

Consens-tu ?

Les enjeux du consentement et de l'autonomie pour la relation soignant-soigné

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 23 mai 2022

Directeur de mémoire : Marie DELAHAIE

Note aux lecteurs et lectrices :

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

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier Marie Delahaie, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagné durant tout ce travail. Merci pour vos conseils, pour votre patience, pour vos encouragements, pour votre soutien tout simplement.

Je voudrais ensuite dire un grand merci à Auriane et Aurélie, mes camarades qui sont devenues mes amies. Merci pour tous les bons moments que nous avons pu passer ensemble, pour les joies, les rires, les moments de doutes. Sans vous je n'aurais certainement pas vécu ma formation de la même manière.

Merci Manu d'avoir été mon binôme d'aventure. Notre voyage à Madagascar sera à jamais gravé dans ma mémoire et dans mon cœur. Les galères, les fous rires, les rencontres, merci de m'avoir permis de vivre tout ça.

Merci également à l'ensemble de mon groupe de TD. Merci les filles pour cette si bonne ambiance. Nous avons toujours été soudées malgré les épreuves de notre cher et tendre Covid, et c'est grâce à vous que je me suis accrochée dans cette formation. Mention spéciale pour Virginie, Vanessa et Laury qui savent désormais qui est Freud.

Merci à l'ensemble du corps pédagogique du GIPES d'Avignon. Merci à Mme Gevaudan, ma référente pédagogique, qui a toujours été présente et avec qui nous avons bien rigolé pendant les TD-karaoké.

Enfin, un immense merci à toute ma famille, qui m'a toujours soutenu dans mes choix. Merci maman d'avoir été l'oreille attentive quand je rentrais de stage. Merci papa de m'avoir toujours encouragée, d'avoir écouté aussi (même si tu as une légère tendance à l'hypocondrie). Merci juju d'être toi tout simplement. Merci à vous mes grands-parents adorés d'être d'un soutien indéfectible. Merci Miloche, la première infirmière de la famille, tu as su me motiver. Merci à tous ceux que je n'ai pas cité mais qui ont aussi été là pour moi.

Merci à tous ceux qui m'ont accompagné de près ou de loin durant ces trois années de formation.

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>Situations d'appel</u>	<u>2</u>
2.1	Description de la première situation	2
2.2	Description de la deuxième situation	3
2.3	Questionnement	5
<u>3</u>	<u>Question de départ</u>	<u>8</u>
<u>4</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>9</u>
4.1	Le consentement	9
4.1.1	Cadre législatif	9
4.1.2	Définition	10
4.1.3	L'expression de la dignité	11
4.1.4	Quel consentement pour les personnes vulnérables ?	12
4.2	L'autonomie	14
4.2.1	Définition	14
4.2.2	Autonomie et dépendance	15
4.2.3	La question de l'identité	16
4.2.4	Autonomie et liberté	17
4.3	La relation soignant-soigné	18
4.3.1	Définition	18
4.3.2	La relation d'aide thérapeutique	19
4.3.3	L'écoute au cœur de la relation	20
4.3.4	Une question de confiance	21
4.3.5	La place de la parole	22
4.4	Synthèse du cadre de référence	23
<u>5</u>	<u>Enquête exploratoire</u>	<u>24</u>
5.1	Outil utilisé	24
5.2	Population choisie	25
5.3	Lieu d'investigation	25
5.4	Guide de l'outil	26
5.5	Analyse	27
5.5.1	Entretien par entretien	27
5.5.2	Question par question	34
5.6	Synthèse de l'enquête exploratoire	39
5.7	Limites de l'enquête	40
<u>6</u>	<u>Problématique</u>	<u>41</u>
<u>7</u>	<u>Question de recherche</u>	<u>42</u>
<u>8</u>	<u>Conclusion</u>	<u>42</u>
<u>9</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>44</u>
<u>10</u>	<u>Table des annexes</u>	<u>47</u>

