

**UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles.**

La Bienveillance du Mensonge.



Directrice de mémoire : Madame Annie Gévaudan

Session 2019/2022

Remis le 23 mai 2022

Institut de Formation de Soins Infirmier,
740 Chemin des Meinajaries, 84000 Avignon.

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier particulièrement madame Gévaudan, vous qui êtes là depuis mes toutes premières minutes à l'institut de formation, je vous remercie pour tout, merci pour m'avoir accompagné tout le long de ma formation d'infirmière, merci de m'avoir enrichie de votre sagesse, merci de m'avoir fait découvrir ce que pouvait être la passion de la profession d'infirmière, merci de votre soutien, merci de m'avoir suivi tout le long de l'élaboration de mon mémoire, merci pour vos conseils et pour nos longues discussions.

Merci à vous, Sandrine et Julia, mes véritables amies que j'aurai rencontrées lors de la formation. Merci pour votre soutien, merci pour tous vos conseils, merci d'être vous et d'être à mes côtés au quotidien.

Merci à ma mère et mon père, qui sont les meilleurs parents qu'on peut espérer avoir, merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

Merci à toi Emma, ma sœur, pour tout ton accompagnement le long de ma formation.

Merci Christophe, pour tous nos échanges, pour tous tes conseils et ta bienveillance.

Merci à vous Sylvain, Sandrine et Mathéo pour votre contribution et votre aide précieuse.

Merci à tous mes collègues de promotion pour ces trois années qu'on a passés ensemble.

Enfin merci à vous les soignants interrogés pour le temps que vous m'avez accordé, pour vos idées et vos expériences.

Sommaire :

Introduction	1
1 Présentation de la situation d'appel et question de départ	2
1.1 Description des situations d'appel.....	2
1.2 Questionnements.....	7
1.3 Question de départ	8
2 Cadre de référence	9
2.1 Le mensonge :	9
2.1.1 Définition :	9
2.1.2 La dimension éthique du mensonge :	10
2.1.3 Les raisons du mensonge :	12
2.2 La vulnérabilité :	16
2.2.1 Définition :	16
2.2.2 Le patient vulnérable :	17
2.2.3 Le soignant vulnérable :	20
2.3 La relation soignant-soigné :	22
2.3.1 Définition :	22
2.3.2 La particularité de la relation soignant/soigné :	25
2.3.3 Le « care » :	27
3 Enquête exploratoire :	30
3.1 Méthodologie de l'enquête exploratoire :	30
3.1.1 Choix de la méthode de recherche :	30
3.1.2 Choix de l'outil de recherche :	30
3.1.3 Choix de la population interrogée et des lieux :	31
3.2 Analyse thématiques des résultats:	33
3.2.1 Le mensonge :	33
3.2.2 La vulnérabilité du soignant :	39
3.2.3 La vulnérabilité du patient :	41

3.2.4	La relation soignant-soigné :	45
3.2.5	Le care :	51
3.3	Les limites de l'enquête exploratoire :	53
4	Problématisation :	54
	Conclusion :	56
	Références bibliographiques :	57
	Annexes	I
	Annexe 1 : Guide d'entretien	I
	Annexe 2 :Présentation des soignants interrogés	II
	Annexe 3 : Retranscription des entretiens	III
	Retranscription entretien du 16/03 avec Fabien (14 minutes et 5 secondes) :	III
	Retranscription de l'entretien du 16/01 avec Anna(12 minutes et 24 secondes):	VII
	Retranscription de l'entretien du 22/03, avec Carole (15 minutes et 46 secondes) :	X
	Retranscription de l'entretien du 07/04 avec Aurore (18 minutes et 36 secondes) :	XIV
	Retranscription de l'entretiens du 14/04 avec Pauline (45 minutes et 37 secondes) : ...	XX
	Annexe 3 :Tableau d'analyse.....	XXIX
	Annexe 4 : Autorisation de diffusion.....	LII

Introduction

Au cours de ma vie et comme beaucoup de personnes j'ai eu recours aux mensonges. Ils m'ont permis de m'échapper de beaucoup de situations problématiques. D'après moi toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire et souvent j'aurais préféré ne pas savoir telle ou telle vérité. Cependant la vérité, et encore plus les mensonges sont des sujets tabous de la société. Il n'est pas bien vu de mentir, de cacher la vérité, et d'avoir recours aux mensonges par omission. Une des premières choses qu'on apprend aux enfants est de ne pas mentir et une des qualités la plus importante aux yeux de la majorité serait l'honnêteté. Dans le monde du soin nous rencontrons énormément de personnes, des personnes toutes différentes avec une conception de la vérité, de la vie et du soin qui leur est personnelle. Une seule manière de se comporter avec ces personnes serait donc une erreur. Dans le monde du soin, nous rencontrons également des personnes vulnérables, touchées par des maladies chroniques, des démences, des handicaps mentaux, et même des personnes de très jeunes âges comme les enfants. Leur réalité peut être différente de la nôtre et la manière d'aborder le soin peut être difficile. C'est alors que je me questionne, en quoi les mensonges auprès des patients vulnérables peuvent-ils avoir un impact dans la relation soignant-soigné. Pour cela dans un premier temps, nous détaillerons deux situations d'appel qui nous ont amenés à nous questionner sur ce sujet, par la suite nous étudierons le questionnement de ces situations qui nous ont amenés à poser cette question de départ. Dans un deuxième temps nous étudierons le cadre de référence et poserons les lectures que nous ferons et enfin nous expliquerons comment nous réaliserons l'enquête exploratoire.

1 Présentation de la situation d'appel et question de départ

1.1 Description des situations d'appel

Situation d'appel n°1:

L'année 2019 en France et dans le monde est une année qui restera mémorable, en effet la covid est entrée dans nos vies et les a complètement bouleversées. Nous avons fait face à une longue période de stress durant laquelle il y a eu de multiples confinements et des restrictions de la vie quotidienne. En cette période très particulière, j'ai dû mener mes études d'infirmière, et cela n'a pas été sans difficultés. Des stages annulés, des stages arrêtés et même une interruption temporaire de la formation. Il est alors très compliqué de trouver sa place dans ce monde médical qui était tout nouveau pour moi.

Durant la suspension de formation qui a eu lieu en novembre 2020, j'ai travaillé pour une courte période comme remplaçante aide-soignante dans une maison d'accueil spécialisée. J'y avais déjà travaillé et je m'y sens particulièrement bien, en effet il s'agit d'un lieu de vie, les résidents et non pas les patients y vivent à l'année. On est avec les résidents au quotidien, on réalise de nombreuses activités avec eux comme des ateliers créatifs, des sorties, de la cuisine, de la lecture, des jeux... On est présents à toutes les fêtes, aux anniversaires, à Noël, Pâques, Halloween... Les résidents ont des chambres personnelles décorées à leurs goûts, avec des peintures, des fresques pour qu'ils se sentent vraiment comme chez eux. Au milieu du service, il y a un salon avec une télé où tous les résidents se retrouvent pour regarder des films. La totalité du service est décorée de peintures, de tableaux. Vous l'aurez compris, l'ambiance du service est très chaleureuse, on s'y sent bien. Le cadre n'est pas strict comme à l'hôpital les soins techniques ne sont pas au cœur des soins, et il y a une vraie place pour le relationnel.

C'était donc avec grand plaisir que je retournais travailler dans ce service. Néanmoins la covid était présente et le fonctionnement du service avait donc changé. En effet, un cluster s'était déclaré dans le service. Les résidents devaient rester confinés en chambre, les repas n'étaient plus pris dans la salle à manger mais dans les chambres.

Deux résidents sont décédés des suites du covid. Le premier décès est survenu une semaine avant mon arrivée. Antoine, qui avait environ 60 ans était parti, il était dans le service depuis 30 ans, il est décédé dans le service. Ça a été très difficile pour les résidents et les soignants, puisque ça a été très rapide. Le décès d'Antoine a rapidement été annoncé à l'ensemble du service et cela a été très mal pris par la plupart des résidents. Certains ont décompensé,

d'autres se sont plongés dans le silence et leur confinement en chambre n'arrangeait pas les choses car ils étaient très isolés. Une résidente a été très affectée par ce décès au point de reprendre ses pulsions violentes envers elle-même, ainsi que de se placer dans le salon commun et de mimer un cadavre devant les autres résidents. Elle avait de nombreux comportements choquants, elle signifiait sans doute ainsi son angoisse.

Le second décès a eu lieu quelques jours après mon arrivée dans le service. Yves, qui avait environ 50 ans, a attrapé la covid rapidement, et a vite décompensé avec de grosses difficultés respiratoires. Les pompiers ont été appelés et il a été transféré à l'hôpital dans un service spécifique. Après quelques jours, il s'est gravement dégradé et est décédé. Nous avons alors appris son décès par un coup de fil de l'hôpital. Ce décès a donc eu lieu très rapidement après le premier. Après réunion, l'équipe fit le choix de ne pas annoncer tout de suite le décès de Yves jugeant qu'il arrivait trop tôt après celui d'Antoine et qu'il fallait laisser le temps aux résidents de digérer le premier décès. On m'expliqua alors qu'il ne fallait pas que je parle du décès de Yves aux résidents. **Cette réunion me fit me poser des questions, avait-on le droit de cacher la vérité comme ceci à des résidents ? N'y avait-il pas un risque qu'ils le découvrent et qu'ils perdent confiance en nous ? Avait-on le droit de penser pour eux, sans même vraiment savoir ce qui est bon pour eux ?**

Toutes les activités et les sorties étaient annulées. Un lourd protocole avait été mis en place, des tests antigéniques étaient réalisés chaque semaine, la température et les constantes étaient prises chaque jour ce qui n'était pas du tout commun au service. De plus, nous devions nous protéger avec des surblouses, des charlottes, des lunettes, des masques FFP2, le tablier, puisque certains résidents étaient infectés. Le climat du service était donc très anxiogène et c'était sûrement déroutant pour les résidents. **Comment leur faire comprendre sans les avertir que la covid est présente dans le service et qu'il faut donc s'en protéger? Ont-ils vraiment les capacités de comprendre ?**

Lors d'un midi, comme à mon habitude, je prends les plateaux de certains résidents pour les apporter dans leurs chambres. C'était au tour du plateau de Marc, il est important pour ce monsieur de rester avec lui dans la chambre, tout d'abord pour lui tenir compagnie et également vérifier qu'il prenne correctement son repas. Marc est un homme âgé d'environ 50 ans, assez mince et voûté. Il a tendance à verbaliser son angoisse en se plaignant de douleurs physiques notamment au pied. Marc se souvient très bien des soignants qui s'occupent de lui, et est atteint de schizophrénie hébéphrénique. Marc n'est pas très bavard, et a tendance quand

il s'exprime à parler très doucement et à ne pas articuler. En arrivant dans sa chambre, Marc était assis sur son lit, en m'attendant. Je pose son plateau sur la table, et l'aide à s'installer pour le repas. La télévision est allumée dans la chambre et en boucle sont diffusés des reportages sur la covid, sur les nouvelles restrictions. Je me demande à ce moment précis, si les choses n'auraient pas pu être autrement ; le climat était très angoissant pour les résidents et cette télévision en fond qui tonnait encore des décès du covid, **ne pourrait-on pas faire mieux pour eux, ne pourrait-on pas les préserver un peu de tout ça ? Mais doit-on vraiment les préserver ?**

Marc installé, commence à manger. Marc a cette tendance durant le repas à se courber à tel point qu'il a presque le nez dans l'assiette. Je lui demande à plusieurs reprises de se redresser et entame une discussion avec lui. Je lui demande comment il va, il peine à me répondre et n'a pas l'air ouvert à la discussion. Je décide de le laisser manger tranquillement. Marc avait un lien fort avec Yves, en effet il était courant qu'ils discutent ensemble, qu'ils participent aux ateliers ensemble, qu'ils fassent des sorties ensemble. De plus, ils avaient le même âge et donc se ressemblaient sur pas mal de points. Depuis le départ de Yves à l'hôpital, Marc nous questionnait beaucoup sur l'absence de Yves néanmoins l'équipe n'avait pas pris de dispositions particulières suite au décès de ce dernier pour celui-ci même si elle admettait que ce serait très difficile pour lui.

Tout à coup, Marc me regarde, cela m'a surprise, en effet, il n'était pas du tout dans l'échange depuis le début du repas. Je lui demande ce qu'il se passe et il me dit « Où est Yves ? ». A ce moment précis je tombe des nues, je ne sais pas comment réagir et j'ai peur de ne pas répondre comme il faut. **J'étais tiraillée entre lui dire la vérité (il avait le droit de savoir c'était son ami et ça le questionnait) et ne pas lui dire, lui mentir pour le protéger et respecter la décision de l'équipe. Est-ce que ça valait le coup de lui faire du mal là tout de suite ? Et est-ce que finalement, ça ne m'arrangeait pas de ne pas lui dire, de le préserver et de ne pas le faire souffrir ?**

Prise de court je lui réponds, « il est à l'hôpital, il se repose » alors que je savais très bien que Yves était décédé. La discussion se termina ainsi. Il fallait le dire, je ne me sentais pas bien, j'étais mal de lui avoir menti et puis ça se voyait, je ne sais pas mentir. Je me disais qu'il devait l'avoir vu, qu'il n'allait plus me faire confiance. Suite à cette épisode lors de la relève je relate l'épisode à l'équipe, l'équipe me rassure et m'affirme que j'ai bien fait, qu'il le fallait. **Je me suis questionnée et je me questionne toujours sur cet épisode. Est-ce que**

j'ai bien agis ? Fallait-il vraiment que je protège Marc en lui cachant la vérité sachant qu'il apprendrait la vérité par la suite ? Doit-on nous permettre de penser pour les patients sous prétexte qu'ils sont vulnérables ? Où est le libre-arbitre des patients dans cette situation ?

Situation d'appel n°2 :

. Étudiante infirmière en deuxième année j'effectue un stage en EHPAD. J'avais déjà fait un stage dans ce type de service et j'étais plutôt sereine quant à la réalisation de ce stage. L'EHPAD accueille près de 80 résidents, et possède deux secteurs fermés, des cantous. Pour ma part je ne connaissais pas les secteurs fermés, c'était une découverte pour moi. Lors de la visite de l'EHPAD, j'ai été assez étonnée des dispositions mises en place pour la sécurité du secteur fermé, le cantou. Des portes avec des codes d'entrées, un jardin grillagé, certaines chambres possédaient des verrous. Je me suis rendue compte que les cantous sont des services totalement indépendants en totale autarcie. Les résidents présents dans le service souffrent de pathologies diverses, des démences de type Alzheimer. Pour la plupart ils sont déambulants avec un grand risque de fugue ce qui explique leur présence en cantou.

J'ai effectué une grande partie de mon stage dans l'un des cantous. Le service était très agréable, il y avait un salon commun, avec un jardin.

Solange est une résidente du service. Elle n'est pas très grande, assez mince et a environ 70 ans. Très bavarde, elle aime raconter des événements de sa vie, Solange était infirmière puis a évolué en cadre de santé, elle a encadré de nombreux étudiants lors de sa carrière. Il est courant que je m'assois avec elle dans le salon pour qu'on parle de son passé. Elle a toujours été très indépendante.

Chaque soir, Solange pose la même question, une question rituelle, une question touchante : « Combien je vous dois pour la nuit à l'hôtel, est-ce que le repas est pris en charge ? ». Il est assez beau de voir que Solange n'a pas conscience de l'endroit où elle est, qu'il y a une tentative de maintien des responsabilités avec l'acte de vouloir payer sa chambre d'hôtel. Cependant, pour ma part, c'était la première fois que j'entendais cette question et je ne savais pas quoi répondre. Tout naturellement je lui dis « nous sommes à la maison de retraite

madame , ne vous inquiétez pas, vous n'avez rien à payer ». A ce moment précis, Solange s'effondre, et se met à pleurer, elle ne comprend pas ce qu'elle fait là, elle a été bouleversée pendant un petit moment. **Je me suis questionnée à ce moment-là, est-ce que j'avais bien fait de dire la vérité à Solange, sachant que de toute manière la question reviendrait ? Et finalement la vérité était-elle tant importante pour elle, ou exprime-t-elle seulement une angoisse ?**

Le lendemain, dans l'après-midi je m'installe dans le salon près de Solange, elle me raconte son histoire notamment le fait qu'elle a été infirmière cadre, qu'elle encadrait des étudiants. Elle m'explique qu'avant, ce n'était pas comme ça, les soins étaient différents. Solange est très cohérente et cette discussion a été très riche pour moi. Je me rends compte que Solange s'est toujours assumée seule, elle avait de nombreuses responsabilités. De plus, elle est rapidement devenue veuve, et a dû assumer l'éducation de sa fille unique seule. **Ainsi je me suis demandée, cette question qui revient régulièrement ne serait-elle pas une tentative de maintien de ses responsabilités ? Une accroche à son passé ?**

Le soir arrive et la fameuse question fait son retour, Solange me demande : « Je vous dois quelque chose pour le repas ? Et pour la nuit ? ». Je fais le choix, de ne pas lui dire la vérité, je réponds alors à Solange: « Ne vous inquiétez pas, tout est pris en charge, le repas sera servi à 18h30 ». Solange me remercie, et part apaisée vers sa chambre. **C'est alors que je me suis dit que j'avais fait le bon choix, je n'aurais pas dû mentir à Solange mais d'après moi je lui ai apportée du réconfort et de l'apaisement et ne serait-ce pas cela prendre soin ? La vérité est-elle vraiment importante pour Solange ?**

L'équipe adoptait cette technique depuis bien longtemps avec beaucoup de patients, ils améliorent la vérité, ou alors ne disent pas tout dans l'intérêt des patients.

1.2 Questionnements

Ces deux situations sont assez similaires. En effet, elles traitent de l'utilisation du mensonge face à des patients vulnérables. Patients vulnérables dans le sens où ils souffrent de maladies chroniques comme des démences de type Alzheimer, des troubles psychologiques... Qu'est ce qu'un patient vulnérable ? Il sera essentiel de répondre à cette première question pour poursuivre le développement. Un patient est-il considéré comme vulnérable temporairement ? Une hospitalisation plus longue, et un lieu de vie ne le rend-t-il pas vulnérable de manière permanente ?

Le soignant se doit d'avoir des qualités d'écoute, d'empathie mais également d'honnêteté, c'est comme pourrait tel que être défini le bon soignant. Mais finalement nous sommes tous différents, les patients aussi, ne serait-il pas hypocrite, restreignant, d'agir tous et tout le temps de la même façon ? Peut-on parler d'une unique bonne conduite pour les soignants ?

Dans ces situations, nous nous trouvons dans des lieux de vie, en effet dans une MAS, un EHPAD, cela signifie que les résidents sont présents à l'année dans ces services et sont comme chez eux. Les lieux de vie comme ceux-ci ne modifieraient-ils pas la relation soignant/soigné ?

Le mensonge a été utilisé dans ces situations, dans une première part pour préserver le résident de l'annonce d'un décès et dans une deuxième part pour rassurer une dame d'une angoisse. Cependant, on pourrait se demander si le résident avait vraiment besoin d'être préservé de l'annonce de ce décès ? La visée de ce mensonge est-elle vraiment bienveillante, ou est-ce plus dans une recherche de confort de la part des soignants ? N'y aurait-il pas un phénomène d'infantilisation des résidents ? Pouvons-nous penser à la place des résidents en pensant bien faire pour eux ? Où est le libre-arbitre des patients dans cette situation ? La vérité importe-elle vraiment dans ces situations ?

Enfin comment se positionner à la suite de ce mensonge, pouvons-nous espérer quand même être considérés comme des personnes de confiance ? Ne risque-t-on pas une dégradation de la relation soignant/soigné ?

1.3 Question de départ

En quoi l'utilisation du mensonge avec des patients vulnérables peut-elle avoir un impact sur la relation soignant/soigné ?

2 Cadre de référence

2.1 Le mensonge :

2.1.1 Définition :

Nous allons tout d'abord nous intéresser à la définition du mensonge.

Le mensonge est défini comme une : « *action de mentir, de déguiser, d'altérer la vérité* » selon le Larousse. (Larousse.fr) Sartre définissait le mensonge comme : « *une affirmation contraire à la vérité faite dans l'intention de tromper* ». Cette définition condamne le mensonge et met en évidence le fait que la seule visée du mensonge serait de « tromper » l'autre. Dès la définition nous pouvons voir que l'acte de mentir est immoral et condamné. Il est important de comprendre ce qu'est la vérité pour parler du mensonge. La vérité est une : « *Idee, proposition qui emporte l'assentiment général ou s'accorde avec le sentiment que quelqu'un a de la réalité* ». (Ibid)

Platon dans le livre VII de la République a amené l'allégorie de la caverne. Des prisonniers sont enchaînés dans une caverne, et on leur montre des ombres d'animaux, d'hommes, qui leurs ressemblent mais qui ne sont pas eux. Les prisonniers étant dos au soleil et donc dos à la sortie de la caverne, prennent pour réalité inébranlable, pour vérité, les formes qu'ils observent tous les jours. Je vous amène cette allégorie, bien que j'en traite qu'une infime partie pour montrer que la vérité de chacun est bien ce que nous voyons. Il est alors très difficile de donner une définition générale de la vérité puisqu'elle est subjective à chacun et surtout en adéquation avec une réalité qui nous est propre. Il est donc très difficile de savoir s'il est bon ou mauvais de dire une information au patient, surtout quand il n'a pas la même réalité que nous.

C'est pour cela qu'il me semble important de prendre en compte l'état du patient pour admettre une vérité.

Cependant, on peut admettre ces définitions du mensonge et de la vérité, mais il est avant tout essentiel d'étudier le cadre juridique et éthique du mensonge.

2.1.2 La dimension éthique du mensonge :

Il est très important de s'intéresser à la dimension éthique et juridique du mensonge.

D'un point de vue éthique et encore plus juridique, il est totalement condamnable de mentir. La loi du 4 mars 2002 amène les droits des malades avec le principe du respect de l'autonomie et les droits d'informations et de consentement éclairé.

L'article 35 du code de déontologie mentionne « *Le médecin doit à la personne [...] une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose[...]* » mais aussi « *... dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes [...] un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves [...]* ». (Code de déontologie médicale: Article 35).

Dans l'article, la relation de soin à l'épreuve du mensonge de Eric Lemoine, il y a une critique du mensonge qui existe selon Kant : « *Ce dernier condamne le mensonge du point de vue du sujet moral qui ne doit mentir en aucune circonstance et ce, indépendamment des conséquences. Le mensonge est une contradiction entre la parole et la pensée et ruine l'essence même de la parole, normalement synonyme de confiance. Plus encore, Kant condamne le mensonge en vertu de l'impératif catégorique relatif à la généralisation : « Agit de telle sorte que la maxime de ton action puisse être érigée en règle universelle de la nature ».* » (Lemoine,E ;Vassal,P ;2017,p153)

Comme l'explique Kant, le mensonge est immoral, il explique bien que le mensonge est contradictoire avec la parole qui serait synonyme de confiance. La confiance est la base de la relation soignant-soigné. Si on suit ce qu'amène Kant, la mise en confiance des patients ne serait pas possible s'il y a utilisation de mensonges. Cependant et malheureusement, le mensonge est quand même utilisé et je ne pense pas que la relation de confiance soit altérée dans tous les services. Éthiquement le mensonge est condamné comme nous le voyons. En effet un menteur n'est pas fiable donc, comment faire confiance à quelqu'un qui n'est pas fiable. Or la relation de soin est basée sur la confiance donc comment préserver une relation soignant-soigné si la confiance n'est plus présente.

Le philosophe Constant s'oppose au point de vue de Kant, en effet dans « éloge de la confiance » de Michela Marzano, elle explique : « *Constant rétorque que si le devoir de vérité était pris au sens strict, comme un devoir absolu, il rendrait toute société humaine impossible. Pour Constant, en effet, il y a des cas où le devoir de commande de mentir, par humanité, par politesse, pour éviter un plus grand mal. Par exemple, dois-je sacrifier la vie d'un ami si, pour le sauver, il suffit de mentir à l'assassin qui demande où il est caché ? Dans un cas de ce type, il est clair que le devoir nous impose de mentir pour sauver une vie.* ». (Marzano,M ;2012,p118)

Avec cet exemple Michela Marzano montre bien que le devoir de vérité ultime est absurde. La vie est faite de situations qui sont toutes différentes et certaines fois, un mensonge est nécessaire pour ne pas faire de mal. Dans l'exemple qu'elle décrit bien qu'il soit grotesque, il n'y a aucun intérêt à dire la vérité à l'assassin, hormis le fait qu'il trouve et tue notre ami. Même si mentir est immoral, cela permettra dans ce cas de sauver notre ami et une vie par conséquent. Donc on voit bien que le mensonge est à placer dans un contexte spécifique pour en juger sens.

Dans la médecine et dans la question du sujet de Frédéric Dubas, il dit : « *Il n'y a donc pas « la vérité », qui pourrait se dire toute et tout de suite, ce qui serait à la fois facile et pervers, mais une forme de la vérité, celle que ce malade aura décidé pour lui à ce moment-là. Au médecin d'y être attentif, à lui de se laisser guider par le malade, en renonçant à sa position de maîtrise de médecin, seule façon de laisser le malade réellement maître de sa situation* ». (Dubas,F ;2012,p148).

Frédéric Dubas souligne bien que même si bien évidemment la vérité doit être amenée au malade, il est important de la modeler en fonction de la personne qu'on a face à nous et donc de ne pas dire tout, tout de suite sans même réfléchir.

Nous allons maintenant voir ce qui peut nous amener à mentir aux patients.

Il est très important de s'intéresser à la dimension éthique et juridique du mensonge.

2.1.3 Les raisons du mensonge :

Nous allons maintenant étudier ce qui peut nous amener à mentir.

Pierre Saar met en évidence le fait que Platon distinguait deux types de mensonges : le mensonge véritable et le mensonge en paroles. Pour lui le mensonge véritable est le mensonge qui est induit de manière volontaire et qui est dit dans le but de tromper l'autre. L'autre n'a donc pas conscience qu'on lui ment.

« Platon, dans la République, distingue deux sortes de mensonge : le mensonge véritable et le mensonge en paroles. Le mensonge véritable est le mensonge proféré de façon délibérée qui installe dans l'âme de celui que l'on trompe l'ignorance et l'erreur : « Le mensonge véritable, c'est-à-dire l'ignorance en son âme de celui qu'on a trompé ». Ce mensonge est haï non seulement des hommes mais aussi des dieux. [...] À côté de ce mensonge véritable, il y a ce que Platon appelle le « mensonge en paroles ». Contrairement au premier, celui-ci ne porte pas préjudice à autrui et ne peut être considéré comme un mensonge en tant que tel. Dans la définition qu'il en donne, Platon insiste sur les notions d'imitation et de simulacre : « Le mensonge en paroles n'est qu'une imitation d'une affection de l'âme, un simulacre qui se produit par la suite, ce n'est pas un mensonge sans mélange ». Un tel mensonge, pour Platon, est licite parce qu'il peut être utile. Platon met ici l'accent sur le rôle thérapeutique du mensonge : « Mais qu'en est-il du mensonge en paroles ? Quand et à qui est-il assez utile pour ne plus mériter qu'on le haïsse ? N'est-ce pas à l'égard des ennemis et de ceux qui comptent parmi nos amis, dans le cas où la folie ou quelque manque de jugement leur fait entreprendre quelque chose de mauvais ? Le mensonge ne devient-il pas alors une sorte de remède capable de les en détourner ? ». Partant de cette citation, on pourrait être porté à croire que le mensonge en paroles est permis à tout un chacun pour peu qu'on soit porté à se protéger de ses ennemis ou à protéger ses amis. ». (Saar,P ;2010,p11-12)

D'après Platon il y a aussi le « mensonge en paroles » qui ne porterait pas préjudice à autrui, il estime que c'est « une imitation d'une affection de l'âme, un simulacre qui se produit par la suite, ce n'est pas un mensonge sans mélange », ce serait donc un mensonge qui aurait une utilité pour les autres. Platon estime que si ce mensonge peut détourner de la folie et permettre d'éviter à son ami ou son ennemi de faire quelque chose de mauvais il peut avoir une visée

utile. Cela pourrait nous amener à penser que l'utilisation du mensonge en parole comme le nomme Platon permettrait de protéger ses amis. Comme l'a expliqué Pierre Saar, Platon admettait qu'il existe plusieurs types de mensonge, du moins deux types. Le mensonge véritable qui est totalement condamné par Platon, pour lui ce mensonge n'a comme seul but de tromper l'autre. Le mensonge en parole cependant aurait plus d'utilités et permettrait dans certains cas de protéger si c'est nécessaire ses proches.

Il est condamné de mentir, mais il peut y avoir de bonnes raisons de mentir. Eric Lemoine et Pascale Vassal abordent la conception du mensonge selon les récits hippocratiques : *« on fera toutes choses avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit , la plupart des choses ; lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent ; écartant ce qui est de lui ; tantôt en le réprimandant avec vigueur et sévérité, tantôt le consolant avec attention et bonne volonté ; ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui menace ; car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait »*. (Lemoine,E ;Vassal,P ;2017,p152)

Les récits hippocratiques n'encourageaient pas à dire la vérité à tout prix. Au contraire ils prenaient en compte le fait que des informations pouvaient avoir des effets négatifs et créer plus d'inquiétudes que de bien. Cependant, ces récits occultent complètement le droit à l'information des patients et pourraient amener à des déboires. Donc nous pouvons voir qu'une des raisons qui amèneraient à mentir serait de protéger le patient de ses propres maux, ne pas lui dire pour ne pas l'inquiéter.

Dans ce même article il y a mention du moyen-âge où la religion était omniprésente ; l'auteur explique : *« Il existerait en effet des situations de la vie où le fait de dire la vérité entrerait en contradiction avec un autre principe, comme la justice, la fidélité ou encore la charité. [...] En découle une casuistique permettant d'affronter les situations délicates, potentiellement porteuses d'un dilemme. La dissimulation prudentielle dans le cadre du soin pourrait alors s'intégrer alors au souci charitable d'épargner au patient le poids d'une vérité jugée trop lourde à porter »*. (Ibid ;2017,p153)

Néanmoins l'auteur parle de « dissimulation prudentielle » et non pas de « mensonge ». Il est d'après moi important de faire la différence. L'auteur admet le fait de dissimuler une vérité qui n'est pas en accord avec d'autres grands principes dans le but de protéger le patient.

