de soins ne s'enchaînent pas sans être mis en pensée individuelle et collective.

• S. Arslan, W. Hesbeen (coord.), Ed. Seli Arslan, 2015, 186 pages.

CONVIVIALITÉ

Si la relation de soin requiert un effort, elle nécessite également un contexte favorable. Outre les aspects organisationnels et les moyens humains et matériels qui peuvent la faciliter ou l'entraver, il est un autre facteur qui me semble plus déterminant encore, c'est celui de la convivialité qui règne dans une équipe et l'atmosphère qui s'en dégage, mais également, plus largement, dans l'ensemble d'un établissement.

La convivialité renvoie au « bien vivre ensemble », à la considération que l'on a pour les collègues de travail, à l'estime dont on témoigne pour le métier de chacun, à la bienveillante attention que chacun se porte, au désir que l'on a de travailler ensemble dans la poursuite d'une finalité commune, au sens de l'autre qui s'y perçoit, c'est-à-dire, au fond, au sens du bien commun qui anime chacun.

La convivialité, avec l'atmosphère soignante qu'elle initie et nourrit, l'ambiance apaisante qu'elle entretient, m'apparaît comme un facteur essentiel d'une pratique soignante empreinte d'humanité et par laquelle le nécessaire effort que requiert la relation de soin est facilité, soutenu et encouragé.

Nous observons que, dans un certain nombre de services de soins, l'absence de convivialité ajoute de la difficulté à la difficulté, rend plus compliquée une pratique qui ne va pas de soi, alors que la relation de soin, l'attention portée à autrui,

l'accueil et la prise en compte d'autant de singularités ont besoin d'un contexte apaisant et aidant pour s'y déployer dans un souci de qualité humaine pour les patients, les résidents, leurs proches et les différents professionnels.

Pour la nature même de l'activité d'aide et de soins des structures ainsi que pour le plaisir éprouvé par les professionnels dans l'exercice quotidien de leur métier, la convivialité ne devrait-elle pas être posée comme une exigence éthique, c'est-à-dire une éthique de la convivialité?

Entre la relation qui s'impose et celle qui ne s'impose pas, nous ne nous situons pas dans le même registre, nous ne parlons pas des mêmes choses, nous n'évoquons pas le même type de relation. La nature de la première est associée à ce qu'il y a à faire; il s'agit d'une relation fonctionnelle ou « relation de soins », d'ailleurs relatée comme telle dans les dossiers et écrits professionnels. La seconde est ancrée dans d'autres exigences, elle est animée d'un autre souci que celui de faire et de bien faire. Il s'agit d'une relation d'attention à la personne, une relation singulière, sensible et subtile et qui se veut par nature aidante; c'est d'une « relation de soin » dont il est ici question, une relation de personne à personne, quelle que soit la nature de ce qu'il y a à faire ou même lorsqu'il n'y a rien à faire... Et une telle relation n'est pas relatée de la même manière, voire n'est pas relatée du tout, dans la traçabilité et les écrits professionnels. L'omniprésence de la

première – une relation de soins – ne saurait se confondre avec l'effort et les exigences que requiert la seconde – la relation de soin.

Au nom d'une conception humaniste de la pratique quotidienne dans les établissements de soins et médico-sociaux, au nom, également, du bien-être au travail et du plaisir éprouvé par les professionnels au sein de ces structures, il m'apparaît essentiel de clarifier en équipe ce qu'est une relation de soin de qualité et d'en identifier les composantes en regard des caractéristiques de l'activité qui s'y déploie. La relation de soin procède ainsi d'un art, un art du singulier.

1– Walter Hesbeen, *Humanisme soignant et soins infirmiers – Un art du singulier*, Paris, Elsevier Masson, 2017.

2– Voir Dan Lecocq, Hélène Lefebvre, André Néron, « Le patient partenaire des professionnels de la santé pour les exercices de simulation », in Michel Dupuis, Raymond Gueibe, Walter Hesbeen (coord.), *Simulation et formations aux métiers de la santé*, Paris, Seli Arslan, 2018, p. 181-191.

3– Agnès Bressolette, *Nés vulnérables. Petites leçons de fin de vie*, Paris, PUF, 2013, p. 23.

4– Voir à ce sujet Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie*, Paris, Seli Arslan, 2013, p. 121 et suiv.

5– *Paroles et musique* : Guy Béart, 1980.

Résumé : Lorsqu'il est question de l'aspect relationnel des soins, le langage professionnel donne à entendre des expressions qui semblent un peu étranges et par lesquelles nous devrions davantage nous laisser interpeller afin de ne pas dénaturer cette composante omniprésente et incontournable des différents métiers soignants, celle d'une relation singulière de soin pensée et organisée pour être aidante. Il apparaît ainsi utile de distinguer deux aspects de la dimension relationnelle de la pratique soignante : « une relation de soins », d'une part, qui s'établit nécessairement à l'occasion de tout ce qu'il y a à faire; et « la relation de soin », d'autre part, associée à la qualité humaine du rapport à autrui à l'occasion de ce qui est à faire. L'une n'est pas l'autre et les exigences professionnelles requises pour la première ne sauraient se confondre avec les qualités humaines que nécessite la seconde.

Mots-clés : Altérité – Humanisation des soins – Pratique professionnelle – Prendre soin – Relation d'aide – Relation interpersonnelle – Relation soignant soigné – Soin – Soin individualisé – Subjectivité.