1 Introduction

Avant d'entrer en Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'avais une vision très idéaliste du métier. Les réalités auxquelles j'ai fait face lors de mes stages ont quelque peu modifié ma perception des choses. Je me suis souvent interrogée sur la qualité de la relation soignant-soigné que je nouais avec les patients. Lorsqu'on est étudiant, il est évident que nous avons une position qui nous permet de prendre plus de temps pour les patients, à l'inverse des professionnels qui doivent respecter des contraintes organisationnelles. Ayant un projet professionnel s'orientant vers la psychiatrie, j'ai toujours mis à profit ce temps-là car la relation soignant-soigné est essentielle à mes yeux. Toutefois, j'ai été plusieurs fois confrontée à des situations où certains droits fondamentaux du patient n'étaient pas respectés, mettant ainsi à mal la relation instaurée. J'ai pu observer que la relation avec le patient est facilitée lorsque celui-ci est autonome, qu'il consent parfaitement aux soins, qu'il ne pose pas trop de questions et a une confiance absolue en l'équipe soignante. En revanche, elle se complique lorsqu'il y a un problème de compréhension, de communication avec le patient ou lorsque celui-ci refuse les soins. Ce sont autant de constatations qui m'ont amené à remettre en question la place et l'importance de la qualité de la relation entre soignant et soigné.

Pour effectuer ce travail de réflexion, je vais tout d'abord vous présenter deux situations que j'ai vécu en stage et qui font écho à cette problématique. Cela va me permettre de dégager une question de départ qui guidera ce travail. Par la suite, je vous présenterai mon enquête exploratoire, dans laquelle j'ai pu recueillir les témoignages des professionnels de santé. Enfin, à l'aide d'une synthèse des résultats obtenus, je vous exposerai un nouveau questionnement découlant de la réflexion menée tout au long de ce travail.

2 Situations d'appel

2.1 Description de la première situation

Ma première situation d'appel s'est déroulée lors de ma première semaine de stage au semestre 3 dans une Unité de Soins Longue Durée (USLD) dans un centre hospitalier. C'est un service qui accueille 30 patients, âgés de 60 à 102 ans. Certains sont dans le service en attente d'un placement dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) mais d'autres sont ici depuis déjà des années.

Parmi les patients, la doyenne a 102 ans. Ancienne infirmière, elle est dynamique et a beaucoup de caractère. Elle n'hésite pas à dire à l'équipe soignante ce qu'elle veut et ce qu'elle pense. Elle est autonome pour tous les actes de la vie quotidienne et ne sollicite notre aide que pour laver son dos. Avec les autres patients, elle reste à l'écart et ne communique pas beaucoup avec eux. Dans l'ensemble elle est cohérente, bien qu'elle présente quelques troubles cognitifs lorsqu'on parle avec elle de son passé. Parfois, elle nous parle de sa fille décédée et pense que celle-ci va venir lui rendre visite.

Un mois avant mon arrivée en stage, cette patiente a chuté dans la salle de bain et s'est fracturée le col du fémur gauche. Elle a subi une opération où on lui a posé une prothèse totale de hanche. La plaie a été refermée par des agrafes. Depuis cette chute elle rencontre des difficultés pour se déplacer et nécessite désormais notre aide pour réaliser la totalité de ses soins d'hygiène.

Le jour de ma situation, nous devons réaliser l'ablation des agrafes de la plaie chirurgicale de la patiente. La veille, nous avons prévenu la patiente et elle n'a manifesté aucune objection. Il est alors 11 heures lorsque je me dirige vers sa chambre avec l'infirmière. La patiente se trouve dans une chambre double, mais sa voisine est absente car elle est chez le kinésithérapeute. Nous lui rappelons que nous allons effectuer un soin et nous l'installons correctement. Jusqu'ici, la patiente est calme, elle ne semble pas s'opposer au soin. Le téléphone sonne et l'infirmière qui m'accompagne décroche et me dit de commencer à retirer le pansement. Je m'exécute. C'est alors que la patiente commence à gémir et à crier qu'elle a mal. L'infirmière me fait signe de ne pas faire attention et de continuer, ce que je fais. Je prends mon temps et m'applique pour que cela ne soit pas douloureux. L'infirmière raccroche et me guide pour l'ablation des agrafes. La patiente se plaint toujours et l'infirmière essaie de la rassurer. Je ne dis rien car je suis perturbée par les plaintes de la patiente donc j'essaie à ce moment-là de me concentrer sur l'acte

que je suis en train de réaliser. Je finis et la patiente déclare alors : « *Je veux mourir* ». L'infirmière lui répond : « *Mais non ! Ne dites pas des choses pareilles !* ». La patiente se tourne vers moi, me regarde avec les larmes aux yeux et renchérit : « *Vous êtes jeune encore, moi on me fait des misères alors que j'ai mal ! Qu'on me laisse mourir !* ». Je la regarde mais ne sais pas quoi répondre face à cette déclaration. L'infirmière lui répète « *qu'elle ne doit pas dire des choses comme ça, que c'est beau de vivre jusqu'à cet âge ci* ».