Michela Marzano nous mentionne la transparence, elle met en avant le fait qu'être totalement transparent n'est pas forcément profitable : « *A force de vouloir « tout dire », on finit par égarer les autres. On oublie qu'il existe une différence entre « vérité » et « transparence ». Parler « vrai » ne signifie pas « tout » dire, au contraire. Pour ne pas courir le risque du démenti, il faut parfois cacher quelque chose.* ». (Marzano,M ;2010, p 118)

Le droit à l'information du patient est très important. Cependant, dans certains cas, la non-information, excepté les sujets de sa propre santé, à des bénéfiques. Les patients dans l'incapacité de comprendre, les patients fragiles momentanément gagnent à ne pas tout savoir dans l'instantané.

Cependant, il peut y avoir des raisons immorales de mentir :

Il ne serait pas moral de tromper l'autre si la seule visée de cette tromperie serait le confort personnel soignant. Eric Lemoine nous explique : « *La mise au jour des expérimentations effectuées par les médecins nazis sur des êtres humains durant la seconde guerre mondiale, la naissance d'enfants malformés aux Etats-Unis entre 1950 et 1960, suite à une ingestion non consentie par la mère durant la grossesse d'un médicament non validé par la Food and Drug Administration (FDA)[...].* ». (Lemoine,E ;Vassal ,P ;2017,p153). Dans l'histoire il y a eu des situations qui ont montré qu'un manque d'informations peut conduire à des situations dramatiques. Les nazis pendant la seconde guerre mondiale, ont fait de nombreuses expérimentations médicales sur les juifs en ne leur donnant aucune information, ces expérimentations bien qu'immorales ont permis des avancés pour les soignants, ces expériences horribles ont été faites au profit des soignants sans l'accord des juifs qui n'avaient le droit à aucune information.

Au cours de mes stages, j'ai pu constater qu'il est parfois très difficile d'appliquer la théorie, bien que les principes de bases soient respectés, il est quelques fois difficile par manque de temps, de moyens d'être en totale harmonie avec nos valeurs.

Dans l'article maltraitance institutionnelle : l'hôpital et la gouvernance de « Lean management » il y a mention : « *Cette maltraitance institutionnelle se développe sur une grande échelle, mais les directions adoptent la politique de l'autruche face aux difficultés psychiques de leurs salariés, ou font illusion en mettant en œuvre des plans de prévention cosmétiques sans prise sur le réel. La souffrance au travail fait l'objet d'une attention croissante à cause des drames qu'elle provoque et de la dégradation du travail qu'elle entraîne à l'hôpital pour les soignants et les malades. Mais au quotidien, on assiste à un management sans ménagement (rationalisation, standardisation, mutualisation) qui sacrifie les missions sociales et humanistes de l'hôpital, et débouche sur l'épuisement professionnel et la souffrance au travail.* ». (Amouroux,T ;2022)

Le manque de moyens, le manque de temps peuvent conduire à des restrictions malgré les soignants. Dans ma situation les soignants, dont moi, avions pour consigne de ne pas annoncer aux patients le décès de monsieur Yves, les contraintes covid prenaient beaucoup de temps et ne laissaient pas le temps à la prise en charge individuelle de chaque patient. Le mensonge était une solution plus facile que la vérité et tout ce qui en découlait (réconfort du patient, prise en charge des inquiétudes des autres patients...).

Dans ces cas précis, où le mensonge a comme visée le confort des soignants ou alors comme visée l'élaboration d'expériences ne profitant qu'au corps médical, le mensonge n'est pas acceptable et est condamnable. Ce serait un mensonge qui ne serait qu'au profit des soignants ou de la société au détriment des patients.

2.2 La vulnérabilité :

2.2.1 Définition :

La vulnérabilité est un concept qu'il est important de définir pour comprendre à qui nous nous référons dans notre questionnement.

En général, la vulnérabilité est définie comme une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être risque d'être affectée, diminuée, altérée selon Liendle Marie. Elle explique également que le domaine de la vulnérabilité chez les êtres humains, est le monde médical où la vulnérabilité correspondrait au risque de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental...

Dans le dictionnaire de psychologie de Roland Doron, la vulnérabilité est définie : « *Mot du vocabulaire clinique et épidémiologique : la vulnérabilité c'est la fragilité d'un système défensif. Elle tend à remplacer l'ancienne notion de prédisposition somatique et psychique : elle est temporaire ou chronique. La vulnérabilité psychologique traduit les déséquilibres qui perturbent le développement et le fonctionnement affectif.* » (Selosse,J ;2011,p755).

Frédéric Dubas dit : « *être malade, c'est avant tout être empêché de vivre normalement, comme avant la maladie, que cet empêchement soit le fait d'une douleur ou d'une gêne motrice, psychique ou générale.* » (Dubas,F ;2012, p 113). Ainsi Frédéric Dubas nous montre bien que l'état de « malade » est la perturbation de son état antérieur normal vers un autre état qui nous empêcherait de vivre normalement. Il sera important de se questionner par la suite sur ce qu'est la normalité. D'après moi la normalité est subjective à chacun, en effet comment pourrait-on certifier que quelqu'un qui a toujours eu des troubles mentaux n'est pas dans sa normalité ?

Je pense que cette définition de la vulnérabilité est juste, de ce fait nous rencontrons tout le long de nos carrières des personnes vulnérables. Cependant d'après moi, il faut différencier les patients vulnérables qui le sont de manière momentanée de par leur état de « malade » et les patients vulnérables « chroniques » qui le sont de manière indéfinie de par leurs maladies chroniques comme l'explique la définition ci-dessus.

Nous allons maintenant nous intéresser aux patients vulnérables.

2.2.2 Le patient vulnérable :

Nous avons précédemment étudié ce qu'était la vulnérabilité. Cependant pour ma part, je souhaite traiter les patients vulnérables sur le long terme. Patients vulnérables sur le long terme du fait qu'ils ont des maladies psychiques, ou ont acquis des démences qui ne leur permettent pas de vivre en société.

Jean Maisondieu explique : « *Les malades mentaux, les psychotiques notamment, connaissent dans l'ensemble une vie difficile [...]. Et dans les intervalles entre deux séjours hospitaliers la vie n'est pas facile pour eux, entre les symptômes résiduels et les effets secondaires des psychotropes. [...]. Et ces derniers ne se résorbent pas toujours suffisamment pour que leur vie reprenne un cours normal. En raison de leur handicap, ils vivent trop souvent à l'écart du monde du travail, bénéficiant pour la plupart des aides et pensions prévues pour les handicapés.* » (Maisondieu,J ;2010,p156). Jean Maisondieu souligne bien ici la difficulté des malades mentaux d'avoir une vie normale. La maladie mentale n'étant pas une maladie temporaire, ces malades mentaux seront donc confrontés à l'exclusion toute leur vie. De ce fait, on peut parler de vulnérabilité « chronique », une vulnérabilité due à leur maladie mentale qui ne cessera pas.

La maladie mentale amène la réflexion sur la conscience du sujet. Dans l'article, le patient dément en fin de vie : sujet ou objet de soins ? Luc Ribeaucoup explique :

« Pour Locke, une personne est « un être pensant, intelligent, qui a raison et réflexion et qui peut se regarder soi-même comme le même, comme la même chose qui pense en différents temps et lieux, ce qu'il fait uniquement par la conscience ». La connaissance de soi procède donc de l'esprit humain qui fait, par les manifestations de sa pensée, l'expérience de lui-même. [...].On peut distinguer deux caractéristiques de la conscience chez Locke. Premièrement, son enracinement dans le sensible et le corps en même temps que la mise à distance de ce dernier. [...]Ainsi, la conscience surplombe et domine toujours ce monde changeant des sensations. Deuxièmement, cette vision de la conscience comporte aussi un caractère réflexif : c'est parce que je suis témoin de moi-même que je peux me saisir comme sujet. Ainsi, pour Locke, ce qui caractérise le sujet humain, c'est d'avoir conscience d'avoir conscience. »

« Mais la conscience a, chez Descartes, une dimension substantielle qu'elle n'a pas chez Locke, pour qui l'approche empiriste reste primordiale. Par le doute qui a généré l'effondrement de mes certitudes premières, je me réapproprie néanmoins une vérité. Cette vérité est fragile (elle ne peut être que mienne et cessera donc avec moi), mais elle est incontestable.[...] Ainsi, il existerait en nous une « âme » qui contiendrait et garderait la trace des pensées, des événements et par laquelle on serait un seul et même être, une seule et même personne.». (Ribeaucoup,L ;2008,p204)

Cet article nous amène à réfléchir sur le sens de la conscience. Un patient vulnérable est pour moi quelqu'un qui n'est pas forcément dans la même réalité que moi. Il est atteint d'une démence, d'une maladie psychique, d'un handicap mental qui vont altérer ses capacités cognitives. D'après le philosophe Locke, un être qui a conscience d'avoir conscience est ce qui le caractérise comme humain. Mais alors un patient qui n'a pas conscience de sa personne n'est donc pas un humain ?

Descartes n'a pas le même avis et amène le concept d'âme. L'âme est : « *Le siège de l'activité psychique et des états de conscience de quelqu'un, ensemble des dispositions intellectuelles, morales, affectives qui forment son individualité, son moi profond ; esprit, intellect, cœur,* ». (Larousse.fr). Pour Descartes l'âme est ce qui ferait l'humain, avec les pensées, la mémoire...On aurait donc tous une âme et donc quelles que soit nos capacités cognitives nous aurions la capacité de penser, de conserver des mémoires.

Pour en revenir à ma situation d'appel, je ne pense pas que Marc n'avait pas conscience de lui-même. Il avait fait des études de pâtissier était capable de verbaliser ses envies, ce qu'il aimait, il savait parler des résidents qu'il aimait bien. Effectivement Marc avait des troubles psychiques mais a finalement toujours vécu comme cela. Et puis comment pourrions-nous savoir que Marc n'a pas conscience de lui-même ? Se poser la question sur la propre conscience de Marc c'est ne pas mettre Marc sur le même pied d'égalité que nous. C'est supposer que par son état de malade, il est inférieur à nous. Et de ce fait, il est facile d'accentuer cette inégalité en faisant tout pour l'aider, à trop vouloir protéger l'autre, l'effet contraire peut se produire. Cette situation a eu lieu quand j'ai voulu protéger Marc du décès de son ami Yves en pensant qu'il ne l'accepterait pas, qu'il serait très mal mais finalement je n'en savais rien. Marc par son état et sa pathologie n'est pas dans la norme, de ce fait je me

suis sentie légitime de le protéger alors que je n'aurais sûrement pas pris cette disposition avec un patient lambda. Je pense qu'il faut questionner la norme, qu'est-ce que la norme ?

Eirick Prairat dit « *Risquons-nous maintenant à préciser le concept de norme. Quels critères retenir ? Il y a déjà, dans le concept de norme, l'idée de régularité [...]. Il y a effectivement des régularités qui ne sont que [...] des répétitions plus ou moins conscientes et que l'on ne saurait tenir pour des normes sauf à dissoudre le concept dans une définition très ample. Une norme est une régularité qui enferme de surcroît une injonction à faire ou à ne pas faire [...]. Une norme resserre l'espace des possibles. La norme ne se réduit donc pas à la question de la normalité (régularité), elle est aussi et surtout l'affirmation d'une normativité (d'une capacité de contrainte). Elle a enfin une dimension collective [...].* » (Prairat.E,2012, p 33-55)

Comme l'explique Prairat, la norme est avant tout une contrainte à laquelle nous sommes tous confrontés. Ce sont les contraintes de société qui nous poussent à suivre des schémas préétablis et finalement à faire un peu comme tout le monde. Cette norme finalement très restrictive pourrait nous donner le sentiment d'être là où il faut être. Cette norme est alors réconfortante si on a l'impression de la suivre. Cependant comment pouvons-nous imaginer que les personnes hors-normes sont différentes ? Les patients qu'on pourrait qualifier de vulnérables sont hors normes. En effet ils ne suivent pas les schémas de la société, ne répètent pas tous les jours une journée composée du travail, des enfants, des tâches quotidiennes. Ils ont des pathologies, des fragilités qui ne leur permettent pas forcément de vivre en autonomie, ils ont la nécessité de suivre des traitements, n'ont pas forcément les mêmes capacités cognitives mais rien ne nous permet de présupposer pour eux qu'ils n'ont pas la capacité ou qu'ils sont trop fragiles pour entendre cette information. Dans ma situation, j'ai supposé par défaut que Marc n'aurait pas les « épaules » pour encaisser deux décès simultanés, que la situation de confinement dans laquelle il était le pousserait à faire un transfert du décès de Yves sur sa propre personne. Marc était terrifié de la mort, il en parlait souvent et se questionnait beaucoup de ce qu'il adviendrait de lui après. Donc certes, je ne pouvais pas décider pour lui et supposer qu'il n'encaisserait pas ce nouveau décès dans le service, cependant mon intention et celle de l'équipe était de tout, sauf nuire à Marc.

La relation de soin implique le patient, mais également le soignant qui est aussi vulnérable.

2.2.3 Le soignant vulnérable :

La vulnérabilité ne touche pas que les patients, en effet les soignants sont des êtres humains qui eux aussi ont des émotions, des épreuves de vie. De ce fait bien qu'un soignant doit posséder des caractéristiques propres à la profession infirmière, il vit une vie qui lui est propre et est donc lui aussi vulnérable.

Florence Nightingale pionnière des soins infirmiers a déclaré : *« Je m'engage solennellement devant Dieu et en présence de cette assemblée, à mener une vie intègre et à remplir fidèlement les devoirs de ma profession. Je m'abstiendrai de toute pratique délictueuse ou malfaisante. Je ne prendrai ou n'administrerai volontairement aucun remède dangereux. Je ferai tout pour élever le niveau de ma profession et je garderai, avec totale discrétion, les choses privées qui me seront confiées et tous les secrets de famille que la pratique de mon service me ferait éventuellement connaître. J'aiderai de mon mieux le médecin dans son travail, et je me dévouerai au bien-être de ceux qui sont laissés à ma garde. ».* (Nightingale,F ;1859)

Par ce serment Florence Nightingale donne les critères de dévouement que devrait posséder une infirmière. Elle met l'accent sur le fait qu'une infirmière ne doit pas avoir de pratiques malfaisantes, doit remplir fidèlement les devoirs de sa profession, doit garder le secret professionnel et faire tout son possible pour le bien-être des patients. Ces caractéristiques semblent bien sûr essentielles aux soignants, cependant nous ne pouvons pas toujours être dans la dévotion et les soignants font face à leurs propres émotions. En effet, un soignant est face à la souffrance tout le long de sa carrière, il fait face à la vieillesse, la maladie, la mort.

Agata Zielinski nous amène une autre dimension de la vulnérabilité qui n'est pas souvent traitée, la vulnérabilité du soignant : *« un combat qui, dans la situation de soin, se joue peut-être moins entre les personnes qu'à l'intérieur de chacun, dans la conscience souvent soudaine et malvenue d'être comme sans armure.[...]. Être exposé à la maladie, à l'altération physique [...]. C'est la condition du malade [...]. Mais en retour, le soignant est exposé à la souffrance de l'autre. C'est la condition particulière du soignant [...]. Être exposé à l'altération qu'est la relation elle-même, voilà ce qui lie le malade et le soignant, dans un lien où chacun est à la fois agent et patient. »* (Zielinski,A ;2011, p 90)

Zielinski nous explique avant tout que la relation de soin est mentale, elle se pense et se passe à l'intérieur de nous. En effet avant même qu'elle n'existe, avant même qu'on ne soit soignant, nous réfléchissons à cette relation. Nous avons des idéaux sur ce qu'elle devrait être mais en l'expérimentant nous voyons bien que ces idéaux ne sont pas toujours applicables. Comme je l'ai expliqué précédemment, être soignant implique l'exposition quotidienne à la souffrance. Bien qu'il faille distinguer le patient de sa propre personne, il est très régulier que nous nous identifions à celui-ci et que nous nous mettions à sa place. Dans ma deuxième situation d'appel, Solange venait nous demander tous les soirs combien elle nous devait pour sa chambre d'hôtel, si le repas serait bien servi ce soir. Solange souffrait d'une démence de type Alzheimer, cette demande pour moi était bien plus profonde qu'un simple délire passager. La maladie d'Alzheimer touche en particulier la mémoire à court terme et au fur et à mesure les patients atteints de cette maladie ne se souviennent que de leurs plus anciens souvenirs. D'après moi, et ce n'est qu'une interprétation personnelle, Solange par cette question se raccrochait à son passé, comme je l'ai expliqué dans ma situation d'appel c'était une femme active qui a travaillé toute sa vie. J'ai peut-être fait l'erreur de présupposer pour elle que l'illusion d'être dans un hôtel qu'elle finançait elle-même serait plus acceptable que la réalité qui était qu'elle était dans un secteur fermé d'EHPAD.

« Toute relation est un échange entre le soi affecté et l'autre affectant ».(Zielinski,A ;2011,p92).

Ainsi comme le cite Zielinski par rapport aux écrits de Ricoeur, toute relation implique une implication inconsciente du soi qui est affecté par l'autre. Finalement la relation de soin est une relation qui se crée malgré nous. Cela peut expliquer des comportements qui ne sont pas forcément idéaux, mais qui sont en adéquation avec nos personnes. Comme le mensonge dont j'ai usé pour Marc qui instinctivement se révélait la meilleure solution pour moi. Ainsi naturellement le malade souffre par son état, mais le soignant souffre par la confrontation à cette souffrance, il souffre de son impuissance et fait ce qu'il peut pour faire du bien au malade. Ainsi la vulnérabilité du soignant passe par celle du patient et il est surtout important de se questionner jusqu'à où nous sommes capables d'aller en tant que soignants, il faut être capable de poser ses propres limites pour mener à bien la relation soignant-soigné.

Nous allons maintenant aborder la relation soignant-soigné.

2.3 La relation soignant-soigné :

2.3.1 Définition :

Pour commencer, nous définirons ce qu'est la relation soignant-soigné.

La relation soignant-soigné est une relation complexe qu'en tant que soignants nous expérimentons au quotidien.

Manoukian définit la relation de soin comme ainsi: « *Une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». « *Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens* ». (Manoukian,A ;2008)

Il dit également: « *Le rôle de soignant est inscrit dans un pyramide hiérarchique dont les diplômes sont les garants de compétence et de savoir. Cette hiérarchie distribue les compétences mais aussi les responsabilités de chacun.* ». (Manoukian,A ;2008).

De ce fait il montre bien l'inégalité de la relation soignant-soigné. Effectivement, le patient est présent dans un service de soin pour recevoir des soins et par conséquent espérer soigner sa maladie ou en tout cas apaiser ses douleurs, il est donc demandeur et dans l'attente de recevoir un soin. Le soignant quant à lui a le « savoir », il a la formation nécessaire pour promulguer des soins et est donc en position de « force », d'où l'inégalité de cette relation. Cependant bien que cette relation soit inégale, elle est nécessaire et obligatoire pour espérer promulguer ou recevoir des soins.

La relation soignant-soigné est en lien avec la relation de confiance. Michela Marzano dans son livre éloge de la confiance: « *La confiance renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe confier (du latin confidere :cum, « avec » et fidere « fier ») signifie qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en s'abandonnant à sa bienveillance* ». (Marzano,M ;2010, p15)

« *La confiance est ce qui, par définition, est censé atténuer nos inquiétudes au sujet de ce que les autres peuvent nous faire.* » (Marzano,M ;2010, p 101)

« J'accorde ma confiance sans jamais avoir la certitude qu'elle sera payée de retour. Je me mets dans une position de dépendance à l'endroit de l'autre. Je suis vulnérable face à autrui. C'est parce que je choisis de ne pas me méfier qu'aucun contrat ne peut me protéger d'une possible trahison. » (Marzano,M ;2010, p 144)

Ainsi Michela Marzano nous montre que la relation de confiance est quelque chose d'essentiel dans le soin. La confiance est ce qui permet aux patients d'accepter les soins, mais c'est ce qui permet également aux soignants de soigner. En effet la confiance est à double sens, le soignant doit pouvoir faire confiance au patient comme le patient doit faire confiance au soignant. Sans la confiance du soignant envers le patient, on ne pourrait jamais le soigner correctement. Comment espérer bénéficier de la confiance de quelqu'un sans donner la sienne en contrepartie ?

La relation de confiance dans les lieux de vie est d'autant plus importante, en effet nous sommes amenés à nous occuper de résidents qui vivent dans les services pour certains depuis des années et parfois depuis bien plus longtemps que nous. Il est alors difficile d'arriver en tant que nouveau professionnel dans ces services et espérer avoir la confiance de tous les résidents. Comme nous, naturellement nous ne donnons pas notre confiance directement. La relation de confiance bien que nécessaire dans la relation de soin, est une relation qui se construit au fur et à mesure. Néanmoins dans les services d'urgences, où la vie du patient est en jeu, il n'y a pas toutes ces questions autour de la confiance. Le statut d'infirmier dans ces moments précis est suffisant pour que les patients fassent confiance au soignant qui est face à eux. Ils font alors confiance aux compétences de l'infirmier qu'il a acquis par son diplôme. Contrairement aux lieux de vie, où les compétences de l'infirmier ont de l'importance mais ne suffisent pas pour que le patient lui donne sa confiance. En effet, le soin dans les lieux de vie est chronique, c'est du soin sur le temps et aucune vie n'est généralement en jeu. La relation de confiance se construira alors comme dans la vie de tous les jours, petit à petit et fera rentrer les personnalités des soignants et des patients en exergue. C'est alors dans ces lieux de vie qu'on peut voir que certains patients accorderont plus facilement leur confiance à une infirmière qu'à une autre. Mais comment construire cette relation de confiance ?

« *Que l'on donne sa confiance ou que l'on en reçoive de la part d'un tiers, c'est l'action future qui s'en trouve toujours orientée : « faire confiance » et « avoir confiance » engendrent un crédit moral* ». (Marzano,M ;2010, p 33)

Comme l'explique Michela Marzano, la relation de confiance, c'est un engagement sur un plus ou moins long terme. Et donc, c'est nos actions futures qui maintiendront ou pas cette relation de confiance. En reprenant ma situation d'appel avec Marc, lorsque je lui ai menti, j'ai ébranlé cette relation de confiance. Certes, au moment du mensonge, il ne le savait pas et ne pouvait pas se douter que je lui mentais ; cependant qu'en serait-il à l'après coup ? Quand il aurait appris de manière différée que Yves était bien décédé ?

Il me semble important de différencier les types de mensonges. J'aurais pu mentir à Marc sans aucune raison derrière dans le seul but de lui nuire, un mensonge qui n'aurait eu aucun but derrière et dans ce cas-là mon action est condamnable, j'aurais mal agi pour aucune bonne raison. Cependant d'après moi, j'ai plutôt accompagné le mensonge, Marc face à moi était vulnérable, il craignait énormément la mort, était très ami avec Yves, j'ai jugé qu'il n'était pas idéal de lui annoncer ce décès maintenant à ce moment précis. J'ai mesuré les bénéfices/risques d'une telle annonce à ce moment précis. Il me semblait plus adapté de différer cette annonce, de réfléchir également à cette annonce pour ne pas créer un grand mal-être du moins ce que j'imaginai comme tel à Marc. On se doit de donner la vérité aux patients, cependant, différer l'annonce dans certains cas est une alternative qui permet de limiter la douleur d'une annonce grave.

Eric Lemoine et Pascale Vassal disaient : « *Ne pas dire les choses pourrait participer du mensonge, comme nous l'avons signalé précédemment, mais ne les dire dans l'immédiat et « n'importe comment » n'est pas directement assimilable au mensonge tel qu'il nie l'autre de façon égoïste en altérant sa confiance et toute possibilité de communiquer. Ainsi il apparaît que la temporalité est à considérer dans l'annonce de la vérité. Se donner le temps, être à l'écoute.* » (Lemoine,E ;Vassal,P ;2017,p155)

Nous venons de voir ce qu'est la relation soignant-soigné et nous étudierons à présent la relation particulière qui lie le soignant et le patient vulnérable.

2.3.2 La particularité de la relation soignant/soigné :

Comme nous avons pu le voir la relation soignant/ soigné est bien plus complexe qu'on pourrait le croire. Le patient est amené à côtoyer le soignant régulièrement et cette relation peut certaines fois dépasser les simples limites de la relation soignant/soigné.

Dans le texte « la relation de soin doit-elle être une relation d'amitié » de Céline Lefève, on peut assister à une réflexion sur la relation de soin.

Premièrement : « *La relation médicale ne peut être conçue hors du système de santé (...)* ». (Lefève,C ;2010,p109).

Céline Lefève amène le fait que la relation de soin n'est concevable que dans un système de santé. En effet, ce type de relation requiert un besoin de soin de la part du patient, un savoir et une promulgation des soins par le soignant.

Par la suite elle dit : « *que la relation de soin se distingue de la relation d'amitié pour une raison relative à l'égalité, l'amitié suppose l'égalité des amis, alors que la relation de soin repose sur l'asymétrie : le patient est dans une situation de vulnérabilité et de demande qui le rend dépendant du médecin, détenteur d'un savoir et partant, d'un savoir sur lui* ». (Lefève,C ;2010,p 110).

La relation de soin est en effet asymétrique, comme l'explique Céline Lefève, elle requiert le besoin de l'un et le service de l'autre. Cependant, le soin nécessite la prise en compte de l'autre dans ses sentiments, dans ses douleurs et il y a obligatoirement la mise en place d'une relation et encore plus dans les lieux de vie. Les lieux de vie sont des structures de soins pour les personnes qui ont une maladie chronique qui est incurable, où les personnes sont en perte d'autonomie et vieillissantes. Ce sont des lieux où ces personnes vivent et elles ne sont pas là temporairement. Les soignants qui y travaillent côtoient ces patients régulièrement et donc naturellement s'y attachent. Un lieu de vie est un lieu dans lequel on côtoie les résidents régulièrement, les résidents restent les mêmes, il n'y a pas d'entrées et de sorties comme on pourrait expérimenter à l'hôpital. On vit de vrais moments de vie avec ces patients, les fêtes, les anniversaires, des moments de convivialité qu'on est censé vivre qu'avec notre famille

proche. Les résidents rentrent vraiment dans nos vies comme nous rentrons dans la leur. Tout cela favorise la création d'une véritable relation d'amitié.

Céline Lefève dit : *« C'est chez les Romains que l'amour de l'humanité va devenir une motivation dans le choix de la carrière médicale et que les malades finiront par exiger l'amitié de leur médecin. Par exemple, le médecin et encyclopédiste latin du début du 1^{er} siècle Celse préconisait non seulement, comme les médecins grecs, la prise en compte des caractères individuels du patient comme le tempérament, la constitution, l'âge, les antécédents morbides, le mode de vie, etc .., mais aussi l'amitié « A science égale, écrit-il, le médecin est plus efficace s'il est ami que s'il est étranger » ».*(Lefève,C ;2010,p113)

Dès l'antiquité les Romains avaient conscience de l'importance de la relation, qui plus est de la relation d'amitié qui pouvait se créer dans la relation de soin. D'après moi l'affectivité dans la relation de soin est une notion importante, soigner n'est pas chose facile, la pression institutionnelle, le manque de temps font que le soin peut rapidement perdre de son sens. C'est pour cela qu'il est selon moi essentiel de faire rentrer de l'affectivité dans le soin.

Claire Marin dit : *« La maladie du soignant est une sensibilité particulière aux ressentis des patients, une capacité « naturelle » à identifier le besoin de dépendance et celle, plus « construite », à être touché par les sentiments d'amour et de haine du patient sans cependant se laisser trop affecter. La relation soignant-soigné n'est donc pas une relation « normale », elle est une maladie de la même manière que le soin maternel est une forme de maladie, une folie passagère ; une maladie, dit Winnicott, dont la mère est « capable ».* (Marin,C ;2015, p 56)

« Comme la « maladie normale » et nécessaire de la mère, celle du soignant tient à sa faculté d'atteindre ce stade d'hypersensibilité, presque une maladie et de s'en remettre ensuite ». (Marin,C ;2015,p 57)

La relation de soin n'est pas soumise à un contrat mais cependant la maladie crée le contrat de soin. C'est bien parce qu'il y a une maladie qu'il y a une relation de soin. Claire Marin qualifie la relation de soin de « maladie », en effet comme une maladie la relation de soin est inéluctable, on n'a pas de pouvoir sur celle-ci et on doit faire avec elle. Elle souligne bien le fait que le soignant est affecté par le patient mais a la capacité par la suite de s'en remettre

notamment de par sa formation et de par les compétences qu'il a acquises par celle-ci. Il est important que le soignant soit dans l'accueil de ce qu'il se passe, aussi bien pour les choses positives que négatives c'est ainsi qu'il rendra la relation moins malade.

Il est également important que le soignant soit en total accord avec ce qu'il est et ce qu'il pense. Ainsi, quand j'ai menti à Marc, malgré le fait que je lui ai menti j'ai été en accord avec moi-même, puisque pour moi il était important de réfléchir à l'annonce pour ne pas heurter grandement Marc. Il me semble que si je ne suis pas en accord avec moi-même, le patient face à moi le sentira obligatoirement et mes actions qui en découleront seront malhonnêtes et dans ce cas précis la relation soignant/soigné risque d'être durement ébranlée. Si je suis en accord avec ce que je pense bon pour le patient et que je suis capable d'expliquer après-coup mes actions, il me semble que la relation soignant-soigné sera largement moins impactée. Bien que le mensonge n'est pas acceptable en soit, s'il est réfléchi, explicable et surtout en adéquation avec ce que je pense bon pour le patient, il s'explique. Il faut mesurer les bénéfices/risques à la délivrance ou non de certaines informations. C'est une mesure qui est subjective et qui doit être obligatoirement réfléchie. Il faut réfléchir à ce que l'information véridique pourra apporter au patient, à ce qu'elle pourra entraîner et surtout aux conséquences de l'annonce de cette information sur le patient. Quelle que soit la décision finale, le tout est d'être en accord avec soi-même. C'est seulement en prenant tous ces éléments en compte que nous pouvons tendre à être dans le « prendre soin ».

Nous allons maintenant étudier le « prendre soin » c'est-à-dire le « care ».

2.3.3 Le « care » :

Le care est le concept de « prendre soin », c'est un concept bien plus profond que soigner, tout court. Le care c'est le fait de prendre en compte une personne dans sa globalité et de prendre en compte tous les aspects de sa personne pour la soigner. On ne soigne pas seulement une maladie.

Claire Marin soulignait l'importance du care : « *Or, continuer à faire résonner le care dans la cure, autrement dit inscrire l'attention à autrui au cœur de la relation thérapeutique, c'est pour Winnicott la condition même de l'efficacité réelle du soin. Ce n'est que porté par cette attention sensible que le soin médical préservera sa force exceptionnelle : celle*

d'extraire le patient du chaos de la maladie, de le préserver de l'effondrement et de la perte de soi, de le maintenir autant que possible à distance de la folie. Seule une certaine qualité de la relation de soin permet d'éviter que la maladie ne soit vécue comme un pur « désastre ». » (Marin,C ; 2015,p 49-50)

L'efficacité réelle du soin n'est pas forcément dans la relation, si on prend en exemple les soins d'urgence où le curatif a toute sa place. Si on parle du « cure » et du « care » l'un peut prendre le dessus sur l'autre et cela est à mesurer en fonction de la personne qu'on a face de nous puisque nous sommes tous subjectifs. La réelle efficacité du soin serait de réussir à faire cohabiter le « care » et le « cure » et être dans le « care » quand il faut l'être ou à contrario être dans le « cure » si nécessaire. Cependant si nous nous concentrons plus spécifiquement sur le « care » on peut dire que c'est dans la relation à l'autre que le prendre soin est présent. Mais il faut questionner ce prendre soin, comment prendre soin l'autre ? La relation thérapeutique, la relation soignant-soigné est subjective à chacun, nous sommes tous des êtres uniques et ne pouvons donc pas envisager une seule et même relation de soin. Alors comment savoir si notre manière de faire est la bonne ?

Il me semble que quand on arrive à être dans l'authenticité, c'est-à-dire quand on arrive à être totalement honnête avec soi-même, qu'on prend en compte l'état du patient pour ne pas le brusquer, qu'on apprend à le connaître pour anticiper ses réactions et qu'on est finalement attentif à qui il est, on arrive à peut-être touché ce qu'est le prendre soin. De la même manière si je m'autorise à être authentique c'est-à-dire en accord avec qui je suis, je dois accepter que le patient est ce qu'il est, le patient au même titre que nous a tout à fait le droit d'être en adéquation avec qui il est.

Dans le cas de Marc pour revenir à la situation d'appel, deux choix s'offraient à moi, soit ne rien dire à Marc comme je l'ai fait pour le protéger, pour lui éviter une grande souffrance mais en étant du coup dans le mensonge. Ou alors lui dire la vérité, être dans la réalité des choses mais dans ce cas-là ne pas être en accord avec qui je suis et prendre le risque de laisser Marc dans une grande souffrance.

« N'étant plus vraiment nécessaire à l'exercice médical, le care est confié avant tout aux paramédicaux, les infirmières et les aides-soignantes, considérées comme les vraies

spécialistes du care. Dans un cas plus favorable, le care peut constituer une sorte de « supplément d'âme » d'une médecine justifiée par le cure. » (Mino, JC ;2015,p 73)

Ce supplément d'âme serait le fait que je m'intéresse à l'autre dans ce qu'il vit de difficile, que je prenne en compte ses difficultés. Nous sommes tous dotés de la capacité de prendre soin de l'autre, en prenant compte de tout ce qu'il est. Cependant nous ne sommes pas tous ouverts à cela et c'est quand on s'y intéresse, qu'on s'y penche qu'on peut réellement prendre conscience de l'importance du « care ». Le « care » est quelque chose d'indispensable pour le soin, d'indispensable pour le patient il a besoin qu'on prenne soin de lui et pour les patients les plus vulnérables il me semble qu'il est soignant de « penser pour » de faire en sorte de préserver le patient de quelques maux qui lui sont insupportables sachant qu'il vit déjà dans une vie qui est surplombée par la maladie.

« Winnicott suggère de « passer à d'autres considérations » plus importantes pour lui, c'est-à-dire de mettre l'accent sur « ce que les gens attendent » lorsqu'ils vivent dans des états d'immatunité, de maladie, de vieillesse, en un mot, de dépendance. Dans ces situations, les patients ne recherchent pas seulement l'application automatique d'un savoir. Ils attendent des professionnels qu'ils soient fiables ». (Mino, JC ;2015,p76).Ainsi comme l'explique Mino, il faut avant tout se baser sur ce que « les gens attendent », pour certains patients le fait de ne pas savoir leur permettra de vivre de manière plus sereine, dans certains cas bien précis, la vérité importe peu. Pour revenir à la deuxième situation d'appel, pour Solange peu importait le fait de savoir qu'elle était à l'hôpital, là n'était pas vraiment la question. Solange ne nous posait cette question que pour verbaliser une angoisse et surtout se raccrocher à son passé de femme active qui avait la possibilité de s'assumer toute seule. Cependant certaines personnes attendront de nous une authenticité de la relation, en effet eux se livrent à nous sans condition de manière tout à fait honnête. On est amené à les voir dans des situations de vulnérabilité, dans leur intimité il est normal qu'en retour nous leur devons la vérité. Le plus important dans le « prendre soin » est avant tout la considération de la personne que j'ai en face à moi. Face à nous, nous avons tout type de personnes avec chacune leur considération de la vie, de la maladie, être un soignant « suffisamment bon » implique la prise en compte de ces disparités.

Nous avons vu ce qu'était le « care ».

3 Enquête exploratoire :

3.1 Méthodologie de l'enquête exploratoire :

Maintenant que nous avons développé notre cadre théorique pour continuer notre recherche il me paraît indispensable de se baser sur des témoignages de professionnels confrontés au quotidien à ma problématique. Le mensonge bien que sujet délicat et quand même courant dans le monde du soin et les professionnels me semblent être les mieux placés pour m'expliquer comme ils se placent face aux mensonges et ses éventuels impacts sur la relation soignant/soigné.

3.1.1 Choix de la méthode de recherche :

Pour réaliser mon enquête exploratoire j'ai choisi la méthode clinique, qui est décrite comme : *« En effet par « méthode clinique » on peut entendre aussi bien l'ensemble des techniques utilisées dans la pratique des cliniciens que la « démarche clinique » centrée sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. ».* (Pedieli, J ;2016,p 31-64)

Cette méthode se centre alors sur les vécus personnels des soignants, il me semble qu'il est essentiel pour l'étude du mensonge avec une population vulnérable, de se baser sur des expériences propres aux soignants. Le mensonge est un sujet délicat qui doit être abordé de manière réfléchie. Les expériences personnelles des soignants sont plus propices à la confiance et je pense seront plus en lien avec le mensonge. C'est une méthode qui est qualitative et qui s'intéresse donc également à la qualité des discours des soignants.

3.1.2 Choix de l'outil de recherche :

Il est important de bien cibler l'outil adapté à notre recherche. Pour ma part j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi directif. L'entretien semi directif me permet d'orienter le thème de l'entretien sans trop intercepter le discours du soignant tout en lui laissant la place de s'exprimer sur le sujet. Il est important même si cela peut être difficile de laisser la place aux soignants de s'exprimer. De ce fait, j'ai dû lancer l'entretien par une question ouverte permettant le récit d'une situation où ils ont eu recours à des réalités arrangées pour ne pas dire la vérité.

J'ai donc réalisé un guide d'entretien qui reprend les principaux concepts de mon cadre théorique, qui sont donc : le mensonge, la vulnérabilité et la relation soignant/soigné. De plus il me paraissait essentiel que chaque soignant puisse retracer son parcours avant ma question ouverte. Les soignants sont informés qu'ils seront anonymisés pour laisser place à une parole libérée.

3.1.3 Choix de la population interrogée et des lieux :

Ma problématique traite du mensonge avec des patients « vulnérables ». Par vulnérable, j'entends une vulnérabilité liée à leur maladie ou à leur handicap qui est chronique. De ce fait il était essentiel pour moi d'interroger des soignants qui travaillent dans des services accueillant des patients atteints de maladies chroniques type démences, handicaps mentaux, maladies psychologiques. Néanmoins il était également intéressant d'après moi d'interroger un soignant ne travaillant pas dans un service spécialisé de ces maladies chroniques pour justement mesurer l'écart avec les soignants travaillant dans ces services spécialisés. J'ai réalisé au total 5 entretiens. J'ai pris la décision de n'interroger que des infirmiers diplômés d'état, étant d'après moi à la meilleure place pour répondre à la problématique du mensonge.

J'ai réalisé mon premier entretien avec Fabien, infirmier diplômé depuis peu et travaillant en maison d'accueil spécialisée. Fabien est donc régulièrement au contact de patients avec des troubles psychologiques ou des handicaps mentaux. Il me semblait intéressant de l'interroger, par le fait qu'il soit un homme, qu'il soit diplômé depuis peu et qu'il soit en contact permanent avec des patients vulnérables.

J'ai réalisé mon deuxième entretien avec Anna, infirmière diplômée depuis de nombreuses années et travaillant également en maison d'accueil spécialisée. Cet entretien me permettra de mesurer les écarts entre un infirmier novice et une infirmière expérimentée travaillant dans le même type de service. Anna côtoie également de très près les patients vulnérables de manière « chronique ».

Par la suite j'ai réalisé mon troisième entretien avec Carole, infirmière diplômée depuis très peu travaillant dans un service général, en gastro-entérologie. Carole est bien moins en contact avec des patients vulnérables de manière « chronique » mais néanmoins il lui arrive de

les côtoyer. Cet entretien me permet de mesurer les écarts entre les services spécialisés et les services non spécialisés à l'accueil de ce type de patients.

J'ai réalisé mon quatrième entretien avec Aurore, infirmière diplômée depuis plusieurs années et qui a travaillé dans de nombreux services psychiatriques. Actuellement elle s'est reconvertie en tant qu'infirmière libérale. Sa longue expérience en psychiatrie est très enrichissante et elle est très bien placée pour parler de patients vulnérables de manière chronique.

Enfin j'ai réalisé mon dernier entretien avec Pauline, infirmière diplômée depuis de nombreuses années qui travaille actuellement dans un hôpital de jour psychiatrique. Elle est également confrontée tous les jours à des patients vulnérables de manière chronique et a l'expérience pour parler de la question du mensonge dans le soin.

Pour conclure, j'ai souhaité interroger au minimum un homme et une femme. J'aurais au final interrogé un homme et quatre femmes, il me semble intéressant de comparer les points de vue quant à la question du mensonge en fonction du sexe, même si cela ne constitue pas un point clé de mon analyse. De plus, j'ai souhaité interroger des soignants provenant de services spécialisés à l'accueil des patients vulnérables « chroniques » ainsi que des soignants qui ne sont pas forcément spécialisés pour comparer les points de vues. J'aurais réalisé 4 entretiens avec des soignants « spécialisés » et un entretien avec un soignant « non spécialisé ». Enfin il me semblait important d'interroger des patients novices qui d'après moi ont peu d'expérience mais qui ont encore toute la théorie en tête et des patients expérimentés qui ont une plus grande expérience mais qui sont aussi loin de leurs années de formation. J'aurais donc interrogés deux soignants novices et 3 soignants expérimentés.

3.2 Analyse thématiques des résultats:

3.2.1 Le mensonge :

Le mensonge est un concept qui est abordé avec prudence par les soignants que j'ai interrogés, on m'a décrit plusieurs types de mensonges.

Tout d'abord, on m'a évoqué un type de mensonge qui intervient au quotidien et qui n'aurait par conséquent pas trop de gravité. Mon premier entretien s'est déroulé avec Fabien auquel j'ai demandé de me raconter une situation dans laquelle il a dû arranger la réalité pour ne pas dire la vérité au patient. Fabien me mentionne le fait de dire au patient ce qu'il souhaite entendre pour qu'il puisse tolérer la réponse, L 32-35 *« Au quotidien, par exemple il y a un patient, un résident qui va nous dire « bah tiens est ce que je m'en vais demain » et à force de répétition à un moment on arrive à lui dire « oui tu t'en vas demain » même si c'est faux. Même si voilà il va dire : « est ce que mes parents viennent demain ». Il y a un patient en particulier, qui est constamment dans la répétition, à un moment on arrive à lui dire « oui », « oui » puisqu'il ne veut pas entendre la réalité. C'est pas la sienne en tout cas. ». On peut admettre que ce mensonge n'a pas une grave portée, en effet, il traite d'une sortie ponctuelle face à des patients qui sont constamment dans la répétition, il ne traite pas d'un sujet grave. Cependant cela reste un mensonge. On peut se demander si le soignant n'est pas dans une sorte d'impuissance face à des symptômes très envahissants, comme ici l'écholalie. Le soignant se dit sûrement qu'une réponse positive à la question de résident fera cesser ces inlassables questions, L96-98 : *« et malgré le fait qu'on lui a donné une réponse qui est la vérité, il va revenir inlassablement re-poser la même question qui est de savoir s'il va sortir la semaine prochaine. Et donc on pourrait lui dire « oui » dans notre ...confort à nous, pour être tranquille »*. Fabien remet en question celle du résident qui revient inlassablement et à conscience que c'est sûrement une manifestation de l'angoisse du résident L40-42 : *« Enfaite... est-ce qu'ils posent réellement la question pour avoir une réponse à cette question ou alors est-ce qu'ils posent la question pour combler un vide entre nous et eux ou un vide dans leurs vies quoi... »*. Ainsi d'après moi Fabien a conscience qu'il va moduler la réalité pour ne pas dire exactement la réalité au patient, mais pour Fabien le mensonge n'a pas ici une grave portée et intervient au quotidien pour calmer pour certains résidents des angoisses. Fabien ainsi justifie son mensonge et à conscience malgré tout qu'il n'est pas idéal de mentir.*

Anna rejoint le point de vue de Fabien en effet d'après elle, il est quasiment quotidien de mentir pour des banalités aux patients L24-28 : « *c'est pas tous les jours mais souvent, pas qu'on leur ment mais il y a des choses qu'on ne leur dit pas pour pas les mettre en difficultés... c'est quasi quotidien...mettons la visite de quelqu'un de leur famille ou un coup de fil qu'ils attendent et..qui..qui arrive pas ou une sortie qui est prévue et qu'on leur dit qu'au dernier moment sinon ils se mettent dans des états...d'excitation ou de stress qui voilà* », d'après elle, ces mensonges sans gravité permettent la meilleure prise en soin des résidents et permet de limiter leurs angoisses. Ces mensonges sont comme ceux qu'on pourrait faire à des enfants, le but n'est pas de nuire à l'autre mais seulement de le préserver. Anna et Fabien travaillent tous les deux dans le même type de services ce qui peut expliquer qu'ils se rejoignent sur ce point de vue. Les maisons d'accueil spécialisées accueillent des patients qui peuvent être très arriérés et qui peuvent avoir des symptômes très envahissants. Il est parfois dur de les raisonner ou de les rassurer surtout quand leurs angoisses prennent le dessus. Ainsi comme expliquait Pierre Saar, « *Platon met ici l'accent sur le rôle thérapeutique du mensonge : « Mais qu'en est-il du mensonge en paroles ? Quand et à qui est-il assez utile pour ne plus mériter qu'on le haïsse ? N'est-ce pas à l'égard des ennemis et de ceux qui comptent parmi nos amis, dans le cas où la folie ou quelque manque de jugement leur fait entreprendre quelque chose de mauvais ? Le mensonge ne devient-il pas alors une sorte de remède capable de les en détourner ? ».* Partant de cette citation, l'on pourrait être porté à croire que le mensonge en paroles est permis à tout un chacun pour peu qu'on soit porté à se protéger de ses ennemis ou à protéger ses amis. ». (Saar,P ;2010,p11-12). Le mensonge qui n'est pas là pour nuire peut avoir un rôle de protecteur et en particulier quand il n'a pas une grave portée.

On m'a évoqué également un autre de type de mensonge par omission où le patient n'a jamais été au courant de ce qu'il se passait pour lui. Anna dit L33-35 : « *on a jamais su, on a jamais su si elle avait compris la gravité de son état. Et nous... on ne lui a jamais dit, les médecins non plus et sa sœur ne voulait pas non plus qu'on lui dise.* » Anna nous parle donc du mensonge par omission « *c'est le mensonge qui n'en est presque pas un. On évite de dire quelque chose qui pourrait ennuyer, déranger, blesser, procurer du désagrément à soi ou aux autres.* ». (Brécard,F ;2011,83-84). Ce mensonge est intervenu dans un contexte difficile avec une maladie très grave d'une part et la vulnérabilité d'autre part de la résidente. De plus la

famille ne souhaitait pas qu'elle prenne connaissance de sa maladie. On pourrait dire que ce mensonge intervient dans le confort ou alors dans ce qu'on pense être le confort du résident. Ce qu'il ne sait pas, ne peut pas lui faire du mal, du moins c'est ce qu'on pourrait penser. Ce mensonge intervient également dans le confort du soignant qui ainsi n'a pas à gérer les multiples réactions que pourrait avoir le résident face à la réalité. Anna dit L29-31 : « à...mentir... mais là on est plus trop dans le cadre du handicap ou de la psychiatrie, mais selon la maladie qu'ils ont ou quoi...l'infirmière n'est pas vraiment, c'est pas à elle d'annoncer certaines choses. » Comme elle l'explique dans certaines situations c'est le médecin qui se doit d'annoncer les diagnostics aux patients. Cependant, si cela n'est pas fait le patient ne prend en conséquence pas conscience de sa maladie.

On m'évoque également un type de mensonge dans lequel sa visée serait de permettre le soin ou dans des cas de nécessité. Carole nous dit : L26-29 : « il voulait tout le temps rentrer chez lui, donc effectivement on inventait des choses « non demain matin », « on viendra vous chercher demain matin » toujours on repoussait le moment donc oui là au final on a arrangé la réalité pour ce patient. ». Carole était face à un patient dément qui voulait à tout prix partir du service, on peut imaginer que ce monsieur était sûrement très âgé avec un grand risque de chutes. Ces mensonges interviennent dans une tentative de mise en sécurité du monsieur, la visée de ce mensonge serait d'après moi plus de rassurer le patient et de la calmer pour qu'il soit plus serein. Carole est dans un service général qui n'a aucune disposition particulière pour ces patients déments. Carole fait écho à sa première situation pour nous raconter une deuxième situation L74-77 : « c'est comme un patient... j'avais vu ça en stage un patient à qui tu dis « non votre femme est décédée » et le lendemain il redemande « bon c'est quand qu'elle vient ma femme » bah au bout d'un moment il vaut mieux je pense ne plus lui dire que sa femme est décédée parce qu'il revit le truc à chaque fois. ». D'après elle, il vaut mieux au bout d'un certain moment après évaluation quotidienne des capacités cognitives du patient ne plus lui dire la vérité comme elle nous l'explique avec ce monsieur et sa femme. Le monsieur n'ayant plus la capacité de se rappeler que sa femme est décédée et qui en le réapprenant se met dans des états d'angoisses, il semble plus adapté pour Carole de ne pas lui répéter. Il me semble que ce mensonge intervient surtout dans le confort du soigné, pour ne pas qu'il revive de manière régulière la violence de l'annonce d'un décès. Aurore infirmière ayant eu une longue carrière en psychiatrie nous raconte une situation qui pourrait se rapprocher de la

première situation de Carole. Elle explique : L57-63 : *« et bien on a joué comme on jouait en fait au quotidien avec lui pour que les soins se passent correctement sans agressivité, on a joué avec lui à rentrer dans son imaginaire comme on avait l'habitude de faire, comme on avait l'impression de parler à un enfant et que lui adorait les pompiers les grands camions les choses comme un enfant de 3/4 ans, ben on lui a dit « allez viens Sacha il y a plein de pompiers sur le parking avec le gros gros camion, viens on va les voir et tout » »*. Aurore a transformé la réalité, c'est un mensonge qui a eu lieu dans un cadre d'urgence en effet la patiente d'à côté avait mis le feu à son matelas, le but était de réconforter le patient qui n'est habituellement pas conciliant aux soins, elle a utilisé ses centres d'intérêt pour qu'il soit d'accord de la suivre et ainsi pour le mettre en sécurité. Comme elle le dit L65-69 : *« c'était pas la vérité, la vérité c'était pas qu'il fallait qu'on aille voir les pompiers la vérité c'était qu'il fallait qu'on sorte alors oui les pompiers étaient là mais ils étaient pas là pour lui, c'était pas une sortie quoi pas une sortie thérapeutique ils étaient pas là pour lui ils étaient là parce qu'il y avait le feu à côté et la vérité on l'a cachée parce que jamais on lui a dit qu'il y avait le feu à côté voilà. »*. Aurore a bien conscience qu'elle a menti au patient, cependant c'est un mensonge qui est nécessaire pour mettre en sûreté de manière pérenne le patient. Comme Carole, ces mensonges ont pour but de protéger les patients d'une réalité qui peut être difficile à encaisser, ou alors de les protéger de leur propre perception des choses. Il est fort possible pour la situation d'Aurore que le patient ne prenne pas conscience du réel danger qu'est le feu. Ces mensonges participent également au confort du soignant puisqu'ils lui permettent de se sortir plus facilement de situations compliquées comme Carole avec le patient qui veut absolument sortir ou alors Aurore avec ce patient qui doit obligatoirement sortir de sa chambre. Aurore nous raconte une deuxième situation dans laquelle par le même mécanisme elle permet le soin. L79-80 : *« Ca me rappelle également une autre situation, c'est vrai qu'il y avait un patient qu'on... après c'était une vérité détournée mais c'est pareil c'était parce que c'était nécessaire. »* ; L88-89 : *« ben on disait justement mais « viens on va se faire tout beau parce qu'il y a maman qui va venir et alors que non maman venait pas. »* ; L94-95 : *« c'était juste le... le déclenchement pour qu'il accepte le soin, « allez hop maman »*. Ce patient avec des troubles très importants refusait systématiquement la toilette, bien que les soignants limitaient au maximum ce soin il était quand même plus que nécessaire. Aurore pour encourager ce patient à aller à la toilette prenait le prétexte que sa mère allait venir la voir alors que ce n'était pas le cas. On peut se questionner sur l'impact de ce mensonge sur ce

patient, en effet avait-il conscience que ce n'était qu'un prétexte ? Selon Aurore, suite à la toilette, il ne prenait pas conscience que sa mère ne venait pas néanmoins le fait de mentionner sa mère le poussait bien à aller à la toilette. Ce mensonge intervient encore comme me l'explique Aurore pour une cause essentielle qui est, les soins corporels. Toute l'équipe du service utilisait cette même technique qui facilitait les soins et qui n'était pas dans l'intention de nuire au patient mais bien de lui faire accepter les soins.

Enfin on nous évoque un mensonge qui n'est pas un vrai mensonge à proprement parler, c'est une manière de répondre à une question qui n'est pas la vérité dans le but de protéger la patiente. Pauline nous raconte une situation dans laquelle elle est actuellement et qui la met en difficulté. L93-95 : *« mais elle vient me chercher moi sur les questions de « est-ce que c'est beau » « est ce que ça vous plaît ». Elle réalise des objets, si je les regarde comme ça je me dis mais « qu'elle horreur ce truc » ». Et elle dit L98-99 : « J'ai voulu lui dire que la question n'est pas tant du beau c'est la question de ce que ça va représenter pour elle » et enfin L108-109 : « je lui ai dit que je trouvais sa réalisation particulière et que ça m'étonnait ». On peut voir dans un premier temps que Pauline se dit intérieurement qu'elle ne trouve la réalisation de la patiente si on se place du côté du beau, pas belle. On comprend vite que cette situation met Pauline en difficulté puisqu'il va être très compliqué pour elle de répondre. Elle essaye dans un premier temps de détourner la question, de demander l'avis qu'a la patiente sur sa réalisation. D'après moi, ainsi elle ne prend pas le risque de répondre et ne risque pas soit de blesser la patiente en disant la vérité ou alors de mentir pour ne pas la blesser. Par la suite elle est obligée de répondre à la patiente et parle d'une réalisation particulière pour ne pas dire « pas belle », elle dit bien que la réalisation l'étonne et ainsi se rapproche de la réalité sans être réellement dans la réalité. Pauline est face à une patiente schizophrène, elle n'est pas dans une démarche de qualité de l'art, elle est là pour être dans le soin. La question du beau n'a pas son importance. On ne peut pas réellement parler de mensonges d'après moi. En effet en soit, Pauline n'a pas menti à la patiente, elle trouve réellement sa réalisation particulière, elle a seulement omis le fait qu'elle ne trouvait pas esthétique sa réalisation, elle a minimisé son véritable avis sur la question de cette réalisation. L110-112 : *« mais elle revient m'interroger donc « particulier qu'est-ce que vous voulez dire par là » elle n'est pas dupe... elle entend bien que cette façon que j'ai de répondre en tout cas, ça lui suffit pas en gros... »*. Pauline bien que proche de la réalité n'est pas totalement dans la réalité et la patiente le sent bien. Il*

est donc bien question de modification de la réalité. Il est important de se demander à quel point la vérité est importante pour cette patiente et surtout ce que la vérité pourrait engendrer. L145 : « *le fait de lui dire la vérité c'est pas tant soignant dans cette situation* », comme l'explique Pauline ce n'est pas la vérité qui est importante et puis nous, en tant que soignants nous ne sommes pas là pour être des juges d'une quelconque production. L156-159 : « *vous en pensez quoi ?* ». *Et ça recommence je dis « et vous ce travail-là » et puis alors elle continue à m'interroger et là je prends un air pleureur « mais pourquoi mais pourquoi est-ce qu'elle vient toujours me poser cette question-là » pour lui faire sentir qu'à la fois j'étais voilà j'entendais bien ses questions mais que je savais pas quoi y répondre* », par la suite Pauline détourne la question par l'humour pour signifier qu'il est difficile pour elle de répondre à cette question et qu'elle est embêtée avec cette question. De cette façon, Pauline est congruente avec sa manière de penser, elle réfléchit en tant que soignante et minimise ses réponses, détourne les questions pour ne pas à avoir vraiment à répondre aux questions de cette patiente. Bien qu'elle ne donne pas véritablement la vérité à la patiente, elle reste authentique et en accord avec ses valeurs. Elle fait au mieux pour ne pas blesser la patiente sans toutefois réellement lui mentir.

Dans la plupart des cas les soignants mentent dans le confort des patients, cependant ils ne prennent pas forcément en compte tout ce que peut créer ce mensonge. La visée du mensonge est principalement la protection du patient d'une réalité qui pourrait être considérée comme trop compliquée à accepter. Les mensonges interviennent également dans le confort des soignants, qui ainsi peuvent mener leurs soins plus facilement. Le mensonge qui est souvent interpréter comme une pratique nuisible, n'est en tout cas pas pris comme tel par les soignants.

3.2.2 La vulnérabilité du soignant :

La vulnérabilité du soignant n'est pas forcément abordée par tous les soignants.

On a tout d'abord mention d'une vulnérabilité qui touche notre « être » profond, notre « soi ». Il est possible qu'on soit plus touché, plus impacté par des patients que d'autres. Fabien dit L 80-81: « *Et il faut aussi reconnaître que même d'un résident à un autre et c'est humain, on a plus d'affection pour certains.* ». La relation de soin fait donc rentrer en lien deux unités qui sont le soignant et le patient. En tant que soignant, nous ne sommes pas censés avoir plus d'affinité avec certains patients qu'avec d'autres, mais nous savons tous bien et c'est humain que des affinités se créent et que nous ne pouvons pas lutter contre cela. C'est en cela que le soignant est vulnérable, il est vulnérable puisqu'il ne peut pas lutter contre le naturel, contre son « soi » profond. Dans le même sens nous sommes vulnérables par notre manière d'être et notre manière d'agir, Aurore dit L135-136 : « *c'est l'expérience qui t'aide et puis tu peux te planter aussi après ce moment-là faut vite reformuler et puis tu retentes et puis tu... parce qu'on est franchement pas parfait.* », nous sommes humains et bien que soignants, nous faisons des erreurs, nous ne sommes pas toujours dans le bon et nous devons parfois réajuster nos dires, nos actes.

Une vulnérabilité liée au manque de moyens est également abordée, en effet les soignants peuvent se retrouver dans une impuissance avec l'impossibilité de faire autrement. Carole dit L60-64 : « *pour les soignants parce que la nuit on est trois et que partir à la recherche d'un monsieur en pleine nuit c'est un peu... c'est d'abord à nous d'aller le chercher et si on trouve pas on appelle la sécurité et puis la police donc c'est un peu...compliqué. La difficulté est que notre service n'est pas adapté pour ces gens et on se retrouve à devoir contentionner des gens, si on était en service spécialisé, on n'aurait pas besoin.* ». Malheureusement les contraintes institutionnelles peuvent mettre les soignants dans des positions difficiles et donc les rendre vulnérables. D'après moi si tous les moyens étaient mis en place, les soignants n'auraient pas besoin d'utiliser par exemple le mensonge pour éviter qu'un patient ne sorte et se mette en danger. C'est parce que le soignant se retrouve dans une position de vulnérabilité qu'il va certaines fois utiliser le mensonge. C'est le cas d'Aurore par exemple qui dit L86 : « *sinon on se prenait des coups.* », L97 : « *sinon on se prenait des baffes.* ». On peut retrouver dans la maladie psychiatrique un comportement hétéro-agressif qui peut avoir pour

conséquence une certaine violence envers les soignants. Cela rend donc le soignant vulnérable et il pourrait donc être amené à avoir des comportements de fuite, ou de protection ce qui est totalement humain.

La position que nous avons en tant que soignants peut parfois être aussi difficile à porter, le soignant peut parfois être perçu comme celui qui sait, celui qui détient la réponse. Cependant, certaines fois il n'est pas possible de donner une réponse et cela peut mettre le soignant dans une position difficile. L95-97 : *« du coup elle vient me chercher et me placer dans une position qui est compliquée pour moi. Qu'est-ce que je fais de cette demande qu'elle a envers moi qu'est ce qui fait que c'est à moi qu'elle adresse sa demande. »*, Pauline nous montre bien que cette situation la met en difficulté, elle se questionne sur le sens de cette demande et surtout sur le pourquoi cette demande intervient auprès d'elle. L104-106 : *« je te la donne comme ça sans y avoir réfléchi ...pensé puisqu'elle se passe là maintenant ça fait 2 séances systématiquement, elle vient et je suis bien embêtée avec ça... »*, Pauline espère trouver une réponse au pourquoi de cette demande et elle va réfléchir sur un temps plus long à comment se comporter avec cette patiente.

Le soignant peut donc se retrouver dans une position de vulnérabilité qui peut être compliquée à gérer, des mécanismes de défenses peuvent être utilisés comme le mensonge. Le soignant se retrouve devant ses propres émotions et cela peut être difficile à gérer.

3.2.3 La vulnérabilité du patient :

Je me suis axée autour des patients qu'on peut qualifier de vulnérables de manière chronique. Il est important de se questionner sur la conception de la vulnérabilité chez les patients par les soignants.