Depuis ce jour, la patiente se montre dans le refus de soin. Elle refuse toute aide à la toilette et se débat lorsque nous essayons malgré tout. Elle ne veut pas non plus prendre ses traitements et ne se rend plus chez le kinésithérapeute qu'elle qualifie « *d'inutile et d'incompétent* ». Elle répète chaque jour qu'elle souhaite mourir, qu'elle a en marre de voir ses proches partir les uns après les autres. Elle dit qu'elle a eu une belle vie mais que maintenant elle n'en veut plus, elle souhaite simplement partir en paix. Cependant, elle se plaint que l'équipe soignante ne l'écoute pas, elle voudrait qu'on ne la touche plus, qu'on ne la nourrisse plus et qu'on ne lui donne plus ses traitements pour qu'elle puisse enfin mourir. Lorsque je questionne l'équipe sur le comportement à adopter vis-à-vis de cette patiente, ils me disent de ne pas faire attention, que ce n'est qu'une phase par laquelle elle doit passer pour « *faire le deuil de son autonomie* ».

2.2 Description de la deuxième situation

Ma deuxième situation d'appel s'est déroulée lors de mon stage en clinique psychiatrique au semestre 4. Cette clinique accueille jusqu'à 130 patients répartis dans quatre services définis selon les niveaux de l'établissement. Il y a six psychiatres dans la clinique affectés deux par deux à un niveau. Ainsi chaque patient admis est hospitalisé dans le service de son psychiatre référent.

Certains psychiatres ont une spécialité, comme notamment la prise en charge des addictions, le syndrome d'épuisement professionnel, les névroses obsessionnelles, les troubles de l'humeur, etc... Les patients admis à la clinique souffrent majoritairement de troubles de l'humeur, que cela soit dans un contexte de troubles bipolaires ou non, de syndromes d'épuisement professionnel et d'addictions. Les patients atteints de névroses et de psychoses sont également pris en charge, de même pour les patients avec des troubles de la personnalité ou diagnostiqués état limite.

J'ai passé mes huit semaines de stage au niveau 1, où les trois quarts des patients étaient hospitalisés pour trouble dépressif majeur, avec pour la plupart un trouble anxieux généralisé associé. Lors de ma troisième semaine de stage, j'ai pu faire l'entrée d'un patient schizophrène. Ce patient, âgé de 38 ans, était bien connu du service puisqu'il faisait environ deux séjours par an dans la clinique. Sa pathologie a été découverte lorsqu'il avait 19 ans. Son traitement est stabilisé depuis plusieurs années et, selon l'équipe, ce patient fait ces deux séjours annuels pour qu'il puisse se reposer, tout comme ses parents qui s'occupent de lui le reste du temps. En effet, il vit dans une dépendance transformée en petit appartement dans leur maison. Le patient n'a pas de travail mais s'adonne à de nombreux loisirs, notamment la pêche et le tir à l'arc, sport dans lequel il a obtenu plusieurs médailles d'or à des concours nationaux réservés aux personnes handicapées.

Lors de son hospitalisation, le traitement n'est pas revu mais le patient est invité à participer aux différentes activités proposées à la clinique. Dès son arrivée, il décrit des hallucinations auditives très envahissantes. Les voix qu'il entend lui donnent des ordres, auxquels il répond ou non, ce qui est une grande source d'angoisse pour lui. En effet, le patient se déplace plusieurs fois par jour à l'infirmerie avec un besoin de réassurance constant. À plusieurs reprises, avant la fin de mon service, il m'attendait à l'entrée de la porte réservée au personnel pour accéder aux vestiaires pour me demander de lui répéter que tout irait bien et que les voix ne l'embêteraient plus.