La vulnérabilité du patient liée à ses capacités de compréhension est la première vulnérabilité qu'on m'amène. Fabien reconnaît que tous les résidents n'ont pas tous les mêmes capacités cognitives entre eux et avec les soignants, L40-42 : « *En faite... est-ce qu'ils posent réellement la question pour avoir une réponse à cette question ou alors est-ce qu'ils posent la question pour combler un vide entre nous et eux ou un vide dans leurs vies quoi...* ». Il parle de « vide », le vide représentant bien une grande différence entre les soignants et les patients. Fabien montre bien qu'il y a un écart entre les soignants et les résidents, il signifie que les résidents peuvent exprimer une angoisse liée à cette différence. De plus il dit L51-54 : « *c'est ce qu'on peut annoncer à certains... comment dire... la nouvelle sans qu'il y ait des émotions en face, on peut rencontrer de l'incompréhension face à nous. Nous, on a des résidents par exemple, pas tous bien sûr, qui n'auront pas conscience de la gravité de la situation.* ». Il signifie ainsi que les patients ne prennent pas tous les nouvelles graves comme une personne lambda pourrait les prendre selon une norme de société, qui nous oblige à prendre les nouvelles graves d'une certaine façon. Mais malgré cela, il reconnaît que le degré de compréhension du résident est à prendre en compte dans notre façon d'évoluer avec eux. Le quotidien à son importance dans la prise en soin de ces résidents, en effet, il permet de les comprendre et de s'adapter à eux. L60-63 : « *On arrive à différencier les résidents selon leur degré de compréhension. Effectivement dans le quotidien, dans nos échanges journaliers avec les résidents on voit ce qui revient lors de nos échanges avec eux, on voit ce qu'ils sont capables de tenir comme discours, ce qu'ils sont capable de nous répondre.* ».

Anna nous amène le même type de vulnérabilité que Fabien, elle estime que certains résidents n'ont pas conscience de la gravité des pathologies qu'ils peuvent avoir, ils ne sont donc pas en capacité selon elle de comprendre. L31-32 : « *Pour tout ce qui est maladie, tout ça, ils n'ont pas conscience de gravité enfin c'est pas pareil* », L41-42 : « *Après ici, côté maladie en général, ils ont un gros déficit intellectuel les résidents qu'on a ici. Ils ont pas la notion de gravité de mort.* ». Ceci explique que dans certains cas, la soignante peut juger qu'il n'est pas

nécessaire d'informer les résidents d'une de leurs pathologies puisqu'elle juge qu'ils ne seront pas capables de comprendre et que donc cette information n'apportera rien à certain résidents. On peut aussi penser que ça peut être une manière de protéger le patient d'une information qu'il ne sera pas en capacité de gérer, ou en tout qu'on ne pense pas en capacité de gérer. Cependant Anna dit L42-46 : « *ce qui est paradoxal avec cette résidente c'est que quand elle était bien, en bonne santé sans arrêt elle nous parlait de mort, de cancer, c'est quelque chose qui la hantait un peu, elle nous disait toujours « de toute façon je vais mourir d'un cancer » et en fait quand c'est arrivé elle a, elle a... occulté, occulté ça.* », il me semble important de prendre avec prudence les capacités qu'on pourrait juger de compréhension des résidents puisque comme on peut le voir bien que la patiente n'ait jamais eu conscience qu'elle était atteinte d'un cancer, elle était tout à fait capable d'en parler et savait ce qu'était la mort.

Carole elle aussi amène ce type de vulnérabilité, en nous mentionnant la situation d'un patient qui veut absolument rentrer chez lui et qui ne comprend pas pourquoi il est à l'hôpital L 31-34 : « *c'est « qu'est que je fais là ? » il ne comprenait pas pourquoi il était là, pourquoi il était hospitalisé et... donc pour lui c'était pas possible qu'il reste là il voulait rentrer chez lui, donc il partait en pleine nuit, il voulait partir en pleine nuit, il savait pas où il allait, il aurait pas été en capacité de rentrer chez lui, il ne savait pas où il était enfin vous voyez.* ». En plus de ne pas comprendre pourquoi il est là, le monsieur pouvait se mettre en danger par son âge, par son affaiblissement général. Il est donc important de réussir à raisonner ce patient pour ne pas qu'il finisse par être en danger. Carole dit également L58-60 : « *Pour lui déjà pour qu'il puisse se faire soigner parce qu'il n'est pas en capacité de voir qu'il est malade pour lui il n'avait pas le cancer il était comme d'habitude.* ». Elle juge que le patient ne sait pas qu'il est malade gravement, selon elle il n'a pas la capacité de se maintenir en bonne santé. Ces soignants nous témoignent surtout d'une vulnérabilité liée aux capacités de compréhension réduites de certains patients atteints de pathologies chroniques, comme des handicaps mentaux, des démences...

On m'amène également une vulnérabilité liée à des pathologies psychiatriques qui est en lien également avec les capacités de compréhension des patients. Néanmoins on ne parle pas forcément des mêmes comportements, en effet Aurore nous parle d'un patient autiste qu'il a fallu sortir de manière urgente suite à un feu. Ce patient en temps normal n'aurait pas supporté d'être ainsi bousculé pour sortir urgemment, L63-65 : «*voilà ça a permis de le sortir*

sans aucun souci de manière urgente sans qu'il ait peur parce que c'est ce qui... c'est ce qui pouvait le rendre agressif c'était qu'il se sentait... c'était, c'était un autiste », l'autisme est une pathologie mentale qui fait que les patients n'ont pas les mêmes manières de communiquer que les soignants. L'agressivité n'est donc pas à prendre telle quelle, l'agressivité est seulement une réponse à un stimulus comme la peur. De par sa pathologie le patient risquait d'avoir des comportements inadaptés et donc cela le rend vulnérable. Aurore dit aussi L110-112 : *« on joue avec les mots suivant des fois des... des personnes et leur compréhension parce que c'est nécessaire pour eux pour leurs soins et pas pour nous. »*, ainsi elle nous montre que leur vulnérabilité est à prendre en compte et qu'il est des fois nécessaire de s'adapter au sujet qu'on a face de nous. Pauline nous évoque également une vulnérabilité liée à la pathologie psychiatrique d'une patiente L 127-128 : *«qu'aujourd'hui c'est une patiente qui a une schizophrénie qui évolue depuis des années et le délire, il est pas accessible comme ça. »*, la schizophrénie est omniprésente dans la vie de cette patiente et cela la rend bien évidemment vulnérable. Pauline dit L 166-170: *« c'est le fait qu'elle puisse commencer à parler sa réalisation qui va compter pour moi le fait qu'elle sache que effectivement « Ah Ben oui si je vous pose toutes ces questions-là c'est parce que moi je peux partir là un petit peu dans tous les sens » et là on commence à attraper quelque chose de la maladie, du soin oui quand elle est toute seule elle peut partir en vrille. »*, il est important selon Pauline, de par les activités que la patiente conscientise sa pathologie et se rende compte que des fois malgré elle, elle peut partir dans tous les sens comme elle nous le dit par la suite. Pauline nous amène aussi une notion d'isolement liée à la pathologie psychiatrique qui ne permet pas certaines fois de s'ouvrir au monde et qui enferme les patients, elle dit L201-204 : *«Elle n'est pas passive devant un écran à se laisser bombarder d'images qu'elle ne sélectionnent pas qui lui font du mal qui lui empêchent de dormir, elle dit aussi « je connais les dialogues par cœur parce que les séries qui passent, je les ai vues tellement de fois que je peux faire des dialogues par cœur »*, ainsi elle signifie bien à quel point la patiente est dans une situation de vulnérabilité.

Une vulnérabilité liée à l'histoire de vie des patients m'est également amenée, en effet Aurore me dit L80-83 : *« un patient qui ne supportait pas de de...d'être lavé il avait une cinquantaine d'années à l'époque mais pareil qu'il avait vécu son enfance de sévices énormissimes, sa mère était prostituée et lui avait grandi jusqu'à ses 7 ans dans un cabanon au fond du jardin, il*

était nourri seulement quand sa mère y pensait enfin tu vois ». C'est l'enfance tragique de ce patient qui fait qu'il en arrive là et c'est sûrement cette enfance qui est à l'origine de sa maladie psychiatrique. Comme le mentionne également Pauline L207-210 : *« et puis souvent ils viennent nous faire rejouer l'histoire qu'ils ont vécue dans la famille ils nous remettent à des places, alors quand elle vient me demander comment je trouve sa production est ce qu'elle m'imagine en place de grands autres-là ? »* ou aussi L175-180 : *« sûrement pas normal entre guillemets mais quand elle raconte qu'elle déjeune avec Toutankhamon ou que le tableau de sa mère et sa grand-mère lui parlent et la retiennent elle a pu aussi raconter son histoire et on a vu à quel point aussi il avait pu être marqué par des événements familiaux par des idées et des façons de fonctionner dans la famille qui étaient mais complètement fous et du coup voilà c'est aussi parce qu'il y a tout ce passif-là. »*, elle dit aussi L 195-197 *« Et puis en plus il s'agit de faire gaffe non plus à ne pas la disqualifier parce que c'est quelqu'un aussi qui l'a été elle a été bonne à rien elle n'a jamais réussi à avancer, les choses ne sont jamais concrétisées. »*. Les patients par leur passif nous mettent à des places significatives et il est important selon moi d'en avoir conscience pour ne pas malgré nous faire revivre des traumatismes aux patients.

Les soignants nous expriment bien que la vulnérabilité des patients est surtout liée à la capacité de compréhension des patients, à leurs pathologies qui sont envahissantes et ainsi qu'à leurs histoires de vie qui sont souvent dramatiques.

3.2.4 La relation soignant-soigné :

La relation soignant-soigné est un point clé du soin. Il est très important que cette relation soit réfléchie.

La relation soignant-soigné particulière qui se crée avec les patients vulnérables avec du temps m'est premièrement évoqué. Fabien dit L75-80 : « *Donc suivant le temps que je vais passer ici, on se lie... enfin pas on se lie d'amitié mais on a plus ou moins de l'affection pour les résidents. Au fur et à mesure on apprend à bien connaître les résidents, on commence à avoir de plus en plus de liens d'affectivité avec eux. Moi je vois mes collègues qui sont là depuis plus longtemps, la relation elle est... complètement différente, la relation est souvent un peu plus enveloppée d'affection pour le résident.* ». Fabien nous explique bien que le temps passé avec les résidents a son importance dans la création de la relation de soin, il permettrait de faire entrer en compte de « l'affectivité » chose qu'on ne retrouve pas toujours dans un service lambda. Il dit également L85-88 : « *le fait d'avoir cette relation avec un peu plus d'affection et qu'elle soit un peu plus amicale et on considère de ce fait un peu plus le résident. A l'hôpital si on considère le patient, mais c'est pas tout à fait pareil. On a un certain détachement à l'hôpital qu'on ne retrouve pas ici, enfin peut être un peu moins.* », Cette relation plus familière permettrait de considérer plus le résident que par exemple en soins généraux. Cette relation serait donc une relation vraie et authentique. Selon Anna la relation de soin est également une relation particulière avec ces patients vulnérables et un temps est nécessaire pour vraiment apprendre à les connaître, elle dit L :74-76 : « *tu les connais tellement bien qu'il y a quand même une relation, je veux pas dire « affective » mais quand tu connais bien les personnes tu arrives mieux à les appréhender et.. à t'occuper d'eux, à prendre soin d'eux.* », ainsi selon elle la relation de soin pourra se créer au bout d'un certain moment par la connaissance des résidents. Elle reconnaît que la relation de soin n'a rien à voir avec une relation de soins classiques, L76-79 : « *Après c'est spécial... c'est pas comparable à un hôpital ou à un EHPAD c'est comparable à rien. Et même chaque unité, parce qu'ici il y a trois unités mais je veux dire, je me comporte pas pareil dans l'unité des autistes qu'ici, ou que dans la troisième unité.* ». Carole partage le même point de vue, selon elle la relation de soin avec les patients vulnérables est une relation qui est différente à une relation de soin classique elle dit L82-88 : « *je pense qu'on est plus dans le... je sais pas comment dire... mais je sais qu'on ne leur parle pas pareil qu'à un patient lambda, il y a plus de mots.. pas*

mignon je ne veux pas le dire comme ça...mais je sais que moi avec ces patients par exemple certains je vais les appeler « chef », vous voyez pour être un peu dans une relation ... pas amicale... je ne sais pas comment le dire ... dans une relation plus cool quoi... pour dédramatiser un peu le côté soin, le côté blouse blanche vous voyez comme si c'était un monsieur à qui je parlais ailleurs que dans le monde du soin... ». Elle amène l'importance d'une relation de soin différente, d'une relation de soin plus familière avec ces patients vulnérables. Selon elle, cela va permettre de rassurer les patients et de dédramatiser un peu leurs situations qui peuvent être compliquées. Elle amène également le fait que certaines familiarités faciliteraient la relation de soin et permettraient une meilleure mise en confiance des résidents en effet elle dit L92-97 : « c'est peut-être pas bien de le faire mais l'appeler par son prénom je trouve que ça a beaucoup d'avantages...par exemple moi un patient si je l'appelle Michel ou alors Monsieur X il va beaucoup plus réagir à son prénom mais du coup... c'est pas possible de le faire avec des patients cognitivement normaux parce que ça ne serait pas acceptable. Mais avec ces patients oui je prends ce droit puisqu'ils me facilitent la communication avec eux et que j'espère ainsi les aider à me faire plus confiance. ». Elle souligne donc l'importance de la particularité de la relation de soin avec ces patients vulnérables, et il est important selon elle de mettre toutes nos chances de notre côté pour faciliter cette relation de soin qui peut être difficile, même si cela doit faire entrer quelques familiarités comme d'appeler les patients par leur prénom et non pas par leur nom. Aurore nous mentionne également la particularité de la relation de soin, elle dit L50-51 :« on avait toute une communication avec lui à le tutoyer à l'appeler par son prénom et tout parce que c'était un... un autiste d'une vingtaine d'années, il avait 20/30 ans ». Elle évoque ainsi comme Carole, qu'il est des fois nécessaire d'utiliser des familiarités pour faciliter la relation de soin. Certains patients avec des retards mentaux importants, ou alors avec des pathologies psychiatriques envahissantes ont besoin de repères, leur prénom est un repère c'est quelque chose qui est stable et qui ne changera pas. C'est comme le « tu » qui renvoie à notre propre personne et qui est donc plus facilement compréhensible à la différence du « vous ».

On m'évoque également le fait que la réflexion sur cette relation de soin à son importance. En effet Fabien me dit L107-109 : « A propos de la relation, la relation c'est à double tranchant. Je réfléchis toujours à comment on se place dans cette relation. Comment on va se placer et ce que je dis au patient, ce que je lui renvoie, ce que je vais lui apporter. », selon Fabien il est

très important de réfléchir à notre positionnement en tant que soignant dans la relation de soin, il est également important de se questionner sur ce qu'on renvoie et ce qu'on apporte aux patients, puisque dans toute relation on reçoit et on apporte quelque chose à l'autre. Il dit également L110-111 : « *La relation il faut vraiment l'étudier sous des angles différents et on en fera ce qu'on en fera.* », il insiste sur la réflexion qu'implique la relation de soin.

La relation de soin individualisée est également évoquée par les soignants. Fabien me dit L116-121 : « *On n'a pas besoin de réfléchir, on a une relation plus ou moins ... on a une relation différente d'un résident à un autre. Le lieu de vie permet d'apprendre à connaître les résidents, donc on peut au premier abord avoir une idée d'un résident, sans parler de sa pathologie, mais de la personnalité du résident et ça ça reste, parce que le résident n'est pas une pathologie mais une personne mais on a une idée de sa personnalité au départ qui au fil du temps va se modifier.* ». Ainsi selon lui la relation de soin devrait tendre à des relations individualisées puisque en effet nous sommes tous subjectifs et une seule et même relation n'est pas possible avec tous les patients. Il insiste encore une fois sur le fait que la temporalité dans la relation à son importance, il faut en réalité apprendre à connaître le patient sous tous ses aspects pour pouvoir espérer créer une relation de soin, une relation de confiance. Aurore nous dit que selon elle, toutes les relations soignants-soignés devraient être individualisées, en effet, elle dit L114-119 : « *En fait normalement la relation soignant-soigné devrait être différente à chaque personne, elle est individuelle enfin individualisée elle devrait être individualisée parce que sinon c'est pareil je trouve qu'on est pas bon soignant que tu passes de monsieur A à madame C et que tu ...je ne sais pas que tu te présentes exactement de la même manière que tu dis bonjour, de la même manière que tu fais le soin, de la même manière que tu dis au revoir la même... enfin c'est pas possible normalement sinon le côté humain voilà.* ». Ainsi elle sous-entend que le côté humain de la relation soignant-soigné est bien la considération de l'individualité qu'est le patient sans cela il ne peut pas avoir la création d'une relation de soin. Aurore dit également L137-143 : « *je pense que voilà la relation soignant-soigné elle est individualisée tout le temps, en tout cas elle devrait, elle...il faut tendre à ça et donc pour moi t'as pas plus en psy qu'en général ...parce que si on avait le temps en général comme on a encore un peu le temps en psy je dis un peu parce que ça devient de plus en plus compliqué et ben on devrait tout le temps voilà tendre à ce que ce soit de la même manière que la personne soignée... qu'elle soit en service général ou en service*

psy qu'elle soit soignée de la même manière et que donc cette relation soit induite de la même manière. », elle insiste ici sur l'importance d'une prise en soin individualisée qui devrait être la même dans tous les services.

On m'évoque également une relation de soin dans laquelle il est nécessaire en tant que soignant de s'adapter. Anna dit L72-73: *« c'est toi qui t'adaptes à eux...parce qu'il faut sans cesse apprendre à les connaître, savoir poser des cadres à ceux qui ont besoin de cadres. »*. Elle nous évoque en tant que soignante qu'il est important de s'adapter aux résidents, mais laisse-t-elle la place aux résidents de s'adapter à elle ? La relation de soin est à double sens et il est donc nécessaire que le résident s'adapte au soignant tout comme le soignant doit s'adapter au résident. Aurore quant à elle nous dit L119-120 : *« justement enfin on a, on a cette richesse dans notre métier de pouvoir s'adapter à la personne qu'on a en face de nous. »*, elle évoque le fait qu'en tant que soignants, nous nous devons de nous adapter à la personne qui est face à nous, cependant elle souligne bien que c'est une richesse. Ainsi cette capacité d'adaptation n'est pas un devoir mais vraiment un réel avantage qui permet une meilleure prise en soin. Elle dit également L124-126 : *« quand tu rentres en communication tu essayes ... enfin t'as des trucs qui, qui, t'as comme des alertes là qui se mettent en route ou tu essayes un peu « ouais la personne faut pas que je lui parle de ça » « la personne je vais tenter par-là » »*, ainsi elle signifie qu'il faut se servir de cette capacité d'adaptation pour dans certains cas faciliter la prise en soin. Aurore dit aussi L146-149 : *« tu te dois de jouer comme... enfin tu te dois de... d'être dans la communication verbale ou non verbale de happer des petits trucs à force tu as des petites alertes qui se mettent en route « tiens là je peux parler de ça, là non faut pas que je fasse ça » »*, selon elle on se doit de s'adapter à la personne que nous avons face à nous et elle conclut même par le fait que c'est de cette manière qu'on peut arriver à apporter un maximum au patient et ainsi lui faire du bien L149-153 : *« c'est comme ça que tu peux amener le patient à accepter le soin, à accepter la prise en charge qui est lourde qui suivant ce qu'il subit et tout et... et à faire que bah tu lui apportes quelque chose pour qu'à terme ça aille mieux et que...c'est vachement subjectif...et puis des fois on se plante et puis des fois ça marche pas... et puis euh ...mais heureusement souvent ça marche quand même c'est ça qui est chouette oui c'est une petite victoire. »*. Quant à elle Pauline nous mentionne la capacité d'adaptation que le soignant doit avoir concernant par exemple les annonces graves, en effet elle dit L267-270 : *« la mort de quelqu'un à la fois il faut le penser ...*

de voir un peu ce qui est le mieux pour qui, comment prendre en compte la situation dans laquelle ça se passe mais il s'agit aussi de le dire suffisamment tôt pour qu'il puisse se positionner ». Pour elle, il est important dans le cas d'annonce grave de prendre en compte l'état de chacun des patients pour annoncer de la meilleure des manières une nouvelle qui pourra être difficile à encaisser. Les soignants se doivent donc de connaître les patients et d'adapter leur discours en fonction des sensibilités de chaque patient.

La relation de soin sur le long terme est également abordée. Pauline me dit L99-101 : « *il faut dire que c'est une patiente qui n'est pas nouvellement arrivée et je la connais depuis le début où j'ai commencé à l'hôpital de jour nous avons une relation ancienne ensemble* », elle dit aussi L103-104 : « *dans quelque chose ou on a un passif ensemble un passé un... et c'est pas rien non plus* ». Selon Pauline, le passif d'une relation même de soin est à prendre en compte dans la considération de celle-ci, à ce jour puisque en effet ce passif existe on ne peut pas faire comme s'il n'existait pas, cependant elle insiste bien sur le fait qu'il ne faut pas se laisser piéger par cela. Elle dit L185-188 : « *c'est parfois un piège on peut avoir le sentiment de connaître les gens et ça c'est le pire qui puisse m'arriver et lui arriver si je la connais, qu'est-ce que j'ai à découvrir qu'est-ce que je vais pouvoir entendre de qui elle est aujourd'hui, de comment elle a évolué, de ce qui se passe pour elle...* » elle dit également L189-194 : « *A la fois, j'ai cette connaissance là mais il faut aussi faire cet exercice-là de se débarrasser presque de cette connaissance là... parce qu'aujourd'hui elle a vécu des choses différentes...elle vient raconter probablement autre chose ou j'en sais rien... mais en tout cas ce sera à moi de le découvrir et il faut encore que je me laisse la possibilité. Si je crois que je la connais parce qu'on a une relation antérieure parce qu'il y a eu des événements, je suis foutue...* ». Selon Pauline il est important de prendre en considération la personne qu'on a face à nous à l'instant, sans cela nous risquons de louper des éléments essentiels de qui elle est maintenant.

L'authenticité dans la relation de soin est abordée. Pauline nous dit L215-222 : « *ce qui est essentiel aussi, c'est...c'est...c'est cette espèce de sincérité, les patients vont être très sensibles, t'es honnête t'es pas honnête, tu vois ils ont alors je sais pas comment nommer ça mais bien un espèce de 6e sens une espèce de sensibilité, peut-être particulière qui font que de toute manière si tu dis blanc alors que tu penses noir, tu vas pas pouvoir jouer longtemps forcément à un moment donné et ben il vient non plus s'adresser à toi il faut autre chose, ils*

font autrement mais il y a quelque chose de la qualité du lien où il faut être aussi dans une authenticité... sincérité. », elle nous signifie bien ici l'importance d'être en accord avec nous même lorsque nous sommes en relation avec les patients. Selon elle sans cette sincérité avec nous même, sans cette authenticité il n'est pas possible de faire tenir la relation soignant-soigné. Finalement, elle signifie bien l'importance d'être en totale adéquation avec nos valeurs et nos principes et de les appliquer à la relation de soins. Ainsi Pauline dit L233-235 : « *c'est border, amener du différentiel elle pourrait râler elle pourrait... mais voilà c'est comment on va dire notre vérité à nous aussi... notre... parce que ça c'est clair pour quelqu'un.* », elle indique que même si effectivement notre vérité ne sera pas forcément plaisante pour le patient elle est nécessaire pour rester dans un lien sincère avec lui. Cependant Pauline mentionne bien « notre » vérité qui n'est pas forcément la vérité, notre vérité est peut-être finalement ce qui nous semble le mieux pour nous et le patient et ce qui respecte nos valeurs. Si nous sommes congruents avec notre manière d'être et de penser alors nous sommes peut-être dans le bon pour la relation de soin.

Nous avons vu que la relation de soin est un concept qui peut être approché de différentes manières, la relation de soin particulière, les capacités d'adaptation des soignants, l'authenticité dans cette relation de soin sont largement évoquées.

3.2.5 Le care :

Enfin nous étudierons les conceptions du care. Le care est « le prendre soin », c'est le fait de considérer la personne face à nous dans sa globalité.

On m'a principalement mentionné le fait de prendre soin en préservant le patient vulnérable de ce qu'il ne pourrait pas accepter, en prenant en compte son état actuel. Fabien me dit L98-104 : *« on pourrait aussi lui dire « oui » car cette question est peut-être une angoisse, peut-être que derrière la question « est-ce que je vais sortir la semaine prochaine » il y a une autre angoisse, comme le fait de est ce qu'il sera toujours là, la semaine prochaine, de est-ce que quelqu'un viendra le voir la semaine prochaine, est-ce que tu seras toi là, la semaine prochaine etc... Donc peut être que ces questions sont teintées d'une certaine angoisse, que peut le fait d'entendre « non pas la semaine prochaine », l'angoisse est alimenté. »*, on comprend par là que Fabien se questionne sur la nature de certaines questions ou répétitions et il prend bien en compte le fait que c'est peut être seulement l'expression d'une angoisse. Il ajuste sa réponse pour limiter au maximum l'angoisse du patient face à lui et de ce fait il prend soin de ce patient. Il réfléchit à comment est ce patient dans sa globalité et prend en compte tous les aspects de sa personne avec notamment l'angoisse. Il dit également L114-115: *« en fonction de l'environnement, du moment et aussi de la personnalité, je veux dire, que ici les résidents n'ont pas la même relation d'un soignant à un autre. »*, cela signifie qu'il prend en compte qui est la personne face à lui et dans quel état elle se trouve, ainsi, il se base sur la globalité de la personne pour la prendre en soin. Anna quant à elle me dit L87-90 : *« Il faut prendre en compte que certains résidents comprennent très bien les choses et peuvent... avoir de grosses angoisses et qu'au contraire... certains autres résidents ne comprendront pas du tout.. il faut vraiment faire en fonction du résident. »*, elle indique ainsi comme pour Fabien qu'il est important de prendre en compte l'état global du patient avant de faire des annonces graves. Nous sommes tous différents, de ce fait, on se doit de réfléchir à ce qui est le mieux pour chaque personne, on se doit de réfléchir pour l'individualité qu'elle est. Carole elle, nous mentionne le fait de préserver le patient vulnérable en limitant ses angoisses et donc cela implique selon elle de ne pas forcément tout dire, elle dit L99-100 : *« je pense qu'il est surtout...important de prendre en compte l'état du patient pour savoir ce qu'il est bon ou pas de dire. »*. Selon moi on est dans le care quand on commence à réfléchir au fait de si le patient a ou pas les capacités d'entendre et de comprendre. Elle dit aussi L101-103 : *« je ne pense pas*

qu'il était vraiment utile de lui dire la réalité des choses, puisqu'il est dans un tel état d'angoisse que ... j'ai pas envie de l'angoisser plus quoi. Donc l'état du patient est vraiment important. », selon elle, l'état du patient est primordial pour n'importe quelle annonce, quitte à ne pas tous lui dire. Aurore nous explique qu'en prenant en compte de qui est le patient on peut mettre des stratégies plus efficaces pour éventuellement évacuer un service quand un feu s'est déclaré, ainsi on réfléchit à ce qui est le mieux pour le patient et ainsi on le préserve, elle dit L72-74 : *« il s'est pas senti inquiété de quoi que ce soit il a pas eu peur il a pas ... nous on n'a pas eu à être... c'est pas agressif mais on n'a pas eu à être physiquement imposant »*. Le care intervient aussi lors des prises en soins des patients, il permet une meilleure conciliation aux soins ainsi que l'apport de réels bénéfices selon Aurore, L131-135 : *« tu vas jouer sur le fait « Ah mais vous êtes un papy et tout vous avez des petits enfants alors ils ont quel âge, ah il y en a un qui fait du foot et tout bah dis donc ça serait chouette quand même si le papy il pouvait faire du foot et tout donc faudrait peut-être aller à la séance de kiné » et tu joues toujours de ce truc-là »*. Enfin Pauline nous mentionne le fait qu'on est dans le prendre soin quand on s'adapte à l'état du patient à l'instant présent, si nous ignorons cet état dans lequel il est, bien que cet état est sûrement passager, nous ne sommes pas dans le prendre soin, elle dit L247-253 : *« Tu vas... je vais aussi m'adapter à sa capacité là au téléphone, elle était alcoolisée, j'entends que sa voix est complètement... je ne peux pas faire comme si j'avais pas cette information-là, quelqu'un qui avec une anxiété de dingue et qui arrive dans le bureau « Pauline je peux vous parler » même si j'ai des choses importantes à lui dire parce que je sais pas quoi voilà je vais d'abord prendre le temps de l'accueillir lorsqu'il est là, à l'instant c'est... c'est en ça qu'il va falloir adapter il y a des moments pour pouvoir dire et d'autres où c'est pas le moment-là. »*. Et selon elle aussi c'est la connaissance qu'on a du patient qui nous permettra de savoir ce qu'il est bon ou pas à dire et c'est seulement par cette connaissance qu'on pourra être dans le prendre soin, L272-274 : *« Par contre, on le fait pas dans n'importe quelles conditions, il faut réfléchir tu... tu penses le truc et tu vois ce que c'est mieux est ce que voilà c'est important pour qui... comment faudrait que tu parles de ça.. »*.

Ainsi, nous avons vu que pour la plupart des soignants, le prendre soin intervient quand on préserve les patients de ce que leurs états ne leur permet pas d'accepter. La connaissance du patient, la prise en compte de son état dans l'instant présent sont essentiels pour le « prendre soin ».

3.3 Les limites de l'enquête exploratoire :

Tout d'abord, le thème de mon mémoire est un thème délicat à aborder avec les soignants. Comme je l'ai expliqué dans mon cadre théorique, le mensonge est un concept qui n'est pas bien vu dans la société et de ce fait qui peut facilement heurter les soignants interrogés. Il était donc important de réfléchir à comment l'aborder sans pour autant limiter toutes les opportunités des soignants d'en parler. Pour réaliser mon guide d'entretien j'ai dû malheureusement m'auto-censurer et ne pas employer le terme du mensonge, de peur que les soignants ne répondent pas à mes questions. Pour ne pas dire mensonge, j'ai donc utilisé les termes de « réalités arrangées pour ne pas dire la vérité ». Malheureusement, je n'ai donc pas mentionné le terme dont est vraiment question mon mémoire : le mensonge. Il y avait aussi des risques que les soignants s'écartent de ma problématique de base. Pour autant la plupart des soignants étaient finalement dans le sujet. Je n'ai pas eu de difficultés à trouver des soignants à interroger, en effet pour la plupart je les avais rencontrés au cours de mes stages.