J'ai pu constater de nombreuses fois que, lorsqu'il venait solliciter l'équipe soignante quand ses hallucinations étaient trop importantes, la réponse des différents soignants était : « *Allez faire un tour dans le jardin, ça vous changera les idées et vous ne vous concentrerez plus sur les voix* ». Un après-midi, alors que j'étais seule en entretien avec ce patient, une infirmière est rentrée dans l'infirmerie où nous nous trouvions. Il me sollicitait encore une fois pour ses hallucinations et l'infirmière lui a demandé de sortir en prétextant que nous avions du travail et en lui faisant le discours habituel relatif au tour dans le parc de la clinique. Quand il eut quitté la pièce, elle me dit « *Ne t'embête pas trop Chloé, je sais que tu veux l'aider mais c'est un chronique et c'est toujours la même histoire, si tu commences tu ne t'arrêtes jamais avec lui !* ».

2.3 Questionnement

Ces deux situations m'amènent à réfléchir à plusieurs concepts. Dans un premier temps, j'aimerais interroger la place du consentement dans la prise en charge d'un patient, en lien avec ma première situation d'appel. Un soin efficace est un soin consenti, un soin désiré par le patient qui agit pour sa santé et un soin réalisé par un soignant à l'écoute de ce dernier. En effet, consentir signifie ne pas empêcher une chose de se faire, soit approuver, autoriser, permettre. Or, cette patiente n'approuve pas les soins qui lui sont prodigués. Ainsi, l'équipe soignante va à l'encontre de ce qu'autorise la patiente et par conséquent, ne recherche pas le consentement de celle-ci. Cependant, le consentement doit-il toujours être recherché, même si le patient se montre dans le refus de soin car il souhaite mourir ? Le soignant n'est-il pas dans l'obligation de respecter la liberté du patient, ses croyances, ses choix, ses demandes, même s'il les juge contraires à la raison ? Selon Mill, personne ne peut contraindre ou obliger autrui à faire ou agir différemment sous prétexte que cela serait meilleur pour lui.

Par ailleurs, la notion de consentement peut s'associer directement avec le principe d'autonomie. En effet, dans le cadre de la bioéthique, chaque principe expliqué par Childress et Beauchamp (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice) est lié à une ou plusieurs règles d'application. Le consentement semble être relié directement au principe d'autonomie. L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Mais comment savoir si la patiente est réellement en état de prendre une décision concernant sa santé ? La vieillesse amène avec elle naturellement confusion et perte de mémoire. Il est ainsi aisé de remettre en cause la capacité de discernement d'une personne âgée. Or, la manifestation de l'autonomie dans le consentement se fait principalement par l'utilisation de la première personne. Seulement, comment prendre au sérieux la parole de quelqu'un si l'on doute qu'elle exprime son « *je* » ? Quelle valeur donnons-nous à ce qu'elle veut nous exprimer ? Dans cette situation, devons-nous remettre en cause l'autonomie des personnes âgées ?

Les personnes atteintes de troubles cognitifs ont leurs fonctions intellectuelles altérées, telles que la mémoire, le raisonnement, l'orientation dans l'espace et dans le temps ou encore

l'exécution de certains gestes. Il résulte de ces troubles cognitifs des difficultés pour opérer des choix et réaliser seul des activités de la vie quotidienne. Il semble a priori légitime de penser qu'une personne atteinte de ces troubles est dans l'incapacité d'exprimer son consentement puisque, bien qu'elle s'exprime à la première personne, son raisonnement est altéré. Cependant il persiste pendant longtemps des capacités qui permettent aux malades atteints de démences de garder un certain degré d'autonomie. En effet, même à un stade avancé de la maladie, ils conservent des capacités cognitives (et notamment d'apprentissage) mais aussi des envies, des préférences et des centres d'intérêt. Alors pourquoi penser que rechercher un consentement libre et éclairé chez les personnes atteintes de troubles cognitifs est non seulement vain mais peu légitime ?