Au cours de mes entretiens, je me suis vite rendue compte que ma question ouverte était assez large. Les soignants ont pour la plupart mis un long moment avant de trouver une situation à me raconter. Certains soignants m'ont raconté des situations importantes et d'autres m'ont simplement évoqué certains éléments en lien avec le mensonge. J'ai eu quelques difficultés avec mes questions de relance, en effet j'ai souvent fermé mes questions sans laisser la possibilité au soignant interrogé de répondre. L'entretien semi-directif est un exercice difficile et je pense que seule l'expérience peut permettre un entretien optimal.

Les conditions des entretiens ne sont pas toujours idéales, en effet en service on est régulièrement interrompu, j'ai aussi réalisé un entretien dans un lieu public qui a rendu la retranscription beaucoup plus longue. J'aurais au final réalisé 5 entretiens, ces entretiens n'ont pas la même durée certains durent à peine 10 minutes alors qu'un autre dure 45 minutes, les temps de paroles chez les soignants sont assez inégaux.

Je me suis rendue compte lors de l'analyse de mes entretiens que je n'avais malheureusement pas traité de tous les sujets, par exemple un sujet qu'il aurait été intéressant d'aborder est l'impact du mensonge sur les soignants, il aurait été intéressant de savoir comment les soignants vivent le fait de mentir.

4 Problématisation :

A l'issue de mon cadre théorique, on a conclu que le mensonge est à réfléchir selon la visée de celui-ci, comme nous l'avons vu il n'est pas toujours bon d'être totalement transparent cependant mentir selon les raisons est totalement immoral. Les soignants quant à eux m'ont décrit plusieurs types de mensonges, notamment des mensonges qui interviennent au quotidien mais qui selon eux n'ont pas une grave portée, on m'a amené le mensonge par omission et également des légères modifications de la réalité dans le but de préserver le patient.

Le patient vulnérable est un patient qui est atteint par une maladie plus ou moins sur le long terme et qui va l'empêcher d'avoir une vie normale, cependant nous ne pouvons en aucun cas juger qu'un patient par sa vulnérabilité n'est pas en capacité d'entendre une information. Les soignants quant à eux estiment pour la plupart que tous les patients n'ont pas les mêmes capacités de compréhension et qu'il est important de s'adapter à l'état du patient avant de délivrer des informations importantes.

Le soignant tout comme le patient est vulnérable, le soignant est face à de nombreuses souffrances au quotidien, la vulnérabilité du soignant passe par la vulnérabilité du patient, il est important de réfléchir aux limites qui sont acceptables pour le soignant. Les soignants m'ont surtout évoqué une vulnérabilité liée à notre soi, aux manques de moyens.

Nous avons jugé que la relation soignant-soigné auprès des patients vulnérables est une relation particulière qui peut laisser place à plus d'affectivité que dans une autre relation de soin, nous avons aussi mentionné le fait qu'il est important d'être authentique face à un patient pour permettre la mise en place d'une relation de confiance. Les soignants ont également abordé la particularité de la relation soignant soigné avec ces patients vulnérables ainsi que de l'authenticité dont il faut savoir faire preuve.

Enfin nous avons vu l'importance d'être dans le « care » c'est-à-dire dans le prendre soin, le fait de connaître véritablement le patient face à nous, nous permet d'être dans cela. de nous approcher du « care » et donc de permettre un soin adapté. Les soignants m'ont principalement évoqué l'importance de prendre soin en s'adaptant aux différents patients et à

leurs capacités évoqués l'importance du prendre soin avec les capacités qu'il faudrait qu'on ait d'adaptation aux différents patients en fonction de leurs états, de leurs capacités...

J'ai démarré mon travail avec la question d'appel suivante : en quoi le mensonge face à des patients vulnérables peut-il avoir un impact sur la relation soignant-soigné ?

Au terme de mon cadre théorique et de l'analyse de mes entretiens, je termine mon travail par la question de recherche suivante : En quoi le mensonge, lorsqu'il est en accord avec les valeurs d'authenticité et de congruence du soignant, peut amener à garantir une relation soignant-soigné de qualité ?

Conclusion :

Tout le long de ma formation j'ai été au contact de patients vulnérables sur le long terme de par leurs pathologies psychiatriques ou alors dégénératives. La communication avec ces patients peut être dans certains cas un exercice difficile et il est alors important de se questionner sur le sens de nos actes. Avant d'être étudiante dans le soin je n'avais pas conscience que mes paroles étaient très significatives. Il est simple de converser avec quelqu'un cependant il faut penser cette conversation dans une relation de soin. J'ai pu constater que l'utilisation du mensonge était régulière auprès de ces patients. Lorsque j'ai été face à Marc et que je lui ai moi-même mentis, j'ai su de quoi traiterai mon travail de fin d'étude. Grâce à de nombreuses lectures sur les concepts du mensonge, de la vulnérabilité ainsi que de la relation soignant-soigné ainsi que les entretiens que j'ai mené auprès des professionnels je pense avoir une idée de quel peut être l'impact du mensonge auprès des patients vulnérables sur la relation soignant-soigné. L'utilisation du mensonge est et sera toujours à questionner, cependant nous avons vu que dans certains cas il peut permettre le bien, comme le bien être du patient, le soulagement lorsque l'angoisse peut être présente. Ces types de mensonges interviennent assez couramment, au quotidien. La vulnérabilité du patient est à prendre en compte néanmoins il est important de prendre en compte la subjectivité de chaque patient. Le soignant est également vulnérable, il est face à la souffrance de patient de manière quotidienne. Enfin nous avons vu que la plupart des soignants estiment que l'affectivité à sa place dans la relation de soin et qu'elle peut faciliter la mise en place d'une relation de confiance.

J'aurai mené ce travail tous le long de ma dernière année de formation, c'était une travail très enrichissant bien que fastidieux. J'espère que mon travail me permettra en tant que future professionnelle de ne pas cesser de me questionner sur le sens de mes actes, de mes paroles. J'espère qu'il permettra le questionnement de certaines pratiques ancestrales de certains services. J'espère également qu'il permettra de réfléchir aux prises en soin des patients pour qu'elles soient optimales.

Références bibliographiques :

- Amouroux, T. (2022). Maltraitance institutionnelle: l'hôpital et la gouvernance du "Lean Management". *Syndicat National des Professionnels Infirmiers*.
- Brécard, F. (2011). Mentir c'est pas beau et pourtant ! ! ! Dans *Actualités en analyse transactionnelle* (pp. 83-84).
- Doron, R., & Parot, F. (s.d.). *Dictionnaire de Psychologie*. Quadrige Dicos Poche.
- Dubas, F. (2004). *La médecine et la question du sujet*. Les belles lettres .
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades: informations et mensonge* . Presse Universitaire de France .
- Lefève, C. (2010). *La philosophie du soin; Ethique, médecine et société*. Lazare Benzrovo.
- Lemoine, E., & Vassal, P. (2017). *La relation de soin à l'épreuve du mensonge* . Elsevier.
- Liendle, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherche en soins infirmiers.
- Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Bayard.
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.
- Martin, C., & Worms, F. (2015). *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*. Presses Universitaires de France.
- Marzano, M. (2010). *Eloge de la confiance* . Pluriel.
- Nataf, P. (2022). Greffe d'un cœur de porc chez un patient. *La Conversation*.
- Nightingale, F. (1859). *Des soins à donner aux malades*. Paris: Librairie académique.
- Pedinielli, J.-L. (2006). La méthode clinique et ses outils. Dans *Introduction à la psychologie* (pp. 31-64). Armand Colin.

Platon. (2009). République livre VII. Fernand Nathan.

Prairat, E. (2012). Considération sur l'idée de norme. Dans *Les sciences de l'éducation. Pour l'ère nouvelle* (pp. 33-50). Adrese/Cirnef.

Ribeaucoup, L. (2008). Le patient dément en fin de vie: sujet ou objet de soins ?

Sarr, P. (2010/2(36/2)). Discours sur le mensonge de Platon à saint Augustin: continuité ou rupture. *Dialogues d'histoire ancienne*, 9-29.

Sartre, J.-p. (1949). La mort dans l'âme.

Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin. Dans *Fonds commun d'humanité* (pp. 89-106). Cahiers philosophiques.

Image:

Rollingerova, T. (2022). La face cachée du mensonge, Eyragues, France.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Généralités :	<p>-Pouvez-vous, vous présenter ? (Age, sexe, lieu d'habitation, situation familiale...)</p> <p>-Quel est votre parcours scolaire ? Depuis quand êtes-vous infirmier ?</p> <p>-Depuis quand exercez-vous dans ce service ? est-ce un choix de votre part ?</p> <p>-En quelle année avez-vous été diplômé ?</p>
Mensonge :	<p>-Pouvez me raconter une situation de soin où vous avez utilisé une réalité arrangé pour ne pas dire la vérité.</p>
Vulnérabilité :	<p>-A votre avis est-ce dans le confort du soignant ou du patient et pourquoi ?</p> <p>-La vulnérabilité ne vous pousse-t-elle pas à modifier votre manière d'annoncer des choses importantes à ces patients et pourquoi ?</p>
Relation soignant-soigné :	<p>-Pensez-vous que les services, type lieux de vie modifient la relation soignant-soigné ?</p>

Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 2 :Présentation des soignants interrogés

IDE :	Fabien	Anna	Carole	Aurore	Pauline
Age	50 ans	58 ans	21 ans	38 ans	54 ans
Année de diplôme	2019	1984	2021	2007	1991
Services de soins antérieurs	Le pool à l'hôpital	10 ans d'hôpital 14 ans en libéral 3ans coordonnatrice de service	/	Psychiatrie intra et extrahospitalière.	Psychiatrie intra et extrahospitalière.
Service de soins actuel	Une maison d'accueil spécialisée	Une maison d'accueil spécialisée	Service de gastro oncologie	En libéral	Hôpital de jour psychiatrique

Annexe 3 : Retranscription des entretiens

Retranscription entretien du 16/03 avec Fabien (14 minutes et 5 secondes) :

- 1 « Moi :Bonjour, pouvez-vous brièvement vous présenter, votre parcours professionnel, votre
2 situation familial ?
- 3 IDE : Bonjour, je suis Fabien, je vis maritalement avec ma compagne Léa qui est également
4 infirmière. Je suis moi-même infirmier, ici, à la MAS depuis 2 ans. Je suis diplômé de 2019.
5 J'ai travaillé en hôpital, j'étais au pool.
- 6 Moi : Okay
- 7 IDE :Et je suis arrivé ici, à la Mas il y a deux ans, en 2020, j'ai commencé par faire des
8 remplacements.
- 9 Moi : D'accord et avant de faire infirmier quel était votre parcours ?
- 10 IDE : Enfaite j'étais militaire avant d'être infirmier, mais pas du tout dans le secteur de la
11 santé, j'étais militaire dans un secteur qui n'avait rien à voir avec le secteur de santé.
- 12 Moi : Et, est-ce un choix de votre part d'être dans ce service ?
- 13 IDE : Être dans ce service à la Mas, oui c'est un choix de ma part parce que enfaite j'ai fait un
14 remplacement et je ne connaissais pas du tout les mas et ça m'a bien plu, les résidents, le
15 public accueillit en Mas je trouve ça intéressant.
- 16 Moi : Et du coup pourquoi vous trouvez ça intéressant ?
- 17 IDE : J'essaie toujours de m'imaginer ce qu'il se passe dans leurs têtes, les mécanismes...qui
18 font que d'une part que déjà...comment ils fonctionnent, comment ils réfléchissent
19 comment...voilà tout ce dont ils mettent en place pour...pour, pour évoluer tous les jours.
- 20 Moi : Et vous avez quel âge ?
- 21 IDE : J'ai 50 ans.
- 22 Moi : Quelles sont les pathologies principales du service ?
- 23 IDE : Dans le service nous rencontrons un peu de la multi-pathologie, on a du retard mental,
24 de la psychose stabilisée en général, de la trisomie 21 après tout un ensemble de
25 polypathologie de l'autisme et du retard mental.
- 26 Moi : Okay, est ce que vous avez une situation en tête où vous avez du arranger la réalité pour
27 ne pas dire la vérité pour les patients ?
- 28 IDE : Pour les patients, arranger la réalité...
- 29 Moi : Arranger la vérité, ce qui vous vient à l'esprit.

30 IDE : Je ne pense pas que j'ai une situation particulière en tête...(temps de réflexion)il n'y en
31 pas une qui me revient la maintenant mais je pense que...au quotidien on le fait. Au
32 quotidien, par exemple il y a un patient, un résident qui va nous dire « bah tiens est ce que je
33 m'en vais demain » et à force de répétition à un moment on arrive à lui dire « oui tu t'en va
34 demain » même si c'est faux. Même si voilà il va dire : « est ce que mes parents viennent
35 demain ». Il y a un patient en particulier, qui est constamment dans la répétition, à un moment
36 on arrive à lui dire « oui », « oui » puisqu'il ne veut pas entendre la réalité. C'est pas la sienne
37 en tout cas.

38 Moi : Et est-ce que le fait de lui dire « oui » ça le calme ?

39 IDE :... Certains patients ça les calme, certains patients ça les calme. Mais d'autres sont
40 tellement dans la répétition qu'ils reviennent, ils ont entendu la réponse mais ils vont quand
41 même revenir, poser la question, demander. Enfaite... est-ce qu'ils posent réellement la
42 question pour avoir une réponse à cette question ou alors est-ce qu'ils posent la question pour
43 combler un vide entre nous et eux ou un vide dans leurs vies quoi...

44 Moi : On ne sait pas vraiment le but de la question...

45 IDE : Voilà, tout à fait, un moment on ne sait pas vraiment mais on peut se poser cette
46 question, le but de leurs questions.

47 Moi : D'accord, et est-ce qu'il y a une annonce un peu grave...enfin si il y a des choses à dire
48 compliqués aux résidents vous arrive-t-il de différer l'annonce, comment procédez-vous pour
49 l'annoncer ?

50 IDE :Je ne pense pas... je ne pense avoir déjà été confronté à cette situation. Mais je pense,
51 enfin c'est compliqué puisqu'on n'est pas dans la situation donc c'est compliqué de prendre
52 une décision comme ça à froid... mais je pense qu'on peut, ce que j'ai bien peur c'est qu'on
53 peut annoncer à certains... comment dire... la nouvelle sans qu'il y est des émotions en face,
54 on peut rencontrer de l'incompréhension face à nous. Nous on a des résidents par exemple,
55 pas tous bien sûr, qui n'auront pas conscience de la gravité de la situation. Donc effectivement
56 les nouvelles ont pourrait les différer, on pourrait peut-être...les différer ou pas, mais en tout
57 cas un peu masquer la nouvelle. Mais il est important avant tout de savoir quel est le degré de
58 compréhension du résident.

59 Moi : Et du coup avez-vous des moyens pour connaître le degré de compréhension des
60 résidents ? Différenciez-vous les résidents selon leur degré de compréhension ?

61 IDE : Oui tout à fait. On arrive à différencier les résidents selon leur degré de compréhension.
62 Effectivement dans le quotidien, dans nos échanges journaliers avec les résidents on voit ce
63 qui revient lors de nos échanges avec eux, on voit ce qu'ils sont capable de tenir comme
64 discours, ce qu'ils sont capable de nous répondre.

65 Moi : Vous vous basez sur le quotidien.

66 IDE : Tout à fait, après il y a aussi les dossiers des patients qui nous donnent des indications
67 la dessus.

68 Moi : Oui vous vous basez aussi sur les pathologies.

69 IDE : Exactement.

70 Moi : Et est-ce que vous pensez que les lieux de vie, comme ici peuvent modifier les rapports
71 qu'on a avec les patients ? C'est à dire n'y aurait-il pas plus place pour de l'affectivité, des
72 familiarités des choses comme ça en comparaison à l'hôpital où vous avez travaillé ?

73 IDE : Tout à fait, bien sûr, c'est évident. A l'hôpital on a des patients, des gens qui vont être
74 présents pour un petit moment, mais on sait qu'obligatoirement à un moment ils vont partir
75 donc cela crée un « turn over » assez important et rapide, ici les résidents déjà sont là depuis
76 déjà des années bien avant que j'arrive et seront peut-être la bien longtemps après moi. Donc
77 suivant le temps que je vais passer ici, on se lit enfin pas on se lie d'amitié mais on a plus ou
78 moins de l'affection pour les résidents. Au fur et à mesure on apprend à bien connaître les
79 résidents, on commence à avoir de plus en plus des liens d'affectivité avec eux. Moi je vois
80 mes collègues qui sont là depuis plus longtemps, la relation elle est... complètement
81 différente, la relation est souvent un peu plus enveloppé d'affection pour le résident. Et il faut
82 aussi reconnaître que même d'un résident à un autre et c'est humain, on a plus d'affection
83 pour certains.

84 Moi : Et donc d'après vous cette relation « amicale » a-t-elle sa place dans le soin ?

85 IDE : Oui, bien sûr que cette relation a sa place dans le soin, aujourd'hui quand on fait un soin
86 et que ... cette relation à encore plus de place ici, elle est authentique et on retrouve quand
87 même cet échange et cet alter-ego je pense. On considère là le fait d'avoir cette relation avec
88 un peu plus d'affection et qu'elle soit un peu plus amicale et on considère de ce fait un peu
89 plus le résident. A l'hôpital si on considère le patient, mais c'est pas tout à fait pareil. On a un
90 certain détachement à l'hôpital qu'on ne retrouve pas ici, enfin peut être un peu moins.

91 Moi : Je reviens sur ce que vous m'avez dit précédemment avec le fait qu'on va dire « oui » à
92 un résident quand il répète une question, quand vous dites « oui » et que c'est forcément vrai,

93 à votre avis c'est dans quel but ? Dans le confort du soignant ou alors pour le bien du
94 résident ?

95 IDE : Ça dépend de la façon dont on va l'interpréter. Par exemple un patient qui est dans la
96 demande, on lui donne la vérité et en fait il revient constamment avec cette même demande,
97 pour donner un exemple plus concret un résident qui demande « est ce que je vais sortir la
98 semaine prochaine ? » on lui répond « non tu ne sors pas la semaine prochaine mais dans 15
99 jours » et malgré le fait qu'on lui a donné une réponse qui est la vérité, il va revenir
100 inlassablement poser la même question qui est de savoir si il va sortir la semaine prochaine.
101 Et donc on pourrait lui dire « oui » dans notre ...confort à nous, pour être tranquille et on
102 pourrait aussi lui dire « oui » car cette question est peut-être une angoisse, peut-être que derrière la
103 question « est-ce que je vais sortir la semaine prochaine » il y a une autre angoisse, comme le
104 fait de savoir est-ce qu'il sera toujours là, la semaine prochaine, de savoir est-ce que quelqu'un viendra le
105 voir la semaine prochaine, est-ce que tu seras toi là, la semaine prochaine ect... Donc peut
106 être que ces questions sont teintées d'une certaine angoisse, que peut-être le fait d'entendre « non
107 pas la semaine prochaine », l'angoisse est alimentée. Donc c'est peut-être un confort pour nous,
108 mais c'est peut-être aussi le confort du résident. Cela va dans les deux sens à mon avis.

109 Moi : Auriez-vous quelque chose à rajouter ?

110 IDE : A propos de la relation, la relation c'est à double tranchant. Je réfléchis toujours à
111 comment on se place dans cette relation. Comment on va se placer et ce que je dis au patient,
112 ce que je lui renvoie, ce que je vais lui apporter. C'est exactement ce qu'on disait tout à
113 l'heure est-ce que c'est mon confort ou son confort à lui ? La relation il faut vraiment l'étudier
114 sous des angles différents et on en fera ce qu'on en fera.

115 Moi : Vous amenez que chaque situation est subjective et qu'il faut faire en fonction des
116 pathologies, des patients...

117 IDE : Tout à fait, en fonction de l'environnement, du moment et aussi de la personnalité, je
118 veux dire, que ici les résidents n'ont pas la même relation d'un soignant à un autre. Et même
119 lui fait ce discernement et nous aussi on le fait ce discernement et instinctivement. On a pas
120 besoin de réfléchir on a une relation plus ou moins ... on a une relation différente d'un
121 résident à un autre. Le lieu de vie permet d'apprendre à connaître les résidents, donc on peut
122 au premier abord avoir une idée d'un résident, sans parler de sa pathologie, mais de la
123 personnalité du résident et ça sa reste, parce que le résident n'est pas une pathologie mais une
124 personne mais on a une idée de sa personnalité au départ qui au fil du temps va se modifier.

125 Moi : Très bien merci.

Retranscription de l'entretien du 16/01 avec Anna(12 minutes et 24 secondes):

- 1 « Moi : Bonjour pouvez-vous brièvement vous présenter, présenter votre parcours
2 professionnel...
- 3 IDE : Bonjour, je suis Y, j'ai 59 ans et je suis infirmière diplômée depuis 1984, ça fait 11 ans
4 que je travaille à la mas des X. Avant cela j'ai travaillé 10 ans à l'hôpital, 14 ans en libéral, 3
5 ans coordinatrice d'un service.. de maintien à domicile au CCS de G et donc... 11 ans ici.
- 6 Moi : Et donc qu'est qui vous a poussé à choisir ce type de service ?
- 7 IDE : Enfaite j'ai pas choisi, j'ai démissionné du CCS, j'ai fait plusieurs demandes et c'est les
8 premiers qui m'ont appelé et qui cherchaient une infirmière. Il est vrai que la psychiatrie, le
9 handicap tout ça au départ ce n'est pas un choix de ma part. Après si ça ne m'avait pas
10 convenu, je ne serai pas resté forcément, si vraiment ça ne te convient pas c'est pas un endroit
11 où tu peux travailler.
- 12 Moi : Et donc qu'est qui vous a plu ?
- 13 IDE : Moi c'est vraiment le handicap qui me plaît plus que la psychiatrie pure, je ne me
14 retrouve pas vraiment dans la psychiatrie. J'ai découvert un autre monde, un autre monde...
15 de soins,... tu fais tous différemment, tu abordes les patients différemment, les soins tu les
16 fais différemment, en faite tu t'adaptes à chaque résident pour tous les soins...il n'y a rien qui
17 est établis, écrit, il faut vraiment faire preuve d'imagination.
- 18 Moi : Quelles sont les principales pathologies du service ?
- 19 IDE : On rencontre des maladies psychiques, comme de la schizophrénie grave, de l'autisme,
20 de la trisomie 21 et également des attardés mentaux. Notre unité à la particularité d'accueillir
21 des résidents vieillissants en comparaison à l'autre unité.
- 22 Moi :D'accord, est-ce que vous avez en tête une situation où vous avez dû arranger la vérité,
23 pour ne pas dire la vérité à un patient.. ?
- 24 IDE: Qui me vienne en tête...c'est pas tous les jours mais souvent, pas qu'on leur ment mais
25 il y a des choses qu'on ne leur dit pas pour pas les mettre en difficultés.. c'est quasi
26 quotidien...mettons la visite de quelqu'un de leur famille ou un coup de fil qu'ils attendent
27 et..qui..qui arrive pas ou une sortie qui est prévue et qu'on leur dit qu'au dernier moment

28 sinon ils se mettent dans des états...d'excitation ou de stress qui voilà...ça c'est quasiment au
29 quotidien. Après tu peux être amené, à...mentir... mais là on est plus trop dans le cadre du
30 handicap ou de la psychiatrie, mais selon la maladie qu'ils ont ou quoi...l'infirmière n'est pas
31 vraiment, c'est pas à elle à annoncer certaines choses. Pour tous ce qui est maladie, tout ça, ils
32 n'ont pas conscience de gravité enfin c'est pas pareil excepté.. on a eu une résidente qui est
33 décédé en 2013, d'un cancer de la vésicule biliaire et...on a jamais su, on a jamais su si elle
34 avait compris la gravité de son état. Et nous... on ne lui a jamais dit, les médecins non plus et
35 sa sœur ne voulait pas non plus qu'on lui dise. Alors psychiquement, enfin intellectuellement,
36 elle était capable de comprendre mais...elle n'a jamais demandé et je crois qu'elle ne voulait
37 pas savoir. Enfin on ne sera pas.

38 Moi : Elle ressentait de la souffrance ?

39 IDE : Ah bah oui, elle exprimait sa souffrance...mais elle n'a jamais dit qu'elle allait mourir
40 ou qu'elle voulait mourir ou alors qu'elle avait un cancer, elle ne s'est jamais exprimé...donc
41 voilà elle n'a jamais su. Après ici, côté maladie en général ici ils ont un gros déficit
42 intellectuel les résidents qu'on a ici. Ils ont pas la notion de gravité de mort. Pour revenir à
43 l'anecdote, ce qui est paradoxal avec cette résidente c'est que quand elle était bien, en bonne
44 santé sans arrêt elle nous parlait de mort, de cancer c'est quelque chose qui la hantait un peu,
45 elle nous disait toujours « de toute façon je vais mourir d'un cancer » et enfaite quand c'est
46 arrivé elle a, elle a... occulté, occulté ça.

47 Moi : D'après vous elle savait ce que c'était un cancer ? Est-ce qu'elle avait la capacité de
48 comprendre ce qu'était un cancer ?

49 IDE : Oui d'après moi elle pouvait comprendre, elle était psychotique mais elle a vécu avec sa
50 mère jusqu'à que sa mère décède mais elle avait travaillé aussi... elle avait quand même un
51 niveau intellectuel... bien plus élevé que le reste des résidents... On pouvait la comparer à
52 certains résidents du service d'à côté (service avec des résidents plus jeunes et actifs). Elle
53 discutait, c'était celle qui avait le niveau le plus élevé donc voilà il n'y a qu'elle. Après on a
54 eu...un résident.. qui a fait une cirrhose hépatique médicamenteuse... mais il a vécu.. mais lui
55 est mort à aucun moment il n'a compris ce qui lui arrivait.

56 Moi : Vous ne lui avez pas dit ?

57 IDE : Ah non non, ce n'est même pas la peine quoi...il a pas la capacité de comprendre.
58 D'après moi les informer de ce qu'il va arriver dans ces cas précis de maladies graves n'a pas
59 grands...intérêts. Ce n'est pas bénéfique pour eux puisqu'ils n'ont pas la capacité de

60 comprendre. Après bien évidemment leur expliquer si ils ont un examen à passer.. une sortie à
61 faire.. oui il faut.

62 Moi : Selon quoi vous différenciez les capacités cognitives des résidents alors pour leur dire
63 des choses ?

64 IDE : Selon...euh..leurs capacités à comprendre, si au point de vue cognitif...ils comprennent
65 rien..enfin tu as beau leur expliquer ils ne comprennent pas..je ne vois pas l'intérêt de leur
66 expliquer.

67 Moi : D'après vous les services de type « lieu de vie » modifient-ils la relation soignant-
68 soigné ?

69 IDE: Ah bien sûr.. moi je n'ai pas du tout...déjà moi les premiers temps où j'étais ici, c'est
70 l'endroit où j'ai mis le plus de temps à m'adapter...parce que je n'avais jamais soigner un
71 public comme ça enfin...avec un handicap important parce que ici...bon ils sont très
72 handicapés psychiquement. Et.. enfaite comme je vous l'ai dit c'est toi qui t'adapte à
73 eux..parce qu'il faut sans cesse apprendre à les connaitre, savoir poser des cadres à ceux qui
74 ont besoin de cadre il ne faut pas... enfaite tu finis au fil du temps, au fil des années, tu les
75 connais tellement bien qu'il y a quand même une relation, je veux pas dire « affective » mais
76 quand tu connais bien les personnes tu arrives mieux à les appréhender et.. a t'occuper d'eux,
77 à prendre soin d'eux. Après c'est spécial... c'est pas comparable à un hôpital ou à un EHPAD
78 c'est comparable à rien. Et même chaque unité, parce que ici il y a trois unités mais je veux
79 dire, je me comporte pas pareil dans l'unité des autistes qui ici, ou que dans la troisième unité.

80 Moi : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

81 IDE : Oui, pour revenir à l'utilisation des vérités arrangés, on a eu il y a quelques années le
82 décès d'un autre résident également d'une cirrhose hépatique. La psychologue du service
83 avait pris l'initiative de faire une annonce... comment dire...du décès de ce résident au salon
84 devant tous les autres résidents. Cette annonce... a eu des conséquences.. de nombreux
85 résidents derrière ont décompensés, ça a été très compliqué pour certains résidents. Je pense
86 que le plus important c'est de prendre en compte... les capacités intellectuelles des résidents
87 avant d'annoncer.. quelque chose. Quitte à annoncer ce décès au bout d'un certain temps. Il
88 faut prendre en compte que certains résidents comprennent très bien les choses et peuvent...
89 avoir de grosses angoisses et qu'au contraire.. certains autres résidents ne comprendront pas
90 du tout.. il faut vraiment faire en fonction du résident.

91 Moi : Merci. »

Retranscription de l'entretien du 22/03, avec Carole (15 minutes et 46 secondes) :

- 1 « Moi :Bonjour pouvez-vous brièvement vous présenter...
- 2 IDE : Bonjour, je m'appelle C j'ai 21 ans, j'habite à N et je travaille au CHU de N en service
3 de gastro entérologie sur le pôle oncologie.
- 4 Moi : D'accord alors quel est votre parcours scolaire, depuis quand êtes-vous diplômé ?
- 5 IDE : Du coup après lycée, directement pendant la terminale j'ai passé le concours et je l'ai eu
6 puis je suis rentrée à l'école d'infirmier. Donc ça fait bientôt un an que je suis diplômé, depuis
7 exactement le 12 juillet 2021 voilà. Et depuis mon diplôme je travaille dans ce service.
- 8 Moi : Quelles sont les principales pathologies du service ?
- 9 IDE : Il y a tout ce qui va être oncologie donc tous les cancers digestifs, cancers du côlon, du
10 tube digestif, du pancréas tout ça et après tout ce qui va être les hépatites, les cirrhoses... on a
11 beaucoup de cirrhoses et... voilà en gros c'est ça.
- 12 Moi : Et est-ce qu'il vous arrive de rencontrer des patients avec des capacités cognitives
13 réduites ?
- 14 IDE :Oui ça arrive oui, par exemple les patients qu'on appelle cirrhotique qui peuvent se
15 mettre en état d'encéphalopathie ... ils sont quasiment dans un état de démence enfin on peut
16 pas les laisser... on peut aller même jusqu'à les contentionner parce que sinon ils se
17 mettraient trop en danger, après aussi on a des patients aussi qui arrive qui ont 90 ans à qui on
18 découvre un cancer ou autres et qui sont déments... il y a donc des risques de fugues, des
19 patients déments oui on en a mais ce n'est pas non plus la généralité du service.
- 20 Moi : D'accord, donc pouvez-vous me décrire une situation où vous avez du arranger la
21 réalité pour ne pas dire la vérité face à des patients vulnérables ?
- 22 IDE : Alors le dernier que je me rappelle...c'était un patient qui était...à qui on a découvert
23 un début d'Alzheimer, qui venait pour une découverte de cancer du pancréas.. et il y avait un
24 risque de fugue donc nous on se le note mais bon dans un service comme ça où il y a pas de
25 protection entre guillemet et où ils peuvent sortir c'était un peu dangereux parce que si il s'en
26 va c'est un peu notre responsabilité et du coup on le surveillait tout le temps et il voulait tout
27 le temps rentrer chez lui, donc effectivement on inventait des choses « non demain matin »,
28 « on viendra vous chercher demain matin » toujours on repoussait le moment donc oui là au
29 final on a arrangé la réalité pour ce patient.
- 30 Moi : C'est-à-dire il voulait tout le temps rentrer chez lui ?

31 IDE :Bah en gros c'est « qu'est que je fais la ? » il ne comprenait pas pourquoi il était là,
32 pourquoi il était hospitalisé et... donc pour lui c'était pas possible qu'il reste là il voulait
33 rentrer chez lui, donc il partait en pleine nuit, il voulait partir en pleine nuit, il savait pas où il
34 allait, il aurait pas été en capacité de rentrer chez lui, il ne savait pas où il était enfin vous
35 voyez.

36 Moi : Et donc qu'est que vous lui disiez exactement ?

37 IDE : Et... au début on lui disait... « non c'est la nuit...vous pouvez pas rentrer chez vous,
38 enfin il n'y a pas d'ambulances qui viendra vous chercher » on trouvait des trucs comme ça
39 puis au bout d'un moment, au bout de plusieurs heures on a appelé le médecin de garde qui a
40 essayé de le raisonner, de le raisonner mais on a fini par lui donner un peu un traitement
41 anxiolytique pour qu'il se calme mais ça n'a pas plus marcher que ça. On a au final réussi à ce
42 qu'il ne s'en aille pas du service je ne sais pas comment parce qu'on a vraiment passé la nuit à
43 négocier voilà voilà. Et c'est donc là que j'ai menti entre guillemet comme personne ne serait
44 venu le chercher le lendemain et comme on était en plein cours du traitement il n'était de
45 toute façon pas possible que ce monsieur sorte et puis... c'est un patient qui a été jugé niveau
46 cognitivement Pas en capacité en gros de décider ce qui est bon pour lui et ... donc ce
47 n'est pas lui qui décide si il a le droit de partir ou non. Après bien sûr on ne va pas l'obliger à
48 se faire soigner mais enfin il a une tutrice qui s'occupe de tout ça et c'est donc elle qui décide
49 de si il s'en va ou si il reste. Mais... voilà.

50 Moi : Et donc d'après vous est-ce que ça a été bénéfique au patient d'arranger la réalité
51 comme cela ?

52 IDE :Hmmm... au final il a eu son traitement après c'était le but qu'il est son traitement après
53 la découverte de ce cancer...je ne sais plus exactement quel traitement c'était si on lui a fait
54 une chimio ou non mais ...je sais plus mais on a pu faire tous les exams qu'il y avait à faire
55 les scanners, les trucs... qu'on aurait pas pu faire sur la même journée et... oui je pense que
56 ça été bénéfique puisque par la suite il est resté quelques jours.

57 Moi : Et donc d'après vous d'arranger la réalité comme cela, est-ce plus dans le confort des
58 soignants ou des patients ?

59 IDE :... un peu les deux au final. Pour lui déjà pour qu'il puisse se faire soigner parce qu'il
60 n'est pas en capacité de voir qu'il est malade pour lui il n'avait pas le cancer il était comme
61 d'habitude et... pour les soignants parce que la nuit on est trois et que partir à la recherche
62 d'un monsieur en pleine nuit c'est un peu... c'est d'abord à nous d'aller le chercher et si on

63 trouve pas on appelle la sécurité et puis la police donc c'est un peu...compliqué. La difficulté
64 est que notre service n'est pas adapté pour ces gens et on se retrouve à devoir contentionner
65 des gens, si on était en service spécialisé on aurait pas besoin. Mais bon ces gens représentent
66 peut être que 3 % de la population du service donc on ne peut pas mettre en place de grandes
67 dispositions pour si peu de patients.

68 Moi :D'après vous est ce que ça peut être difficile de donner des informations importantes à
69 ce type de patients ?

70 IDE : Comme quoi par exemple ?

71 Moi : Par exemple l'annonce d'une maladie grave, ou alors d'un évènement grave..

72 IDE : ...D'une maladie grave, oui on leur dit de toute façon c'est obligatoire d'annoncer un
73 diagnostic mais c'est les médecins que s'en occupent de ça. Mais dès fois ils ne s'en
74 rappellent plus et on évite après de leur re-rappeler parce que pour eux c'est comme s'ils
75 revivaient le truc à chaque fois... c'est comme un patient... j'avais vu ça en stage un patient à
76 qui tu dis « non votre femme est décédé » et le lendemain il redemande « bon c'est quand
77 qu'elle vient ma femme » bah au bout d'un moment il vaut mieux je pense ne plus lui dire
78 que sa femme est décédé parce qu'il revis le truc à chaque fois. On leur dit une fois oui, mais
79 après il y a des moments de...de je sais qu'il y a des patients qui s'en rappellent à des
80 moments et à des moments plus du tout.

81 Moi : D'après vous, même si ce n'est pas la majorité des patients que vous rencontrez,
82 trouvez-vous que la relation de soin peut être différente avec ces patients que avec les autres ?

83 IDE : Oui je pense qu'on est plus dans le... je sais pas comment dire... mais je sais qu'on ne
84 leur parle pas pareil que à un patient lambda, il y a plus de mots.. pas mignon je ne veux pas
85 le dire comme ça...mais je sais que moi avec ces patients par exemple certains je vais les
86 appeler « chef », vous voyez pour être un peu dans une relation ... pas amicale... je ne sais
87 pas comment le dire ... dans une relation plus cool quoi.. pour dédramatiser un peu le côté
88 soin, le côté blouse blanche vous voyez comme si c'était un monsieur à qui on parlait ailleurs
89 que dans le monde du soin...

90 Moi : D'accord et donc d'après vous cette relation dite pas affective mais un peu plus amicale,
91 elle a sa place dans le soin ?

92 IDE : Pour moi ...oui complètement...parce que.. un patient qui a des troubles cognitifs déjà,
93 c'est peut-être pas bien de le faire mais l'appeler par son prénom je trouve que ça a beaucoup
94 d'avantages...par exemple moi un patient si je l'appelle Michel ou alors Monsieur X il va

95 beaucoup plus réagir à son prénom mais du coup... c'est pas possible de le faire avec des
96 patients cognitivement normaux parce que ça ne serait pas acceptable. Mais avec ces patients
97 oui je prends ce droit puisqu'il me facilite la communication avec eux et que j'espère ainsi les
98 aider à me faire plus confiance.

99 Moi : Merci, voulez-vous rajouter quelque chose ?

100 IDE : Pour revenir aux vérités arrangées, je pense qu'il est surtout...important de prendre en
101 compte l'état du patient pour savoir ce qu'il est bon ou pas de dire. Je veux dire ...un patient
102 comme le monsieur que je vous expliquais, qui voulait partir à tout prix...je ne pense pas
103 qu'il était vraiment utile de lui dire la réalité des choses, puisqu'il est dans un tel état
104 d'angoisse que ... j'ai pas envie de l'angoisser plus quoi. Donc l'état du patient est vraiment
105 important.

106 Moi : D'accord merci »

Retranscription de l'entretien du 07/04 avec Aurore (18 minutes et 36 secondes) :

- 1 « Moi : Pouvez-vous brièvement vous présenter s'il vous plait ?
- 2 IDE : Je m'appelle A, j'ai 38 ans je suis infirmière depuis maintenant 15 ans, au niveau de ma
3 carrière professionnel j'ai fait surtout de la psychiatrie et un peu de soins généraux et depuis
4 6 mois, j'ai demandé une dispo et je suis en libéral.
- 5 Moi : Pouvez-vous me parler de votre parcours scolaire et de tous les services où vous avez
6 travaillé ?
- 7 IDE : Au niveau de mon parcours scolaire j'ai été au lycée...enfin j'ai fait le cursus général
8 jusqu'à la fin du lycée et je mettais même pas spécialisé en SMS, à l'époque ça s'appelait
9 SMS, science médicosocial j'étais pas le dedans moi, j'étais en STT et c'est à la fin en passant
10 le bac que j'ai eu envie de partir sur infirmière, au début c'était plus une orientation
11 d'éducatrice spécialisée mais infirmière ça m'a convenu puisque je me disais qu'il y avait de
12 la technique et j'avais envie d'en apprendre. Au début j'ai fait mes concours seule, il n'y avait
13 pas de prépa j'ai payé donc mes concours, j'ai fait trois concours et j'ai été accepté sur deux
14 écoles, à l'époque j'étais en région parisienne, et j'avais le choix entre la PHP (hôpitaux de
15 paris) et la croix rouge française et j'ai pris la croix rouge française parce que c'était plus près
16 de chez moi et donc voilà 3 ans et demi d'école. Je suis rentré en l'école en 2002 et j'ai été
17 prérecruté avec un hôpital psychiatrique qui ouvrait dans la région et qui permettait de toucher
18 une bourse. C'est comme ça que je suis arrivé en psychiatrie à la base c'était pas un choix la
19 psychiatrie, sauf que très vite c'est devenu ... enfin c'était normal pour moi d'être dans la psy.
- 20 Moi : Mais qu'est qui vous a plu dans la psy ?
- 21 IDE :Le côté humain, le côté humain qu'il y a 10 ans n'était déjà plus présent dans les
22 services techniques et qui malheureusement s'est dégradé aussi avec les années maintenant
23 mais moi c'était l'échange humain...et c'était pouvoir soigner mais pas que le... parce que ce
24 qu'il ne faut pas oublier en psy c'est que tu ne soignes pas que la tête, tu vas aussi rencontrer
25 des personnes diabétiques des personnes avec des problèmes cardiaques, avec des maladies
26 respiratoires des BPCO des... voilà des soins quand même techniques mais c'est sur bien
27 moins qu'en général mais tu as quand même le physique et le psychique et n'empêche il y a
28 tellement de lien entre l'un et l'autre que c'est super riche au niveau expérience.
- 29 Moi : Et donc quelles pathologies avez-vous le plus rencontré au cours de votre carrière ?

30 IDE :En pathologie psy, la schizophrénie bon après je vais te parler avec les noms d'avant
31 mais nous on disait maniaco-dépressifs avant, donc après on dit bipolaire maintenant, les
32 phases aigus ou les phases stabilisés de schizophrénie les démences, les démences, alors liée à
33 l'âge ou, ou les troubles cognitifs entre guillemets de naissance donc les autistes les syndrome
34 d'asperger et les toxicos beaucoup de toxicos, ... les burn out, les dépressions parce que tu les
35 as aussi les services généraux malheureusement parce qu'il y a pas d'établissement exprès, les
36 addictologie aussi énormément l'alcool mais après en fait c'est un peu un mélange hein c'est à
37 dire que tu vas t'as une personne qui va peter un plomb démarrer par un burn out prendre des
38 toxiques et puis créer un délire et puis être diagnostiquer schizo et en fait voilà il peut y avoir
39 plein de fils invisibles et ça raccroche c'est c'est très difficile au bout du au bout de d'une
40 expérience d'une dizaine d'années d'un patient en psy de vraiment lui trouver un diagnostic,
41 en fait ils vont il va y avoir plein de de de choses qui justement suivant, suivant quel praticien
42 hospitalier le reçoit, quel doc le reçoit et bah t'as des t'as des médecins qui vont donner tantôt
43 un diagnostic et tantôt un autre voilà le le plus gros de ce qu'on retrouve en psy c'est quand
44 même tout ce qui va être toxique et alcool et tout ce qui va être relatif à la maladie psy pur oui
45 donc là schizophrénie les bipolaires, la dépression parce que la dépression commence
46 vraiment être autant au niveau chiffre que les autres maladies.

47 Moi : Pouvez me raconter une situation dans laquelle vous avez du arranger la réalité pour ne
48 pas dire la vérité au patient ?

49 IDE :La situation que je voilà qui qui me revient c'était donc un patient autiste qui s'appelait
50 Paul, justement on avait toute une communication avec lui à le tutoyer à l'appeler par son
51 prénom et tout parce que c'était un... un autiste d'une vingtaine d'années, il avait 20/30 ans et
52 il avait l'âge mental d'un enfant de 4/5 ans et ce jour-là, il y a malheureusement une autre
53 patiente dans le service qui avait mis le feu à son matelas qui était en chambre fermée, qui
54 avait mis le feu à son matelas parce qu'elle avait réussi à garder un briquet. Il avait fallu donc
55 évacuer en urgence tout le service les chambres ouvertes les chambres fermées et... et après
56 bien sûr appeler les pompiers et tout, et pour...pour pouvoir vider en fait la chambre que le
57 patient nous accompagne...nous accompagne dehors et pour...pour mettre tout le monde en
58 sécurité et bien on a joué comme on comme on jouait en fait au quotidien avec lui pour que
59 les soins se passent correctement sans agressivité, on a joué avec lui et à rentrer dans son
60 imaginaire comme on avait l'habitude de faire comme on avait l'impression de parler à un
61 enfant et que lui adorait les pompiers les grands camions les choses comme un enfant de 3/4

62 ans, ben on lui a dit « allez viens Sacha il y a plein de pompiers sur le parking avec le gros
63 gros camion viens on va les voir et tout » et donc voilà ça a permis de le sortir sans aucun
64 souci de manière urgente sans qu'il ait peur parce que c'est ce qui c'est ce qui pouvait le rendre
65 agressif c'était qu'il se sentait... c'était, c'était un autiste et donc voilà et c'est vrai que c'était
66 pas la vérité, la vérité c'était pas que il fallait qu'on aille voir les pompiers la vérité c'était qu'il
67 fallait qu'on sorte alors oui les pompiers étaient là et ils étaient pas là pour lui c'était pas une
68 sortie quoi pas une sortie thérapeutique il était pas là pour lui ils étaient là parce qu'il y avait
69 le feu à côté et la vérité on a caché parce que jamais on lui a dit qu'il y avait le feu à côté
70 voilà.

71 Moi : Et donc du coup qu'est que ça a permis ?

72 IDE :De grands bénéfices immédiats parce que quand il a fallu le sortir de la chambre au
73 moins ça s'est passé en 30 secondes chrono, il s'est pas senti inquiété de quoi que ce soit il a
74 pas eu peur il a pas ...nous on n'a pas eu à être... c'est pas agressif mais on n'a pas eu à être
75 physiquement imposant en fait pour le faire sortir de la chambre ou pour utiliser je sais pas
76 une chaise roulante ou quoi ça s'est fait tout seul il nous a accompagné tout seul avec les... la
77 lumière dans les yeux à dire « les pompiers les pompiers » hop ça s'est fait tout seul donc et au
78 moins il a été mis en sécurité donc c'était notre soins d'urgence c'était de pouvoir le mettre en
79 sécurité il a été mis en sécurité de manière super simple. Ca me rappelle également une autre
80 situation, c'est vrai qu'il y avait un patient qu'on après c'était une vérité détournée mais c'est
81 pareil c'était parce que c'était nécessaire c'est que c'est un patient qui ne supportait pas de
82 de...d'être lavé il avait une cinquantaine d'années à l'époque mais pareil qu'il avait vécu son
83 enfance de sévices énormissimes, sa mère était prostitué et lui avait grandi jusqu'à ses 7 ans
84 dans un cabanon au fond du jardin, il était nourrit seulement quand sa mère y pensait enfin tu
85 vois... mais et en fait le... le seul truc qui,..qui tenait c'était de parler de maman, que maman
86 allait arriver, que maman allait venir le voir et et justement bah pour pouvoir faire la toilette
87 déjà on lui faisait pas tous les jours la toilette complète parce que c'était... sinon on se prenait
88 des coups mais quand voilà c'était le moment du bain je me souviens plus de tous les combien
89 de jours peut être une fois par semaine c'était vraiment le bain, la totale et ben on disait
90 justement mais « viens on va se faire tout beau parce qu'il y en a maman qui va venir et alors
91 que oui maman venait pas. Mais au moins bah nous on était dans le soin parce que c'est... c'est
92 une personne qui fallait qu'il faut laver et et au moins voilà.

93 Moi : Est-ce que par la suite il demandait où était sa mère ou alors il ne s'en souvenait plus ?

94 IDE : Malheureusement c'était un patient qui avait vraiment des troubles intellectuels très très
95 importants donc en fait c'était juste le... le le déclenchement pour qu'il accepte le soin, « aller
96 hop maman » mais en fait il y avait même pas d'échange voilà c'était la petite étincelle tu vois,
97 de dire que maman allait venir, c'était bon au moins on savait que il allait nous accompagner
98 sinon on se prenait des baffes et oui donc voilà c'était le déclencheur c'est le déclencheur pour
99 aller aux soins parce de toute manière c'est un soin primordial, l'hygiène et c'était plus que
100 nécessaire, mais voilà c'est vrai que c'était on utilisait quelque chose de pas vrai.

101 Moi : A votre avis c'est plus dans le confort du soignant ou plus du soigné qu'on fait ça ?

102 IDE : Pour moi à la base c'est le confort du soigné parce que je veux dire nous notre confort à
103 nous on peut à ce moment-là mettre « refus la toilette » de toute manière le jour où il a un
104 problème d'état cutané et ben on fera les soins donc voilà à ce moment-là c'est pas du tout le
105 confort du soigné c'est le confort du soignant, un confort parce que, pas de prise de tête tu
106 gagnes du temps tu passes à un autre et voilà donc en aucun cas c'est le confort du soignant
107 après si on joue sur les mots ça peut être le confort du soignant parce que au moins il y a pas
108 d'agressivité y'a pas d'agression, mais à la base c'est toujours le confort du soigné parce que
109 c'est le soin qui prime et nous si on jouait comme ça avec la vérité c'est parce que ce qui
110 primait c'est qu'il soit lavé ce monsieur nous ça nous fait rien s'il est lavé pas lavé on pourrait
111 très bien réagir comme ça mais sinon on n'est pas un soignant donc on donc voilà on joue
112 avec les mots suivant des fois des des... des personnes et leur compréhension parce que c'est
113 nécessaire pour eux pour leurs soins et pas pour nous.

114 Moi : A votre avis la relation de soin est-elle différente avec ce type de patient ?

115 IDE : En fait normalement la relation soignant soigné devrait être différente à chaque
116 personne, elle est individuelle enfin individualisée elle devrait être individualisée parce que
117 sinon c'est pareil je trouve qu'on est pas bon soignant que tu passes d'un monsieur A à
118 madame C et que tu ...je ne sais pas que tu te présentes exactement de la même manière tu dis
119 bonjour de la même manière tu fais le soin de la même manière au revoir la même... enfin
120 c'est pas possible normalement sinon le côté humain voilà... et justement enfin on a on a cette
121 richesse dans notre métier de pouvoir s'adapter à la personne qu'on a en face de nous donc là
122 moi en tout cas les cas-là que je t'ai évoqué c'était des relations soignants soignés particulières
123 mais je dirais pas qu'ils sont plus que d'autres en soins généraux parce que.. enfin il faut
124 toujours qu'on s'adapte faut toujours qu'on s'adapte à la personne au niveau soins physiques
125 qu'ils ont mais aussi ...très vite quand tu rentres en communication tu essayes ... enfin t'as

126 des trucs qui qui t'as comme des alertes-là qui se mettent en route ou tu essayes un peu « ouais
127 la personne faut pas que je lui parle de ça » « la personne je vais tenter par-là » et.. .et quand
128 justement tu veux des fois...comment dire...que la personne, elle accepte de rentrer en soin,
129 ben justement tu vas utiliser tu vas jouer un peu sur pour pour... pour... je cherche mon
130 mot... c'est avant...pour une bonne compliance aux soins très souvent mais je pense que ça se
131 fait à force de manière naturelle tu vas tu vas savoir sur quel terrain il faut que tu ailles avec
132 tel ou tel patient. Un papy qui n'a pas de faire ses séances de kiné par exemple et tout ben tu
133 vas jouer sur le fait « Ah mais vous êtes un papy et tout vous avez des petits enfants alors ils
134 ont quel âge, ah il y en a un qui fait du foot et tout bah dis donc ça serait chouette quand
135 même si le papy il pouvait faire du foot et tout donc faudrait peut-être aller à la séance de
136 kiné » et et tu joues toujours de ce truc-là, c'est l'expérience qui t'aide à qui t'aide et puis tu
137 peux te planter aussi après ce moment-là faut vite reformuler et puis tu retentes et puis tu...
138 parce qu'on est franchement pas parfait mais je pense que voilà la relation soignant soigné elle
139 est individualisé tout le temps, en tout cas elle devrait, elle... il faut-il faut tendre à ça et donc
140 pour moi t'as pas plus en psy qu'en général ...parce que si on avait le temps en général comme
141 on a encore un peu le temps en psy je dis un peu parce que ça devient de plus en plus
142 compliqué et ben on devrait tout le temps voilà tendre à ce que ce soit de la même manière
143 que la personne soignée... qu'elle soit en service général ou en service psy, qu'elle soit soigné
144 de la même manière et que donc cette relation soit induite de la même manière. Tu vois alors
145 là pour le coup c'est mon expérience professionnelle qui te qui te dit ça mais tu me mets 3
146 schizos devant moi mais ils te développeront pas les signes, ils te développeront jamais les
147 mêmes signes jamais de la même manière jamais les mêmes et jamais dans le même ordre et
148 donc il faut... tu te dois de jouer comme... enfin tu te dois de... d'être dans la communication
149 verbale ou non verbale d'être de happer des petits trucs à force tu as des petites alertes qui se
150 mettent en route « tiens là je peux parler de ça, là non faut pas que je fasse ça » parce que c'est
151 comme ça que tu peux amener le patient accepter le soin à accepter la prise en charge qui est
152 lourde qui suivant ce qui subit et tout et... et à faire que bah tu lui apporte quelque chose pour
153 qu'à terme ça aille mieux et que...c'est vachement subjectif...et puis dés fois on se plante et
154 puis des fois ça marche pas.. et puis euh ...mais heureusement souvent ça marche quand
155 même c'est ça qui est chouette oui c'est une petite victoire.
156 Très bien, voulez-vous ajouter quelque chose ?

157 IDE : Oui j'ai aussi connu un patient c'était un petit jeune qui était entré en schizophrénie à
158 ses 18 ans après quelques bouffées ...2 ou 3 bouffées délirantes c'est surtout un patient qui
159 avait déjà l'apparence physique qui était chétif.. une cinquantaine même pas je pense qu'il
160 faisait 40 kg tout mouillé et en fait il avait eu déjà quelques hospitalisations aussi en
161 pédopsy.. et là nous il arrivait en service de psychiatrie adulte et là où on jouait de la vérité
162 c'est que au niveau des consignes il avait des temps en chambre d'isolement nous on lui
163 amenait ça en disant « écoute Adrien on te met... on te remet en chambre parce que c'est ta
164 sécurité au moins personne ne pourra te faire du mal personne ne pourra s'en prendre à toi »
165 mais en fait alors ça ..il y avait une part de vérité mais c'était pas que ça c'était que lui était
166 tellement instable qu'il ...il en était agressif et là souvent en plus genre de de petits jeunes
167 comme ça et tout ils ont une force décuplée.. on a l'impression que c'est une autre personne et
168 il était là il pouvait vraiment être agressif et donc c'était aussi ben pour la sécurité des autres
169 qu'on le mettait en chambre d'iso donc oui on jouait avec les mots on jouait...on jouait de la
170 vérité mais c'était pour son bien c'était à la base... c'était un soin c'était à la base pour lui et
171 puis pour les autres.
172 Moi : Merci »

Retranscription de l'entretiens du 14/04 avec Pauline (45 minutes et 37 secondes) :

1 « Moi : Pouvez-vous présenter ?
2 IDE : Je suis P, j'ai 54 ans je travaille dans l'hôpital psychiatrique depuis le début de ma
3 formation. C'était en 88 parce que à l'époque dans cette formation là on était déjà considéré
4 comme stagiaire et on était déjà inscrit au niveau d'un hôpital du coup j'ai fait la formation en
5 L à l'hôpital c'est à peu près le même hôpital que celui de la région en tout cas avec une
6 histoire assez proche, construit dans les mêmes années avec la même histoire, en tout cas des
7 vieux hôpitaux identifiés. C'était voilà historique de la psychiatrie avant c'était pas des lieux
8 de psychiatrie c'était des léproseries ça commence comme ça on exclut les gens, c'est comme
9 psychiatrie il y a eu plein de mouvements différents. Donc 88 le début de mes études comme
10 stagiaire dans un hôpital psychiatrique et à l'époque la formation elle est la première année
11 commune avec les écoles d'infirmières classiques les 2 autres années sont différentes puisque
12 là on s'orienter vers tout ce qui est psychiatrie, ethno, psychologie voilà c'est une orientation
13 complètement différente et ben suite à l'école je suis diplômée en 91 je crois. Du coup on doit
14 aussi 5 ans à l'hôpital normalement on est aussi recruté là où on fait la formation en tout cas
15 c'est ce qui nous est dit mais à l'époque déjà les premier grand mouvement de réorganisation
16 de l'hôpital arrive et du coup il y a une nécessité c'est à dire que là on nous dit pendant la
17 formation qu'on va être embauché là où on a été formé et le contrat a été rompu donc là aussi
18 ça a déjà été un temps de lutte et de de de voilà pour essayer de se dire mais qu'est-ce que c'est
19 ces orientations qui se coincent ces sectorisations c'est là pendant la formation à la fois on
20 était en train de se former à entendre en train d'apprendre mais aussi en train de se confronter
21 à la réalité d'un hôpital qui évolue et qui changeait donc ça a été très formateur aussi.
22 L'avantage de de l'inconvénient voilà alors ensuite bah je suis muté à la sortie de la formation
23 alors j'intègre un service d'arriérés profonds parce qu'effectivement les postes sont là où ça
24 manque c'est dans les services les plus compliqués et là je suis en lien avec des patients déjà
25 adultes qui sont encore pourtant intégré au niveau du service enfant mais pour qui il y a pas
26 vraiment de place dans l'hôpital non plus ils ne sont pas dans les cases. Donc du coup c'est
27 des...des grands adultes très démunis très arriéré et là je m'aperçois que c'est compliqué pour
28 moi parce que ce sont des gens qui n'ont pas la plupart du temps accès à la parole et du coup
29 je me rends bien compte que là moi j'ai des limites et puis je débute aussi mais par contre ça a
30 été un temps assez extraordinaire on a tenté des choses parce qu'on était jeune parce qu'on

31 avait envie parce qu'on avait aussi voilà toute l'énergie du début avec une volonté puis
32 l'hôpital était à l'époque là encore à ses créateurs on avait pas mal de d'opportunité pour
33 pouvoir tenter des choses. Et on me laissait faire c'était accompagné aussi mais du coup dans
34 ce service je me rend très vite compte que voilà il va pas falloir que ça dure longtemps parce
35 que ça me convient pas ça me correspond pas donc par la suite j'ai intégré un service d'entrée
36 fermer mais sans chambre d'isolement pour des patients. C'était un service d'entrée on appelait
37 jamais un service d'accueil et crise, parce que je crois c'est que la nomination des lieux ... si tu
38 entres dans un service de crise quelque part on t'indique que c'est le lieu pour ça et quand on
39 t'indique que tu entres dans un service d'entrée on te dit que tu arrives dans un lieu et ça, ça
40 n'a pas la même tonalité. Et là j'ai fait mes armes avec des vieux infirmiers psy et donc les
41 équipes avec des gens qui bossaient ensemble aussi depuis longtemps donc je découvre aussi
42 la nécessité et la qualité de l'équipe de comment on travaille ensemble et quand on est dans
43 une cohésion d'équipe les choses sont bien plus faciles et là je commence vraiment à bosser
44 avec des situations de patients plus névrosés que psychotiques d'ailleurs puisque c'est un
45 service d'entrée et là je dirais que c'est le début de la fin tu crois savoir un peu des choses et au
46 contact comme ça en étant aussi à cette place-là maintenant de diplômés où tu dois gérer c'est
47 là en place et puis t'as pas les armes c'est parce que il s'agit de les construire et de voir un petit
48 peu ce qu'il va pouvoir se passer.

49 Je vais intégrer ensuite le centre de postcure alors là normalement je n'avais pas les années
50 parce que on nous raconte que quand on est en psychiatrie faut d'abord passer par un temps
51 d'intra suffisant pour avoir accès à d'autres postes voilà on il faut un certain temps et puis moi
52 ça m'intéresse le centre postcure psychotique et puis c'est dehors à la fois c'est encore de
53 l'hospitalisation. Et là j'y passe un long moment une quinzaine d'années et vraiment alors c'est
54 un lieu c'est pareil qui a beaucoup évolué on est passé de gens qui étaient en capacité de
55 travailler qui venait en hôpital de nuit à des gens qui n'étaient plus du tout dans une recherche
56 de travail après parce qu'ils en avaient pas les capacités mais il fallait aussi entre guillemets
57 vider l'hôpital psychiatrique de ces patients qui s'y étaient chroniciser qui avait eu instaurer un
58 lieu d'accueil un lieu de vie c'était l'asile au sens de la maison et à un moment donné et bah
59 l'évolution fait que ça c'est plus possible donc il faut avec ses patients qui ont des années
60 d'hospitalisation derrière eux trouver des façons de les intégrer dans la société alors que ils en
61 ont été exclus pendant des années.