Fabrice Gzil, responsable du Pôle Réseaux de l'Espace éthique/IDF et Florence Latour, gériatre dans le groupe hospitalier AP-HP, ont publié un article dans lequel ils démontrent qu'il est tout à fait possible et notamment nécessaire de respecter l'autonomie des personnes atteintes de ces troubles. En effet, bien qu'on puisse s'interroger sur la qualité du consentement qui est donné, principalement car il n'est pas rare que les préférences exprimées semblent aller contre leurs intérêts, leurs valeurs et que ce sont des personnes particulièrement fragiles et vulnérables, respecter l'autonomie des personnes atteintes de démences est nécessaire si l'on veut respecter la dignité de ces personnes. Un mauvais score au Mini Mental Test (MMS), un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou encore une mesure de protection juridique ne signifie pas toujours que la personne a perdu la compétence de prendre des décisions. « *La capacité décisionnelle est une capacité relative, qui dépend de la nature et de la complexité des décisions* » (Gzil & Latour, 2013). Les personnes atteintes conservent assez longtemps la capacité de décider pour un certain nombre de choses. Fabrice Gzil et Florence Latour s'accordent pour dire que « *de même que l'on accorde aux personnes mises en examen une présomption d'innocence, il faudrait accorder aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer une présomption de compétence* » (Gzil & Latour, 2013).

Le respect de l'autonomie s'applique également pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. En psychiatrie, l'atteinte des capacités de discernement, à cause du délire par exemple, rend les patients extrêmement vulnérables. L'autonomie du patient est très souvent relativisée par la maladie mentale et des capacités de discernement amoindries. De ce fait, le consentement du patient en psychiatrie n'est pas toujours recherché, car estimé inutile en raison d'un jugement parfois altéré.

Le consentement peut aussi être abordé selon l'expression de la dignité. Si le patient est objectivé et considéré comme maladie plutôt que malade, il peut alors être privé de sa capacité de consentement. Or subjectiver le malade c'est reconnaître sa dignité d'être humain. Respecter la liberté du patient revient à le respecter dans sa dignité. Il s'agit ainsi de légitimer sa capacité à consentir ou à refuser. Dans ces deux situations, il semble intéressant d'interroger la place accordée à la dignité des patients dans leur prise en soin. Emmanuel Kant explique ce principe fondamental par le fait que tout objet du besoin ou du désir a un prix et peut être remplacé par quelque chose d'équivalent. Ce n'est pas le cas pour une personne car celle-ci n'a pas de prix, elle a une dignité. De ce fait, respecter la dignité d'un homme revient à lui donner une place au sein de l'humanité. À contrario, traiter une personne comme une chose relève de la déshumanisation. Seulement, n'est-ce pas le principe même du soin que de chercher à préserver l'humanité du soigné ?

Enfin, j'aimerais conclure mon questionnement en interrogeant la place de la parole du soigné dans sa prise en charge. Dans la pratique médicale actuelle, les diagnostics sont faits, annoncés mais pour autant les répercussions qu'ils ont dans la vie des patients ne font pas l'objet d'une réflexion clinique suffisante. Très souvent, l'écoute de la souffrance vécue par les malades est minimisée au profit de l'identification de la pathologie. Comme l'indique l'expression, les patients doivent apprendre à « *souffrir en silence* ». La souffrance ne désigne pas une maladie car celui qui souffre n'est pas considéré comme malade. Cela pourrait expliquer pourquoi la plupart du personnel soignant n'est pas préparé à comprendre la souffrance psychique des patients, car en formation on apprend à soigner des maladies. Cependant, le silence vient perturber la vie du malade. En effet, la souffrance mentale réclame de l'attention car intérioriser la souffrance favorise l'anxiété et a de nombreuses conséquences, notamment sociales. Il faut toutefois noter que la souffrance psychique n'est pas facile à exprimer, ce qui limite les échanges constructifs. Dans le monde du soin, le manque de temps et de moyens contraint les soignants à n'accorder que très peu de temps à l'écoute des patients. Ceux-ci ne faisant généralement que des plaintes répétitives, le personnel médical n'essaie pas d'en apprendre davantage. Or, faute d'extériorisation, la souffrance mentale peut finir par se manifester par des violences physiques, comme on peut le constater chez des personnes psychotiques. C'est pour cela que la parole du patient doit pouvoir le libérer de sa souffrance.

De plus, l'accès à la parole permet une singularité qui prend en compte les caractéristiques propres à chaque patient. Pour le personnel soignant, cela demande une volonté et une qualité d'écoute qui permettent un véritable échange. Être en relation implique par ailleurs d'être avec le patient dans la vérité. Il faut essayer de comprendre ce qu'il nous demande. Dans ma première situation, la patiente demande à mourir : est-ce pour ne pas se voir diminuée physiquement ? Est-ce le sentiment d'une immense solitude ? Dans chaque échange, parole et écoute sont intimement liées. Celui qui se propose à entendre la parole de l'autre doit faire l'œuvre d'une attention particulière et ne doit pas être dans le jugement de ce qu'il entend, mais plutôt dans une démarche compréhensive. Quand la parole du patient est libérée et entendue, ce dernier devient acteur de sa maladie et rentre dans une relation de confiance mutuelle avec le soignant. Comme l'explique Freud dans l'une de ses thèses, le mot n'est rien de moins que le substitut de l'acte. Parler c'est commencer à agir. Or comment prendre la parole quand on craint de ne pas être écouté ?

3 Question de départ

Mes situations vécues et le questionnement qui en découle m'amènent à réfléchir à la question suivante :

« En quoi le respect du consentement et de l'autonomie du patient impacte la relation soignant-soigné ? »

4 Cadre de référence

4.1 Le consentement

4.1.1 Cadre législatif

La loi relative au consentement du patient est reprise dans l'Article L1111-4 du Code de la Santé Publique et stipule : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Il est également précisé que : « *Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité* ».

L'Article R4312-14 du Code de Déontologie Infirmier rappelle également que : « *Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'infirmier ne peut intervenir sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. L'infirmier appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé s'efforce, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, l'infirmier donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, l'infirmier en tient compte dans toute la mesure du possible* ».

Le consentement libre et éclairé implique que le médecin, ou tout autre professionnel de santé, est tenu de présenter clairement au patient tous les risques d'une conduite thérapeutique. Le consentement doit être libre, c'est-à-dire sans contraintes, et éclairé, c'est-à-dire précédé d'informations. Le consentement du patient constitue donc tant un droit pour ce dernier qu'une obligation pour le soignant.

4.1.2 Définition

Le mot consentement serait apparu au XII^{ème} siècle et signifierait « *acquiescement à quelque chose* ». Selon le dictionnaire Trésor de la langue française, il est dérivé du verbe consentir et retrouve plusieurs sens. D'un point de vue général, cela correspond à l'action d'accepter qu'une chose se fasse et ne pas l'empêcher de se réaliser. Dans le domaine juridique, il s'agit de donner son accord à un acte légal, soit autoriser. D'après la définition philosophique, le consentement relève de l'acceptation totale et réfléchie d'une valeur reconnue comme vraie ou existante. Au sens de la morale, c'est un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose. On remarque ainsi que le consentement revêt des significations différentes bien que liées entre elles.

Si on étudie plus précisément les différentes définitions du consentement, il semble important de relever que cette notion oscille entre un sens positif « *accepter* » et un sens négatif « *ne pas empêcher* ». Ne pas empêcher, approuver et permettre ne sont manifestement pas des termes synonymes et nous pouvons différencier l'expression de ceux-ci. En effet, l'implication que met un homme dans une action qu'il accepte n'est pas la même que celle qu'il fournit dans une cause qu'il n'empêche pas de se réaliser. Il y a là une distinction à faire entre l'approbation, l'acceptation, l'autorisation ou la permission. La personne qui consent peut se trouver dans différentes postures qui vont donner un sens particulier à l'expression de son consentement. Si elle est dans l'obligation de répondre à une sollicitation, nous pouvons supposer que sa réponse sera plus ou moins passive. En revanche, si elle prend l'initiative d'un acte, elle sera alors dans une posture active. Le consentement permet de ce fait à l'individu d'exprimer son point de vue, de manifester son opinion et ses préférences. Michela Marzano définit l'action de consentir comme le fait de « *pouvoir empêcher que quelqu'un d'autre ne décide à notre place ou nous impose une décision nous concernant.* » (Marzano, 2006, p. 5).