62 Et je déménage dans la région et j'intègre un service alors je demande à travailler en extra
63 chez les enfants et je me retrouve dans un service d'intra au lieu de l'extra et dans un service
64 de re socialisation c'est à dire de patients très chronicisé aussi où je reste 6 mois très
65 rapidement je demande à partir parce que alors là il y avait à la fois la question du travail qui a
66 été fait dans ce lieu et des orientations qui me convenait pas et surtout je changeais de..de
67 cadre de vie et la psychiatrie en L et la psychiatrie dans la région on fait pas la même chose
68 c'est pas le même la même approche il y a des choses tellement différentes .. et je sens bien
69 que ça ne pourra pas durer dans le service de resocialisation dans lequel je suis. J'ai demandé
70 à changer ce qui m'a été aussi accordé et je me retrouve dans un lieu-là qui me convient bien à
71 la fois il y avait un hôpital de jour il y avait un CATTP qui est pour des activités on recevez le
72 matin des patients de l'extérieur l'après-midi des patients qui étaient hospitalisés qui pouvait
73 venir parce que c'était en ordre il y avait un suivi de personnes avec des difficultés dans leur
74 univers que ce soit familial dans un appartement voilà un suivi sur l'extérieur de patients en
75 difficultés qui avait besoin de soutien et puis l'accueil du service des entrées et aussi une part
76 du travail qui était l'accueil familial thérapeutique alors moi j'ai surtout été basé sur les ateliers
77 de création avec l'hôpital du jour et le suivi sur l'extérieur des patients plus en difficulté c'est
78 les 3 missions que j'ai essentiellement occupés quand j'étais dans ce lieu-là. Ensuite je
79 m'arrête de travailler parce que j'ai un petit garçon je choisis de prendre 3 années de congé
80 parental et quand je reviens ce service n'existe plus parce que restructuration l'évolution de
81 l'hôpital continue le 5e secteur a disparu il était avalé entre guillemets dans des pôles donc des
82 grandes organisations-là, qui ne sont plus à taille humaine je dirais là on regroupe plein de
83 gens plein de lieux l'idée c'est de mutualiser les moyens de faire des économies et là on sent
84 bien le début de l'hôpital comme lieu d'une entreprise et du coup je dois chercher un autre lieu
85 alors je suis reprise mais là encore je dis mais mes impératifs à la fois je veux revenir en tant
86 que professionnel mais à la fois je vais avoir du temps comme maman du coup je demande à
87 travailler à temps partiel et avec des horaires qui vont correspondre à une vie de famille bien
88 sûr donc je n'ai repris que quand j'ai eu une proposition qui était suffisamment intéressante
89 pour moi et ça a été à l'hôpital le de jour et dans un premier temps à temps partiel.

90 Moi : Pouvez me raconter une situation dans laquelle vous avez du arranger la réalité pour ne
91 pas dire la vérité ?

92 IDE : Ben voilà on a une patiente qu'on accueille actuellement qui vient à l'atelier créatif et
93 elle vient toujours me chercher pour avoir mon avis sur ses réalisations et là une idée de

94 conception de ce qu'elle fait qui est toute particulière et qui est la sienne, mais elle vient me
95 chercher moi sur les questions de « est ce que c'est beau » « est ce que ça vous plaît ». Elle
96 réalise des objets, si je les regarde comme ça je me dis mais « qu'elle horreur ce truc » et du
97 coup elle vient me chercher et me placer dans une position qui est compliqué pour moi.
98 Qu'est-ce que je fais de cette demande qu'elle a envers moi qu'est ce qui fait que c'est à moi
99 quelle adresse sa demande. J'ai voulu lui dire que la question n'est pas tant du beau c'est la
100 question de ce que ça va représenter pour elle mais vous elle revient, elle vient me chercher
101 dans quelque chose...il faut dire que c'est une patiente qui n'est pas nouvellement arrivé et je
102 la connais depuis le début où j'ai commencé à l'hôpital de jour nous avons une relation
103 ancienne ensemble qui s'est arrêté parce que pendant quelques années-là elle n'est plus venue
104 à l'hôpital de jour et elle revient en ce moment. Du coup on est dans une voie-là, dans
105 quelque chose ou on a un passif ensemble un passé un... et c'est pas rien non plus alors je te la
106 donne comme ça sans y avoir réfléchi ...pensé puisqu'elle se passe là maintenant ça fait 2
107 séances systématiquement elle vient et je suis bien embêtée avec ça...

108 Moi : Et du coup qu'est que vous répondez à cette demande ?

109 IDE :Ce que je lui ai répondu sur la première séance je lui ai dit que je trouvais sa réalisation
110 particulière et que je ça m'étonnais. Et alors elle est très sûre d'elle ! Avec un aplomb comme
111 ça « mais c'est très très beau » donc en fait j'écoute mais elle revient m'interroger donc
112 « particulier qu'est-ce que vous voulez dire par là » elle n'est pas dupe... elle entend bien que
113 cette façon que j'ai de répondre en tout cas, ça lui suffit pas en gros... « ce que je fais t'aimes
114 ça t'aimes pas ça »et puis elle vient me demander mon avis en me disant j'ai l'intention, elle
115 met une intention d'offrir ce cadre, elle fait de la mosaïque et elle avait fait un truc... un truc
116 de mon œil à moi ...mais on s'en fout c'est pas dans le truc qui compte c'est ce que ça
117 représente c'est pas tant la réalisation. Mais elle me dit je vais offrir ça à ma nièce, c'est le
118 baptême de sa fille « et pour un bébé un baptême vous trouvez ça vous vous vous pensez que
119 ça peut aller » non je pense pas que ça peut aller non c'est complètement déconné... décoller
120 de la réalité... déconnectée de... je dis « vous êtes sûr que » « oui oui je suis sûr je suis... »
121 « alors c'est peut être ça que vous, vous en soyez sûr et si c'est votre intention de faire un
122 cadeau que vous avez réalisé vous alors pourquoi pas mais si vous me demandez à moi si je
123 offrirais un cadre en mosaïque et ce cadre en mosaïque dans le cadre d'un baptême et de...
124 non je ne le ferai pas ».

125 Moi : Vous avez quand même dis que vous, vous ne l'offrirez pas ?

126 IDE :Oui puisqu'elle vient me chercher tout le temps dans « et vous » et « Ben moi non »
127 Moi : Qu'est-ce qu'elle a comme pathologie exactement ?
128 IDE : Cette patiente est schizophrène d'accord là pour le coup effectivement y a pas trop de...
129 alors c'est pas ce qu'on repère au premier abord parce qu'aujourd'hui c'est une patiente qui a
130 une schizophrénie qui évolue depuis des années et le délire il est pas accessible comme ça. On
131 peut tout à fait passer à côté de ça aujourd'hui parce que c'est quelqu'un qui a en plus un
132 certain standing, c'est quelqu'un qui porte un nom avec 3 particules qui a eu un code du coup
133 éducatif qui tient.. quelque chose donc tout ça pour dire comment je me positionne ici face à
134 la réalité avec cette patiente. Ça vient pas mal quand même me titiller, mais qu'est ce qui fait
135 que c'est à moi qu'elle vienne me demander mon avis, autour de ces questions-là alors que
136 voilà ça me met en difficulté. J'ai pas envie...je ne veux pas là blesser... lui dire non je trouve
137 que cette réalisation là si on se place du côté du beau, ça ne me plaît pas, parce que c'est pas
138 mon travail d'être de ce côté-là si j'étais je sais pas en MJC peut être que je je serais beaucoup
139 plus incisive...c'est maison des jeunes et de la culture. Si je travaillais comme animatrice de
140 mosaïque dans un centre voilà à ce moment-là... la question du beau serait peut-être la
141 question du du du coup de réaliser quelque chose de joli ou d'être là-dedans ici on est en soin
142 donc la question elle se situe pas du tout là, elle se situe autour de qu'est-ce qu'elle vient faire
143 quand elle vient mettre des petits morceaux sur une boîte et rassembler des morceaux et
144 essayer de construire quelque chose. Et c'est ça qui va m'intéresser c'est le processus
145 psychique qui est ... alors quand elle est avec son petit collage quand elle réussit à prendre
146 une boîte à choisir, déjà faire un choix de couleurs, ensuite à essayer de réaliser un truc, c'est
147 pas le résultat qui va compter finalement le fait de lui dire la vérité c'est pas tant soignant dans
148 cette situation. Mais c'est quand même là-dessus qu'elle vient me chercher, et ne pas répondre
149 n'est pas possible non plus il faut bien faire quelque chose de son interrogation. Alors pour
150 une interrogation moi j'ai pas forcément une réponse j'ai souvent une autre interrogation... et
151 c'est ce que j'ai fait avec elle aujourd'hui en tout cas. Aujourd'hui ça recommence elle me
152 présente un cadre qu'elle a peint, le fond en rouge elle me dit « c'est jolie hein Pauline ce sont
153 des poissons » je lui dit « bien avant que vous me disiez ce que c'est, de quoi il s'agissait donc
154 ce qu'elle a voulu représenter j'aurais pas imaginé ça » en gros j'avais pas deviné sans les mots
155 qu'il s'agissait de poissons. Je dis mais alors « vous avez fait un mixte »...parce qu'elle avait
156 fait son fond rouge donc je lui dis « alors vous avez peut être fait un mix au lieu de faire le
157 poisson rouge vous l'avez mis dans un univers tout rouge » le dit « Ah non j'avais mis le rouge

158 parce que ça me plaisait » très bien « vous en pensez quoi ? ». Et ça recommence je dis « et
159 vous ce travail-là » et puis alors elle continue à m'interroger et là je prends un air pleureur
160 « mais pourquoi mais pourquoi est-ce qu'elle vient toujours me poser cette question-là » pour
161 lui faire sentir que à la fois j'étais voilà j'entendais bien ses questions mais que je savais pas
162 quoi y répondre et que je questionnais ce truc-là. Là elle ne m'a pas répondu tout de suite en
163 tout cas elle a pu me dire plus tard dans la séance mais vous savez ça me permet d'échanger
164 avec vous d'avoir votre avis je sais bien alors après je lui ai redis « Oh je crois bien qu'au
165 niveau artistique on va encore avoir de grandes discussions parce que effectivement on ne
166 partage pas les mêmes points de vue » et que du coup elle me dit « mais ça vient m'aider »
167 parce que c'est une patiente que sa schizophrénie se manifeste pas comme ça, mais là elle
168 nous met un truc elle veut faire un fond marin machin...et c'est le fait qu'elle puisse
169 commencer à parler sa réalisation qui va compter pour moi le fait qu'elle sache que
170 effectivement « Ah Ben oui si je vous pose toutes ces questions-là c'est parce que moi je peux
171 partir là un petit peu dans tous les sens » et là on commence à attraper quelque chose de la
172 maladie, du soin oui quand elle est toute seule elle peut partir en vrille. C'est une patiente qui
173 par exemple s'est retrouvé la première hospitalisation parce qu'elle se promenait nue dans les
174 rues de la ville, parce qu'elle avait voilà... elle est hors norme, hors cadre elle était partie et
175 quand ça ne tient plus, les manifestations qui peuvent être impressionnantes quand elle est en
176 confiance et ça...ça grâce à la confiance que je peux le dire après plusieurs années de soin de
177 suivi où elle a commencé à pouvoir évoquer le délire parce que elle sentait bien combien
178 c'était... sûrement pas normal entre guillemets mais quand elle raconte qu'elle déjeune avec
179 Toutankhamon ou que le tableau de sa mère et sa grand-mère lui parle là retiennent elle a pu
180 aussi raconter son histoire et on a vu à quel point aussi il avait pu être marqué par des
181 événements familiaux par des idées et des façons de fonctionner dans la famille qui étaient
182 mais complètement fous et du coup voilà c'est aussi parce qu'il y a tout ce passif-là.

183 Moi : Et vous ne pensez pas que votre manière de faire est différente comme vous l'a
184 connaissez d'avant ?

185 IDE :De toute manière je ne peux pas faire comme si je la connaissais pas, oui c'est là mais
186 c'est comment peut être ne je vais réussir aussi à pas me coincer avec ce que je sais d'elle
187 d'avant oui pour pouvoir aujourd'hui la regarder telle qu'elle est maintenant. Parce que c'est...
188 c'est parfois un piège on peut avoir le sentiment de connaître les gens et ça c'est le pire qui
189 puisse m'arriver et lui arriver si je la connais, qu'est-ce que j'ai à découvrir qu'est-ce que je

190 vais pouvoir entendre de qui elle est aujourd'hui, de comment elle a évolué, de ce qui se passe
191 pour elle... donc ça il va falloir que j'y fasse très attention. A la fois j'ai cette connaissance là
192 mais il faut aussi faire cet exercice-là de se débarrasser presque de cette connaissance là...
193 parce que aujourd'hui elle a vécu des choses différentes...elle vient raconter probablement
194 autre chose ou j'en sais rien... mais en tout cas ce sera à moi de le découvrir et il faut encore
195 que je me laisse la possibilité. Si je crois que je la connais parce qu'on a une relation
196 antérieure parce que y a eu des événements, je suis foutu... Qu'est que ça apporterait à la
197 patiente si je donnais mon avis sur le beau, et donc la vérité à cette patiente ? Il s'agit surtout
198 de ne pas boucher une interrogation. Et puis en plus il s'agit de faire gaffe non plus à ne pas la
199 disqualifier parce que c'est quelqu'un aussi qui l'a été elle a été bonne à rien elle n'a jamais
200 réussi à avancer, les choses ne sont jamais concrétisées. Alors à la fois elle s'essaye, elle est
201 donc dans quelque chose aussi dû faire, ce qui n'est pas si courant même si elle fait la cuisine
202 par exemple... elle fait la plupart du temps-là ...elle était chez elle à regarder la télé donc là
203 elle se elle se réalise... il y a quelque chose d'autre qui se passe elle y est-elle hein. Elle n'est
204 pas passive devant un écran à se laisser bombarder d'images qu'elle ne sélectionne pas qui lui
205 font du mal qui lui empêche de dormir, elle dit aussi « je connais les dialogues par cœur parce
206 que les séries qui passent je les ai vu tellement de fois que je peux faire des dialogues par
207 cœur » elle vient ici tenter quelque chose. Je sais pas où ça va mener, mais en tout cas ça me
208 semble bien plus intéressant et il s'agit pour moi aussi de faire en sorte que voilà ces tentatives
209 là ...elle puisse voilà oser faire, il faut surtout pas casser quelque chose de ça. Parce que je
210 pense qu'elle a ...et... et puis souvent ils viennent nous faire rejouer l'histoire qu'ils ont vécue
211 dans la famille ils nous remettent à des places, alors quand elle vient me demander comment
212 je trouve sa production est ce qu'elle m'imagine en place de grands autres-là ? C'est elle qui
213 sait et qui est en position de savoir, qu'elle va venir de toute manière me couper l'herbe sous
214 les pieds parce que c'est elle qui sait. C'est quel jeu ...quel jeu psychique c'est qu'est que ça
215 vient raconter cette scène-là.

216 Moi : Et cette vulnérabilité dans laquelle sont ces patients, n'est-elle pas favorable à la
217 protection ?

218 IDE : Je vais faire attention mais je vais le dire de toute manière parce que je crois que ce qui
219 est essentiel aussi, c'est...c'est...c'est cette espèce de sincérité, les patients vont être très
220 sensible, t'es honnête t'es pas honnête, tu vois ils ont alors je sais pas comment nommer ça
221 mais bien un espèce de 6e sens une espèce de sensibilité, peut être particulière qui font que de

222 toute manière si tu dis blanc alors que tu penses noir, tu vas pas pouvoir jouer longtemps
223 forcément à un moment donné et ben il vient non plus s'adresser à toi il faut autre chose, ils
224 font autrement mais il y a quelque chose de la qualité du lien où il faut être aussi dans une
225 authenticité... sincérité. S'il y a pas ça... ça... ça... ça tient pas la relation. Regarde le coup de
226 fil tout à l'heure, tu vois j'ai un coup de fil de Karine (une patiente du service)elle a pris
227 l'habitude là de discuter alors elle vient pas à l'hôpital mais elle pourrait discuter pendant des
228 heures au téléphone. Je ne suis pas disponible aujourd'hui, puisque je t'ai donné rendez-vous,
229 alors oui c'est important que je recueille ses propos que je sache si un truc va pas mais après
230 une fois que j'ai fait ce boulot-là ,de vérifier qu'elle est pas en danger que machin... il s'agit
231 aussi que je lui dise là où j'en suis moi. C'est pas simple parce que elle ne me laissait pas
232 parler, j'ai dû lui couper la parole et lui dire que oui d'habitude oui je peux prendre du temps
233 aujourd'hui c'est pas possible j'ai un rendez-vous important. De lui dire la tel que tu me vois je
234 vais pas pouvoir être disponible dans mon écoute et c'est pas pour m'excuser on a pas à
235 s'excuser c'est juste que voilà. Je prends soin de lui dire, je suis en vacances mais par contre
236 mardi après la semaine de vacances nous nous retrouvons et là je vais pouvoir mettre voilà...
237 c'est border, amener du différentiel elle pourrait râler elle pourrait... mais voilà c'est comment
238 on va dire notre vérité à nous aussi... notre... parce que ça c'est clair pour quelqu'un. Et du
239 coup elle peut-elle raccrocher me saluer dire au revoir alors que c'est pas tout à fait dans ses
240 fonctionnements mais je pense que voilà quand je peux, je fais quand je peux pas je dis et je la
241 laisse pas penser que elle va pouvoir passer 1h à me parler. L'autre jour elle a pas pris comme
242 ça, elle a fait une scène « oui vous avez vu tout le monde sauf moi, moi vous m'avez pas
243 écouté si c'est comme ça je m'en vais » elle a manifesté aussi son mécontentement, qui fait
244 que je l'ai pas reçu comme elle voulait quand elle voulait mais voilà elle a le droit, je suis allé
245 là-bas j'ai écouté, on a eu un rendez-vous prévu par téléphone machin on va en reparler de
246 tout ça « oui c'est vrai que j'ai vu d'autres patients » et ça se parle. C'est comment tu vas dans
247 le lien...dire vrai et il y a une nécessité d'authenticité, donc même si je vais aussi pas dire les
248 propos comme je te le dirai à toi parce que je suis dans une relation en soin et que ça m'oblige
249 à penser cette relation là en fonction...

250 Moi : C'est-à-dire ?

251 IDE :Tu vas... je vais aussi m'adapter à sa capacité là au téléphone, elle était alcoolisée,
252 j'entends que sa voix est complètement... je ne peux pas faire comme si j'avais pas cette
253 information-là, quelqu'un qui avec une anxiété de dingue et qui arrive dans le bureau

254 « Pauline je peux vous parler » même si j'ai des choses importantes à lui dire parce que je sais
255 pas quoi voilà je vais d'abord prendre le temps de l'accueillir lorsqu'il est là, à l'instant c'est...
256 c'est en ça que il va falloir adapter il y a des moments pour pouvoir dire et d'autres où c'est pas
257 le moment-là. Souvent on dit qu'il n'y a pas d'urgence en psychiatrie, c'est pas tout à fait juste
258 mais c'est quand même... si on peut prendre le temps de réfléchir et de penser et de pas être
259 comme ça dans action réaction, on a quelque chose à faire on fait parce que on nous a
260 demandé de le faire.

261 Moi : Et même pour les annonces ?

262 IDE : Je pense que ça peut être bon de différer... alors ça dépend quel type d'annonce voir de
263 quoi il s'agit et quand tu m'as dit annonce moi j'ai pensé à la question de la mort par exemple
264 c'est jamais fastoche cette histoire-là, des...des situations de...de... décès à annoncer tels que
265 des gens qui étaient pris en charge à l'hôpital du jour et qui sont décédés. Alors c'est qui doit
266 le faire à quel moment, avec la question de comment tu l'annonce. Moi je pense que par
267 exemple l'annonce de la mort de quelqu'un dont ils sont proches tout ça et ben c'est important
268 parce que c'est important aussi qu'ils soient informés dans les temps voulus, pour pouvoir...
269 je sais pas quel est leur position au départ... de parce qu'ils sont en lien à l'hôpital de jour on
270 s'aperçoit que des fois la mort fait peur des fois, ils veulent qu'on en entende parler des fois ils
271 veulent manifester quelque chose alors à la personne qui est décédée.. ils veulent aller
272 enterrement où ils veulent acheter un truc et c'est comment on fait avec ces questions-là. Donc
273 par exemple la mort de quelqu'un à la fois il faut le penser... de voir un peu ce qui est le
274 mieux pour qui, comment prendre en compte la situation dans laquelle ça se passe mais il
275 s'agit aussi de le dire suffisamment tôt pour qu'il puisse se positionner, s'il souhaite le faire par
276 exemple... et puis on sait pas ce qui va se passer peut être que oui ça va les faire décompenser
277 ou pas mais de toute manière c'est la vie et les exclure de ça me paraît un drame. Par contre on
278 le fait pas dans n'importe quelles conditions, il faut réfléchir tu... tu penses le truc et tu vois
279 est ce que c'est mieux est ce que voilà c'est important pour qui... comment faudrait que tu
280 parles de ça..

281 Moi :Merci

Annexe 3 :Tableau d'analyse

Concepts :	Entretiens :	Citations :
<p>Mensonge :</p>	<p>Fabien</p> <p>Mensonge qui intervient au quotidien mais qui n'a pas une grave portée.</p> <p>Dans le cas d'annonce grave il peut être dès fois nécessaire de masquer l'information.</p> <p>En disant « oui » il peut espérer que le patient va cesser ses répétitions.</p>	<p>L32-36 : « Au quotidien, par exemple il y a un patient, un résident qui va nous dire « bah tiens est ce que je m'en vais demain » et à force de répétition à un moment on arrive à lui dire « oui tu t'en va demain » même si c'est faux. Même si voilà il va dire : « est ce que mes parents viennent demain ». Il y a un patient en particulier, qui est constamment dans la répétition, à un moment on arrive à lui dire « oui », « oui » puisqu'il ne veut pas entendre la réalité. C'est pas la sienne en tout cas. »</p> <p>L54-56 : «Donc effectivement les nouvelles ont pourrait les différer, on pourrait peut-être...les différer ou pas, mais en tout cas un peu masquer la nouvelle. »</p> <p>L 96-98 : «et malgré le fait qu'on lui a donné une réponse qui est la vérité, il va revenir inlassablement re-poser la même question qui est de savoir si il va sortir la semaine prochaine. Et donc on pourrait lui dire « oui » dans notre ...confort à nous, pour être tranquille »</p>
	<p>Anna :</p> <p>Mensonges quotidiens pour des banalités pour améliorer le quotidien des résidents, pour faire en sorte qu'ils ne se mettent pas dans des états où ils vont être mal.</p>	<p>L24-28 : « c'est pas tous les jours mais souvent, pas qu'on leur ment mais il y a des choses qu'on ne leur dit pas pour pas les mettre en difficultés.. c'est quasi quotidien...mettons la visite de quelqu'un de leur famille ou un coup de fil qu'ils attendent et..qui..qui arrive pas ou une sortie qui est prévu et qu'on leur dit qu'au dernier moment sinon ils se mettent dans des états...d'excitation ou de stress qui voilà »</p>

	<p>Mentir pour de annonces grave, parce que le statut d’infirmière ne permet pas la divulgation de ces informations. Confort du soignant.</p> <p>Mensonge par omission, dans le confort du résident qui ne se questionne pas.</p> <p>Les informer dans certains ne sert à rien puisque ça va les mettre en péril.</p>	<p>L29-31 : « à...mentir... mais là on est plus trop dans le cadre du handicap ou de la psychiatrie, mais selon la maladie qu’ils ont ou quoi...l’infirmière n’est pas vraiment, c’est pas à elle à annoncer certaines choses. »</p> <p>L33-35 : « on a jamais su, on a jamais su si elle avait compris la gravité de son état. Et nous... on ne lui a jamais dit, les médecins non plus et sa sœur ne voulait pas non plus qu’on lui dise. »</p> <p>L57-59 : « D’après moi les informer de ce qu’il va arriver dans ces cas précis de maladies graves n’a pas grands...intérêts. »</p>
	<p>Carole :</p> <p>Visée du mensonge qui est de rassurer le patient, le calmer et lui faire accepter les soins</p> <p>Impossibilité des soignants de faire autrement de par les contraintes institutionnelles.</p>	<p>L26-29 : « il voulait tout le temps rentrer chez lui, donc effectivement on inventait des choses « non demain matin », « on viendra vous chercher demain matin » toujours on repoussait le moment donc oui là au final on a arrangé la réalité pour ce patient. »</p> <p>L42-44 : « Et c’est donc là que j’ai menti entre guillemet comme personne ne serait venu le chercher le lendemain et comme on était en plein cours du traitement il n’était de toute façon pas possible que ce monsieur sorte »</p> <p>L72-74 : « Mais dès fois ils ne s’en rappellent plus et on évite après de leur re-rappeler parce que pour eux c’est comme s’ils revivaient le truc à chaque fois »</p>

	<p>Ne pas majorer l'angoisse des patients.</p>	<p>L74-77 : « c'est comme un patient... j'avais vu ça en stage un patient à qui tu dis « non votre femme est décédé » et le lendemain il redemande « bon c'est quand qu'elle vient ma femme » bah au bout d'un moment il vaut mieux je pense ne plus lui dire que sa femme est décédé parce qu'il revis le truc à chaque fois. »</p>
	<p>Aurore :</p> <p>Mensonge qui a eu lieu dans un cadre d'urgence pour reconforter le patient. Utilisation des centres d'intérêts pour permettre au patient d'accepter le soin.</p> <p>Ne pas majorer son angoisse et lui permettre d'être mis en sécurité.</p> <p>Utilisation du mensonge pour permettre les soins essentiels sans trop d'impact puisque le patient ne s'en souvient pas par la suite.</p>	<p>L57-63 : « et bien on a joué comme on comme on jouait en fait au quotidien avec lui pour que les soins se passent correctement sans agressivité, on a joué avec lui et à rentrer dans son imaginaire comme on avait l'habitude de faire comme on avait l'impression de parler à un enfant et que lui adorait les pompiers les grands camions les choses comme un enfant de 3/4 ans, ben on lui a dit « allez viens Sacha il y a plein de pompiers sur le parking avec le gros gros camion viens on va les voir et tout » »</p> <p>L65-69 : « c'était pas la vérité, la vérité c'était pas que il fallait qu'on aille voir les pompiers la vérité c'était qu'il fallait qu'on sorte alors oui les pompiers étaient là et ils étaient pas là pour lui c'était pas une sortie quoi pas une sortie thérapeutique il était pas là pour lui ils étaient là parce qu'il y avait le feu à côté et la vérité on a caché parce que jamais on lui a dit qu'il y avait le feu à côté voilà. »</p> <p>L79-80 : « Ca me rappelle également une autre situation, c'est vrai qu'il y avait un patient qu'on après c'était une vérité détournée mais c'est pareil c'était parce que c'était nécessaire. »</p> <p>L88-89 : « ben on disait justement mais « viens on va se faire tout beau parce qu'il y en a</p>

	<p>Permet la mise en sécurité de tous le monde aussi bien les soignants que les patients.</p>	<p>maman qui va venir et alors que oui maman venait pas. »</p> <p>L94-95 : « c'était juste le... le le déclenchement pour qu'il accepte le soin, « aller hop maman »</p> <p>L159-164 : « et là où on jouait de la vérité c'est que au niveau des consignes il avait des temps en chambre d'isolement nous on lui amenait ça en disant « écoute Adrien on te met... on te remet en chambre parce que c'est ta sécurité au moins personne ne pourra te faire du mal personne ne pourra s'en prendre à toi » mais en fait alors ça ..il y avait une part de vérité mais c'était pas que ça c'était que lui était tellement instable qu'il ...il en était agressif. »</p> <p>L167-169 : « on jouait de la vérité mais c'était pour son bien c'était à la base... c'était un soin c'était à la base pour lui et puis pour les autres. »</p>
--	---	--

	<p>Pauline :</p> <p>Demande à laquelle il est très difficile de répondre de par ses idées personnelles.</p> <p>Détourne la question pour ne pas y répondre.</p> <p>Ne donne pas la vraie réponse mais se rapproche de la vérité.</p> <p>La patiente le sens que la soignante n'est pas tout à fait honnête.</p> <p>Même si la soignante n'est pas en accord avec la patiente elle reste congruente avec ses idées, elle dit la vérité à la patiente.</p>	<p>L93-95 : « mais elle vient me chercher moi sur les questions de « est-ce que c'est beau » « est ce que ça vous plaît ». Elle réalise des objets, si je les regarde comme ça je me dis mais « qu'elle horreur ce truc » »</p> <p>L98-99 : « J'ai voulu lui dire que la question n'est pas tant du beau c'est la question de ce que ça va représenter pour elle »</p> <p>L108-109 : « je lui ai dit que je trouvais sa réalisation particulière et que je ça m'étonnais »</p> <p>L110-112 : « mais elle revient m'interroger donc « particulier qu'est-ce que vous voulez dire par là » elle n'est pas dupe... elle entend bien que cette façon que j'ai de répondre en tout cas, ça lui suffit pas en gros... »</p> <p>L117-119 : « et pour un bébé un baptême vous trouvez ça vous vous vous pensez que ça peut aller » non je pense pas que ça peut aller non c'est complètement déconnecté... décoller de la réalité... déconnectée »</p> <p>L119-122 : « ... je dis « vous êtes sûr que » « oui oui je suis sûr je suis... » « alors c'est peut être ça que vous, vous en soyez sûr et si c'est votre intention de faire un cadeau que vous avez réalisé vous alors pourquoi pas mais si vous me demandez ' moi si je offrirais un cadre en mosaïque et ce cadre en mosaïque dans le cadre d'un baptême et de... non je ne le</p>
--	--	---

	<p>Ne veut pas blesser la patiente, ce n'est pas la nature de son travail.</p> <p>La vérité n'est pas tant la question.</p> <p>Utilise des manières détournés pour répondre, notamment l'humour.</p> <p>La vérité peut mettre en difficulté le patient et il faut adapter nos propos en fonction du patient qu'on a face à nous.</p>	<p>ferai pas ».</p> <p>L134-137 : J'ai pas envie...je ne veux pas là blesser... lui dire non je trouve que cette réalisation là si on se place du côté du beau, ça ne me plaît pas, parce que c'est pas mon travail d'être de ce côté-là si j'étais je sais pas en MJC peut être que je je serais beaucoup plus incisive...c'est maison des jeunes et de la culture. »</p> <p>L145 : « le fait de lui dire la vérité c'est pas tant soignant dans cette situation »</p> <p>L156-159 : «« vous en pensez quoi ? ». Et ça recommence je dis « et vous ce travail-là » et puis alors elle continue à m'interroger et là je prends un air pleureur « mais pourquoi mais pourquoi est-ce qu'elle vient toujours me poser cette question-là » pour lui faire sentir que à la fois j'étais voilà j'entendais bien ses questions mais que je savais pas quoi y répondre »</p> <p>L205-207 : « il s'agit pour moi aussi de faire en sorte que voilà ces tentatives là ...elle puisse voilà oser faire, il faut surtout pas casser quelque chose de ça. »</p> <p>L244-245 : « je vais aussi pas dire les propos comme je te le dirai à toi parce que je suis dans une relation en soin et que ça m'oblige à penser cette relation là en fonction... »</p>
<p>Vulnérabilité soignant :</p>	<p>Fabien :</p> <p>Relation de soin qui fait entrer en compte les personnalités et des soignants et des patients. Reconnait qu'il a plus d'affinités avec certains</p>	<p>L 80-81 : « Et il faut aussi reconnaître que même d'un résident à un autre et c'est humain, on a plus d'affections pour certains. »</p>

	<p>patients que d'autres.</p> <p>Peut évoquer au soignant quelque chose et implique le soi.</p>	
	<p>Anna :</p>	<p>/</p>
	<p>Carla :</p> <p>Le manque de moyens fait que les soignants peuvent être mis en difficulté.</p>	<p>L60-64 : « pour les soignants parce que la nuit on est trois et que partir à la recherche d'un monsieur en pleine nuit c'est un peu... c'est d'abord à nous d'aller le chercher et si on trouve pas on appelle la sécurité et puis la police donc c'est un peu...compliqué. La difficulté est que notre service n'est pas adapté pour ces gens et on se retrouve à devoir contentionner des gens, si on était en service spécialisé on aurait pas besoin. »</p>
	<p>Aurore :</p> <p>Vulnérabilité physique et il est tout à fait normal qu'on puisse vouloir se protéger.</p> <p>On fait avec ce qu'on est, ce qu'on pense. Il est possible de pas être dans le bon.</p>	<p>L86 : « sinon on se prenait des coups. »</p> <p>L97 : « sinon on se prenait des baffes. »</p> <p>L106-107 : « ça peut être le confort du soignant parce que au moins il y a pas d'agressivité y'a pas d'agression »</p> <p>L135-136 : « c'est l'expérience qui t'aide à qui t'aide et puis tu peux te planter aussi après ce moment-là faut vite reformuler et puis tu retentes et puis tu... parce qu'on est franchement</p>

		<p>pas parfait. »</p> <p>L163-166 : « il en était agressif et là souvent en plus genre de de petits jeunes comme ça et tout ils ont une force décuplée.. on a l'impression que c'est une autre personne et il était là il pouvait vraiment être agressif et donc c'était aussi ben pour la sécurité des autres qu'on le mettait en chambre d'iso »</p>
	<p>Pauline :</p> <p>Elle sait ce que la vérité peut entraîner, mais ne veut pas mentir. Donc c'est une position de difficulté.</p>	<p>L95-97 : « du coup elle vient me chercher et me placer dans une position qui est compliqué pour moi. Qu'est-ce que je fais de cette demande qu'elle a envers moi qu'est ce qui fait que c'est à moi quelle adresse sa demande. »</p> <p>L104-106 : « je te la donne comme ça sans y avoir réfléchi ...pensé puisqu'elle se passe là maintenant ça fait 2 séances systématiquement elle vient et je suis bien embêtée avec ça... »</p> <p>L132-134 : « Ça vient pas mal quand même me titiller, mais qu'est ce qui fait que c'est à moi qu'elle vienne me demander mon avis, autour de ces questions-là alors que voilà ça me met en difficulté. »</p> <p>L145-148 : « Mais c'est quand même là-dessus qu'elle vient me chercher, et ne pas répondre n'est pas possible non plus il faut bien faire quelque chose de son interrogation. Alors pour une interrogation moi j'ai pas forcément une réponse j'ai souvent une autre interrogation... »</p> <p>L201-204 : «Elle n'est pas passive devant un écran à se laisser bombarder d'images qu'elle</p>

		ne sélectionne pas qui lui font du mal qui lui empêche de dormir, elle dit aussi « je connais les dialogues par cœur parce que les séries qui passent je les ai vu tellement de fois que je peux faire des dialogues par cœur » »
Vulnérabilité du patient :	<p>Fabien :</p> <p>Reconnait que les patients n'ont pas tous les mêmes capacités cognitives.</p> <p>Les patients pour certains ne prennent pas les choses comme nous et on peut donc faire face à des réactions déroutantes.</p> <p>Arrive à s'adapter aux résidents par le contact quotidien avec eux.</p>	<p>L40-42 : « Enfaite... est-ce qu'ils posent réellement la question pour avoir une réponse à cette question ou alors est-ce qu'ils posent la question pour combler un vide entre nous et eux ou un vide dans leurs vies quoi... »</p> <p>L51-54 : «c'est qu'on peut annoncer à certains... comment dire... la nouvelle sans qu'il y est des émotions en face, on peut rencontrer de l'incompréhension face à nous. Nous on a des résidents par exemple, pas tous bien sûr, qui n'auront pas conscience de la gravité de la situation. »</p> <p>L56-57 : « Mais il est important avant tout de savoir quel est le degré de compréhension du résident. »</p> <p>L60-63 : «On arrive à différencier les résidents selon leurs degré de compréhension. Effectivement dans le quotidien, dans nos échanges journalier avec les résidents on voit ce qui revient lors de nos échanges avec eux, on voit ce qu'ils sont capable de tenir comme discours, ce qu'ils sont capable de nous répondre. »</p>
	<p>Anna :</p> <p>N'ont pas conscience de la gravité de certaines</p>	<p>L31-32 : « Pour tous ce qui est maladie, tout ça, ils n'ont pas conscience de gravité enfin</p>

	<p>maladies, comme nous on pourrait en avoir conscience.</p> <p>Amène un paradoxe, finalement la résidente était tout à fait capable de comprendre ce qu'était un cancer et ce qu'était la mort.</p>	<p>c'est pas pareil »</p> <p>L41-42 : «Après ici, côté maladie en général ici ils ont un gros déficit intellectuel les résidents qu'on a ici. Ils ont pas la notion de gravité de mort. »</p> <p>L42-46 : «ce qui est paradoxal avec cette résidente c'est que quand elle était bien, en bonne santé sans arrêt elle nous parlait de mort, de cancer c'est quelque chose qui la hantait un peu, elle nous disait toujours « de toute façon je vais mourir d'un cancer » et enfaite quand c'est arrivé elle a, elle a... occulté, occulté ça. »</p> <p>L57 : « Ah non non, ce n'est même pas la peine quoi...il a pas la capacité de comprendre. »</p>
	<p>Carole :</p> <p>Ne comprend pas pourquoi il est là, n'a pas la capacité de comprendre que c'est pour se soigner qu'il est là.</p>	<p>L 31-34 : « c'est « qu'est que je fais la ? » il ne comprenait pas pourquoi il était là, pourquoi il était hospitalisé et... donc pour lui c'était pas possible qu'il reste là il voulait rentrer chez lui, donc il partait en pleine nuit, il voulait partir en pleine nuit, il savait pas où il allait, il aurait pas été en capacité de rentrer chez lui, il ne savait pas où il était enfin vous voyez. »</p> <p>L44-48 : «c'est un patient qui a été jugé niveau cognitivement Pas en capacité en gros de décider ce qui est bon pour lui et ... donc ce n'est pas lui qui décide si il a le droit de partir ou non. Après bien sûr on ne va pas l'obliger à se faire soigner mais enfin il a une tutrice qui s'occupe de tout ça et c'est donc elle qui décide de si il s'en va ou si il reste. Mais... voila »</p> <p>L58-60 : « Pour lui déjà pour qu'il puisse se faire soigner parce qu'il n'est pas en capacité de voir qu'il est malade pour lui il n'avait pas le cancer il était comme d'habitude. »</p>

	<p style="text-align: center;">Aurore :</p> <p style="text-align: center;">La maladie fait que le patient a des capacités cognitives réduites.</p> <p style="text-align: center;">Autisme est une pathologie qui fait que le patient n'a pas les mêmes capacités que nous.</p> <p style="text-align: center;">A subi de grands sévices dans son enfance qui fait qu'il soit tant vulnérables aujourd'hui.</p>	<p>L51-52 : «et il avait l'âge mental d'un enfant de 4/5 ans. »</p> <p>L63-65 : «voilà ça a permis de le sortir sans aucun souci de manière urgente sans qu'il ait peur parce que c'est ce qui c'est ce qui pouvait le rendre agressif c'était qu'il se sentait... c'était, c'était un autiste »</p> <p>L75-76 : «il nous a accompagné tout seul avec les la lumière dans les yeux à dire « les pompiers les pompiers » »</p> <p>L80-83 : « un patient qui ne supportait pas de de...d'être lavé il avait une cinquantaine d'années à l'époque mais pareil qu'il avait vécu son enfance de sévices énormissimes, sa mère était prostitué et lui avait grandi jusqu'à ses 7 ans dans un cabanon au fond du jardin, il était nourrit seulement quand sa mère y pensait enfin tu vois »</p> <p>L85-86 : « pour pouvoir faire la toilette déjà on lui faisait pas tous les jours la toilette complète. »</p> <p>L93-94 : « Malheureusement c'était un patient qui avait vraiment des troubles intellectuels très très important. »</p> <p>L110-112 : « on joue avec les mots suivant des fois des des... des personnes et leur</p>
--	---	--

		<p>compréhension parce que c'est nécessaire pour eux pour leurs soins et pas pour nous. »</p> <p>L157-160 : « déjà l'apparence physique qui était chétif.. une cinquantaine même pas je pense qu'il faisait 40 kg tout mouillé et en fait il avait eu déjà quelques hospitalisations aussi en pédopsy.. et là nous il arrivait en service de psychiatrie adulte. »</p> <p>L161-162 : « que c'est ta sécurité au moins personne ne pourra te faire du mal personne ne pourra s'en prendre à toi »</p>
	<p>Pauline :</p> <p>C'est la pathologie qui crée la vulnérabilité.</p> <p>Peut ainsi prendre conscience de ses principaux maux.</p> <p>Le délire peut être très important.</p>	<p>L 127-128 : «qu'aujourd'hui c'est une patiente qui a une schizophrénie qui évolue depuis des années et le délire il est pas accessible comme ça. »</p> <p>L166-170 : « c'est le fait qu'elle puisse commencer à parler sa réalisation qui va compter pour moi le fait qu'elle sache que effectivement « Ah Ben oui si je vous pose toutes ces questions-là c'est parce que moi je peux partir là un petit peu dans tous les sens » et là on commence à attraper quelque chose de la maladie, du soin oui quand elle est toute seule elle peut partir en vrille. »</p> <p>L171-173: « qu'elle se promenait nue dans les rues de la ville, parce qu'elle avait voilà... elle est hors norme, hors cadre elle était partie et quand ça ne tient plus, les manifestations qui peuvent être impressionnantes »</p> <p>L175-180 : « sûrement pas normal entre guillemets mais quand elle raconte qu'elle déjeune</p>

	<p>Le passif est très important.</p>	<p>avec Toutankhamon ou que le tableau de sa mère et sa grand-mère lui parle là retiennent elle a pu aussi raconter son histoire et on a vu à quel point aussi il avait pu être marqué par des événements familiaux par des idées et des façons de fonctionner dans la famille qui étaient mais complètement fous et du coup voilà c'est aussi parce qu'il y a tout ce passif-là. »</p> <p>L195-197 : « Et puis en plus il s'agit de faire gaffe non plus à ne pas la disqualifié parce que c'est quelqu'un aussi qui l'a été elle a été bonne à rien elle n'a jamais réussi à avancer, les choses ne sont jamais concrétisées. »</p> <p>L201-204 : «Elle n'est pas passive devant un écran à se laisser bombarder d'images qu'elle ne sélectionne pas qui lui font du mal qui lui empêche de dormir, elle dit aussi « je connais les dialogues par cœur parce que les séries qui passent je les ai vu tellement de fois que je peux faire des dialogues par cœur »</p> <p>L207-210 : «et puis souvent ils viennent nous faire rejouer l'histoire qu'ils ont vécu dans la famille ils nous remettent à des places, alors quand elle vient me demander comment je trouve sa production est ce qu'elle m' imagine en place de grands autres-là ? »</p>
<p>Relation soignant-soigné :</p>	<p>Fabien :</p> <p>La temps fait qu'il y a la création d'une relation particulière. Relation qui est vraie, qui est authentique. Donc le résident serait plus considéré que dans d'autres endroits.</p>	<p>L75-80 : « Donc suivant le temps que je vais passer ici, on se lit enfin pas on se lie d'amitié mais on a plus ou moins de l'affection pour les résidents. Au fur et à mesure on apprend à bien connaître les résidents, on commence à avoir de plus en plus de liens d'affectivité avec eux. Moi je vois mes collègues qui sont là depuis plus longtemps, la relation elle est...</p>

	<p>Ce que j'apporte au patient. Fais rentrer en compte dans la relation les personnalités de chacun.</p> <p>Il faut réfléchir à comment on doit se comporter dans cette relation.</p> <p>La relation doit être selon lui, individualisée.</p>	<p>complètement différente, la relation est souvent un peu plus enveloppé d'affection pour le résident. »</p> <p>L84-85 : «cette relation à encore plus de place ici, elle est authentique et on retrouve quand même cet échange et cet alter-ego je pense. »</p> <p>L85-88 : «le fait d'avoir cette relation avec un peu plus d'affection et qu'elle soit un peu plus amicale et on considère de ce fait un peu plus le résident. A l'hôpital si on considère le patient, mais c'est pas tout à fait pareil. On a un certain détachement à l'hôpital qu'on ne retrouve pas ici, enfin peut être un peu moins. »</p> <p>L107-109 : « A propos de la relation, la relation c'est à double tranchant. Je réfléchis toujours à comment on se place dans cette relation. Comment on va se placer et ce que je dis au patient, ce que je lui renvoie, ce que je vais lui apporter. »</p> <p>L110-111 : «La relation il faut vraiment l'étudier sous des angles différents et on en fera ce qu'on en fera. »</p> <p>L116-121 : « On a pas besoin de réfléchir on a une relation plus ou moins ... on a une relation différente d'un résident à un autre. Le lieu de vie permet d'apprendre à connaître les résidents, donc on peut au premier abord avoir une idée d'un résident, sans parler de sa pathologie, mais de la personnalité du résident et ça sa reste, parce que le résident n'est pas une pathologie mais une personne mais on a une idée de sa personnalité au départ qui au fil du temps va se modifier. »</p>
--	---	--

	<p style="text-align: center;">Anna :</p> <p>Le soignant s'adapte aux résidents, mais il y a-t-il la place pour que le résident s'adapte au soignant.</p> <p>Relation qui se crée au bout d'un certain nombre d'années, par la connaissance du résident.</p> <p>Relation qui est quand même différente à des relations de soins classiques.</p>	<p>L72-73: « c'est toi qui t'adapte à eux..parce qu'il faut sans cesse apprendre à les connaître, savoir poser des cadres à ceux qui ont besoin de cadre. »</p> <p>L :74-76 : « tu les connais tellement bien qu'il y a quand même une relation, je veux pas dire « affective » mais quand tu connais bien les personnes tu arrives mieux à les appréhender et.. a t'occuper d'eux, à prendre soin d'eux. »</p> <p>L76-79 : « Après c'est spécial... c'est pas comparable à un hôpital ou à un EHPAD c'est comparable à rien. Et même chaque unité, parce que ici il y a trois unités mais je veux dire, je me comporte pas pareil dans l'unité des autistes qui ici, ou que dans la troisième unité. »</p>
	<p style="text-align: center;">Carole :</p> <p>La relation de soins avec les patients vulnérables est différentes d'une relation de soin classique.</p>	<p>L82-88 : « je pense qu'on est plus dans le... je sais pas comment dire... mais je sais qu'on ne leur parle pas pareil que à un patient lambda, il y a plus de mots.. pas mignon je ne veux pas le dire comme ça...mais je sais que moi avec ces patients par exemple certains je vais les appeler « chef », vous voyez pour être un peu dans une relation ... pas amicale... je ne sais pas comment le dire ... dans une relation plus cool quoi.. pour dédramatiser un peu le côté soin, le côté blouse blanche vous voyez comme si c'était un monsieur à qui parlais ailleurs que dans le monde du soin... »</p> <p>L92-97 : « c'est peut-être pas bien de le faire mais l'appeler par son prénom je trouve que ça a beaucoup d'avantages...par exemple moi un patient si je l'appelle Michel ou alors</p>

		<p>Monsieur X il va beaucoup plus réagir à son prénom mais du coup... c'est pas possible de le faire avec des patients cognitivement normaux parce que ça ne serait pas acceptable. Mais avec ces patients oui je prends ce droit puisqu'il me facilite la communication avec eux et que j'espère ainsi les aider à me faire plus confiance. »</p>
	<p>Aurore :</p> <p>La relation de soin est différente avec les patients vulnérables, prise en compte de l'état du patient.</p> <p>Il est important selon elle d'individualiser la relation de soin en fonction de la personne qu'on a face à nous.</p>	<p>L50-51 : « on avait toute une communication avec lui à le tutoyer à l'appeler par son prénom et tout parce que c'était un... un autiste d'une vingtaine d'années, il avait 20/30 ans »</p> <p>L114-119 : «En fait normalement la relation soignant soigné devrait être différente à chaque personne, elle est individuelle enfin individualisée elle devrait être individualisée parce que sinon c'est pareil je trouve qu'on est pas bon soignant que tu passes d'un monsieur A à madame C et que tu ...je ne sais pas que tu te présentes exactement de la même manière tu dis bonjour de la même manière tu fais le soin de la même manière au revoir la même... enfin c'est pas possible normalement sinon le côté humain voilà. »</p> <p>L119-120 : « justement enfin on a on a cette richesse dans notre métier de pouvoir s'adapter à la personne qu'on a en face de nous. »</p> <p>L121-123 : « je t'ai évoqué c'était des relations soignants soignés particulières mais je dirais pas qu'ils sont plus que d'autres en soins généraux parce que.. enfin il faut toujours qu'on s'adapte faut toujours qu'on s'adapte à la personne au niveau soins physiques »</p> <p>L124-126 : «quand tu rentres en communication tu essayes ... enfin t'as des trucs qui qui t'as</p>

	<p>Selon elle il est important de se servir de ce qu'on sait du patient, de nos capacités d'adaptation pour faciliter la prise en soin du patient.</p>	<p>comme des alertes-là qui se mettent en route ou tu essayes un peu « ouais la personne faut pas que je lui parle de ça » « la personne je vais tenter par-là » »</p> <p>L129-130 : « je pense que ça se fait à force de manière naturelle tu vas tu vas savoir sur quel terrain il faut que tu ailles avec tel ou tel patient »</p> <p>L137-143 : « je pense que voilà la relation soignant soigné elle est individualisé tout le temps, en tout cas elle devrait, elle... il faut-il faut tendre à ça et donc pour moi t'as pas plus en psy qu'en général ...parce que si on avait le temps en général comme on a encore un peu le temps en psy je dis un peu parce que ça devient de plus en plus compliqué et ben on devrait tout le temps voilà tendre à ce que ce soit de la même manière que la personne soignée... qu'elle soit en service général ou en service psy qu'elle soit soigné de la même manière et que donc cette relation soit induite de la même manière. »</p> <p>L146-149 : « tu te dois de jouer comme... enfin tu te dois de... d'être dans la communication verbale ou non verbale d'être de happer des petits trucs à force tu as des petites alertes qui se mettent en route « tiens là je peux parler de ça, là non faut pas que je fasse ça » »</p> <p>L149-153 : « c'est comme ça que tu peux amener le patient accepter le soin à accepter la prise en charge qui est lourde qui suivant ce qui subit et tout et... et à faire que bah tu lui apporte quelque chose pour qu'à terme ça aille mieux et que...c'est vachement subjectif...et puis dés fois on se plante et puis des fois ça marche pas.. et puis euh ...mais heureusement</p>
--	--	---

		souvent ça marche quand même c'est ça qui est chouette oui c'est une petite victoire. »
	<p>Pauline :</p> <p>Relation de soin qui peut avoir lieu sur le long terme.</p> <p>Relation de soin qui impose la relation de confiance.</p> <p>La connaissance qu'on a de quelqu'un ne doit boucher toutes les possibilités de voir qui elle est aujourd'hui, à cet instant.</p>	<p>L99-101 : « il faut dire que c'est une patiente qui n'est pas nouvellement arrivé et je la connais depuis le début où j'ai commencé à l'hôpital de jour nous avons une relation ancienne ensemble »</p> <p>L103-104 : « dans quelque chose ou on a un passif ensemble un passé un... et c'est pas rien non plus »</p> <p>L160-161 : « elle a pu me dire plus tard dans la séance mais vous savez ça me permet d'échanger avec vous d'avoir votre avis »</p> <p>L 164 : « elle me dit « mais ça vient m'aider »</p> <p>L173-174 : « quand elle est en confiance et ça...ça grâce à la confiance que je peux le dire après plusieurs années de soin de suivi où elle a commencé à pouvoir évoquer le délire »</p> <p>L183-185 : « :De toute manière je ne peux pas faire comme si je la connaissais pas, oui c'est là mais c'est comment peut être ne je vais réussir aussi à pas me coincer avec ce que je sais d'elle d'avant oui pour pouvoir aujourd'hui la regarder telle qu'elle est maintenant. »</p> <p>L185-188 : « c'est parfois un piège on peut avoir le sentiment de connaître les gens et ça c'est le pire qui puisse m'arriver et lui arriver si je la connais, qu'est-ce que j'ai à découvrir</p>

	<p>Il faut selon elle être congruent dans notre manière d'être et de penser. Être authentique sinon la relation ne peut pas tenir.</p>	<p>qu'est-ce que je vais pouvoir entendre de qui elle est aujourd'hui, de comment elle a évolué, de ce qui se passe pour elle... »</p> <p>L189-194 : « A la fois j'ai cette connaissance là mais il faut aussi faire cet exercice-là de se débarrasser presque de cette connaissance là... parce que aujourd'hui elle a vécu des choses différentes...elle vient raconter probablement autre chose ou j'en sais rien... mais en tout cas ce sera à moi de le découvrir et il faut encore que je me laisse la possibilité. Si je crois que je la connais parce qu'on a une relation antérieure parce que y a eu des événements, je suis foutu... »</p> <p>L215-222 : « ce qui est essentiel aussi, c'est...c'est...c'est cette espèce de sincérité, les patients vont être très sensible, t'es honnête t'es pas honnête, tu vois ils ont alors je sais pas comment nommer ça mais bien un espèce de 6e sens une espèce de sensibilité, peut être particulière qui font que de toute manière si tu dis blanc alors que tu penses noir, tu vas pas pouvoir jouer longtemps forcément à un moment donné et ben il vient non plus s'adresser à toi il faut autre chose, ils font autrement mais il y a quelque chose de la qualité du lien où il faut être aussi dans une authenticité... sincérité. »</p> <p>L225-228 : « alors oui c'est important que je recueille ses propos que je sache si un truc va pas mais après une fois que j'ai fait ce boulot-là ,de vérifier qu'elle est pas en danger que machin... il s'agit aussi que je lui dise là où j'en suis moi. »</p> <p>L230-231 : « . De lui dire la tel que tu me vois je vais pas pouvoir être disponible dans mon</p>
--	--	--

	<p>Annnonce à différer selon l'importance et la gravité de l'information à annoncer.</p>	<p>écoute et c'est pas pour m'excuser on a pas à s'excuser c'est juste que voilà. »</p> <p>L233-235 : « c'est border, amener du différentiel elle pourrait râler elle pourrait... mais voilà c'est comment on va dire notre vérité à nous aussi... notre... parce que ça c'est clair pour quelqu'un. »</p> <p>L243-244 : « . C'est comment tu vas dans le lien...dire vrai et il y a une nécessité d'authenticité »</p> <p>L257-258 : « Je pense que ça peut être bon de différer... alors ça dépend quel type d'annonce voir de quoi il s'agit et quand tu m'as dit annonce moi j'ai pensé à la question de la mort par exemple »</p> <p>L 260-261 : « Alors c'est qui doit le faire à quel moment, avec la question de comment tu l'annonce. »</p> <p>L267-270 : «la mort de quelqu'un à la fois il faut le penser... de voir un peu ce qui est le mieux pour qui, comment prendre en compte la situation dans laquelle ça se passe mais il s'agit aussi de le dire suffisamment tôt pour qu'il puisse se positionner »</p> <p>L271-272 : « mais de toute manière c'est la vie et les exclure de ça me paraît un drame »</p>
<p>Le care :</p>	<p>Fabien :</p> <p>Prend en compte l'angoisse que peut avoir le</p>	<p>L98-104 : «on pourrait aussi lui dire « oui » car cette question est peut-être une angoisse,</p>

	<p>résident et va donc moduler sa réponse en fonction .</p> <p>Prise en compte de qui est la personne, dans quel état elle se trouve.</p>	<p>peut que derrière la question « est-ce que je vais sortir la semaine prochaine » il y a une autre angoisse, comme le fait de est ce qu'il sera toujours là, la semaine prochaine, de est-ce que quelqu'un viendra le voir la semaine prochaine, est-ce que tu seras toi là, la semaine prochaine ect... Donc peut être que ces questions sont teintés d'une certaine angoisse, que peut le fait d'entendre « non pas la semaine prochaine », l'angoisse est alimenté. »</p> <p>L114-115 : «en fonction de l'environnement, du moment et aussi de la personnalité, je veux dire, que ici les résidents n'ont pas la même relation d'un soignant à un autre. »</p>
	<p>Anna :</p> <p>Modérer les angoisses et prise en compta par la soignante de qui est réellement le patient.</p>	<p>L59-61 : « Ce n'est pas bénéfique pour eux puisqu'ils n'ont pas la capacité de comprendre. Après bien évidemment leur expliquer si ils ont un examen à passer.. une sortie à faire.. oui il faut. »</p> <p>L86-87: «c'est de prendre en compte... les capacités intellectuelles des résidents avant d'annoncer.. quelque chose. »</p> <p>L87-90 : « Il faut prendre en compte que certains résidents comprennent très bien les choses et peuvent... avoir de grosses angoisses et qu'au contraire.. certains autres résidents ne comprendront pas du tout.. il faut vraiment faire en fonction du résident. »</p>
	<p>Carole :</p> <p> limiter les angoisses et ne pas forcément tous dire</p>	<p>L99-100 : « je pense qu'il est surtout...important de prendre en compte l'état du patient pour</p>

	<p>aux patients.</p>	<p>savoir ce qu'il est bon ou pas de dire. »</p> <p>L101-103 : « je ne pense pas qu'il était vraiment utile de lui dire la réalité des choses, puisqu'il est dans un tel état d'angoisse que ... j'ai pas envie de l'angoisser plus quoi. Donc l'état du patient est vraiment important. »</p>
	<p>Aurore :</p> <p>Amène l'importance de réfléchir à ce qui est le mieux pour le patient avec la prise en compte de l'état global du patient.</p>	<p>L72-74 : « il s'est pas senti inquiéter de quoi que ce soit il a pas eu peur il a pas ... nous on n'a pas eu à être... c'est pas agressif mais on n'a pas eu à être physiquement imposant »</p> <p>L131-135 : « tu vas jouer sur le fait « Ah mais vous êtes un papy et tout vous avez des petits enfants alors ils ont quel âge, ah il y en a un qui fait du foot et tout bah dis donc ça serait chouette quand même si le papy il pouvait faire du foot et tout donc faudrait peut-être aller à la séance de kiné » et et tu joues toujours de ce truc-là »</p>
	<p>Pauline :</p> <p>S'adapter en prenant en compte l'état du patient au moment présent. Il ne faut pas se fier à ce qu'il était.</p>	<p>L247-253 : « Tu vas... je vais aussi m'adapter à sa capacité là au téléphone, elle était alcoolisée, j'entends que sa voix est complètement... je ne peux pas faire comme si j'avais pas cette information-là, quelqu'un qui avec une anxiété de dingue et qui arrive dans le bureau « Pauline je peux vous parler » même si j'ai des choses importantes à lui dire parce que je sais pas quoi voilà je vais d'abord prendre le temps de l'accueillir lorsqu'il est là, à l'instant c'est... c'est en ça que il va falloir adapter il y a des moments pour pouvoir dire et d'autres où c'est pas le moment-là. »</p>

		<p>L254 : « si on peut prendre le temps de réfléchir et de penser »</p> <p>L272-274 : «Par contre on le fait pas dans n'importe quelles conditions, il faut réfléchir tu... tu penses le truc et tu vois est ce que c'est mieux est ce que voilà c'est important pour qui... comment faudrait que tu parles de ça.. »</p>
--	--	---

Annexe 4 : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée RIBA Aline

Promotion :2019-2022

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

La **Bienveillance** du **Mensonge**

.....

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 16/05/22..... Signature :

Résumé :

La Bienveillance du Mensonge :

Bien que le mensonge soit un sujet controversé de société et qui peut aller à l'encontre de nos valeurs humaines il arrive qu'il soit utilisé dans le soin. Il est alors important de se questionner sur son retentissement auprès des soignants et des soignés. Ce mémoire répond à la question suivante : en quoi l'utilisation du mensonge avec des patients vulnérables peut-elle avoir un impact sur la relation soignant-soigné ? J'ai articulé mes lectures autour du mensonge, de la vulnérabilité et de la relation soignant/soigné. Je me suis basé sur la méthode clinique avec des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers diplômés d'état travaillant en lieux de vie, ou en psychiatrie. A la suite de ces entretiens j'ai réalisé une analyse croisée pour comparer les points de vues des différents soignants. Les résultats de cette analyse ont démontré que le mensonge est effectivement utilisé dans le soin mais dans la plupart des cas dans une visée bienveillante pour préserver le patient, les soignants considèrent qu'ils ont une relation de soin particulière avec des patients vulnérables de manière chronique, enfin pour la plupart ils nous ont démontré l'importance du « prendre soin » dans la relation soignant-soigné.

Mots clés : Mensonge, Vulnérabilité, Relation soignant/soigné, Affectivité, Vérité

Nombre de mots : 194

Abstract :

A goodwill to lie :

Although lies are a controversial subject in society and can go against our human values, they're sometimes used in the world of care. It is therefore important to question its impact on the carer and the patient. This dissertation answers the following question : How can the use of lies with vulnerable patients have an impact on the relationship between the carer and the patient ? I choose my readings around lying, vulnerability and the relationship between the carer and the patient. I based myself on the clinical method with semi-directional interviews with nurses working in life support, or in psychiatry. After the following interviews, I carried out a cross-analysis to compare the points of view of the different caregivers. The results of this analysis have shown that lying is actually used in care, but in most cases for the kindway of preserving the patient, the caregivers consider that they have a special care relationship with chronically vulnerable patients, and for the most part they have shown us the importance of "taking care" in the relationship between the carer and the patient.

Keywords: Lie, Vulnerability, The relationship between the carer and the patient, Affectivity, Truth.

Number of words :182