Finalement, si on ne prend pas en compte le consentement de quelqu'un ou qu'on ne le respecte pas, on s'expose au risque d'exercer une forme de violence sur autrui, où on contraint l'autre à faire ce qu'il n'a pas lui-même choisi ou voulu. Ne pas respecter le consentement revêt également une forme d'infantilisation, où on place l'autre au rang d'enfant incapable de définir ce qui est bon ou mauvais pour lui. On prend alors une place de tout puissant, que nous pouvons associer d'un point de vue religieux à l'image de Dieu, un être capable de déterminer ce qui est

bon et ce qui ne l'est pas. Nous exerçons dans ce cas une autorité sur l'autre dont il ne peut s'extraire à cause d'une soumission forcée.

4.1.3 L'expression de la dignité

Comme j'ai pu l'aborder dans mon questionnement, la question du respect du consentement du patient est intimement liée avec le respect de sa dignité en tant qu'homme. Lorsqu'on prend un patient en charge, le but premier du soignant doit être de le considérer en tant qu'homme et non comme objet de soin. Bien sûr, certains soins nous contraignent en un sens à objectiver le malade, car l'acte technique requiert du soignant une concentration et un professionnalisme qui nécessitent de ne voir que la maladie et plus l'humain. Mais en règle générale, la subjectivation du sujet doit être appliquée et ce peu importe la situation. On pourrait associer la subjectivation du patient à l'application directe des soins relationnels. Hervé Menaut explique qu'un soin relationnel met en présence deux personnes : « *Lors d'un soin relationnel, ce ne sont pas deux fonctions ou deux rôles qui se rencontrent : un patient et un soignant. Ce sont deux personnes avec leur histoire, leurs limites, leurs vécus passé et présent... qui se rencontrent et s'engagent dans un contexte particulier* » (Menaut, 2009). Lors d'un soin, il s'agit donc de prendre en charge la personne dans son unicité et sa dignité et non pas le malade, qui serait alors réduit à sa maladie qui prendrait le dessus sur son identité. Prendre soin d'une personne équivaut à la voir dans sa dignité d'être humain : « *L'humanité est, elle-même, une dignité : en effet, l'homme ne peut être utilisé par aucun homme (ni par d'autres, ni même par lui-même) simplement comme moyen, mais doit toujours être traité en même temps comme fin, et c'est en cela que consiste précisément sa dignité* » (Kant, 1993).

La dignité humaine est également intimement liée aux droits de l'homme. Promouvoir le respect de la dignité implique qu'on ait conscience que chaque individu possède une valeur propre en vertu de sa seule condition humaine. Ce rapport entre droit et dignité est encore plus étroit dans le domaine médical, qui touche directement aux droits les plus fondamentaux de la personne humaine, comme le droit à la vie et à l'intégrité physique. Toutefois, bien que la notion de dignité joue un rôle central dans le monde médical, elle reste un principe et non une règle ; elle exprime une valeur fondamentale mais ne détermine pas à elle seule le contenu d'une décision particulière.

La dignité n'est donc pas un droit mais son respect est une obligation. « *La dignité construit, la maladie détruit* » (Azoux Bacrie, 2019). Cette citation sous-tend que le respect de la dignité du patient lui permet de se voir et de se reconstruire en tant qu'homme à part entière, plutôt que de n'avoir de lui qu'une image de malade. On intègre la dignité du patient dans sa prise en soin lorsqu'on lui permet d'exprimer sa liberté individuelle, qui passe par le principe de consentement. Ne pas considérer le consentement du patient est bien souvent une atteinte à sa dignité.

4.1.4 Quel consentement pour les personnes vulnérables ?

Nous pouvons alors nous demander quel consentement existe pour les personnes dites « *vulnérables* ». La relation entre le corps médical et le patient est une relation asymétrique, où le professionnel de santé se trouve en position d'expert face au malade, tributaire d'un état de santé précaire. Ainsi, il apparaît premièrement que toute personne atteinte d'une pathologie soit vulnérable car affaiblie par son affection. En effet, si on étudie la définition donnée dans l'ouvrage *Les concepts en sciences infirmières*, « *la vulnérabilité traduit une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée* » (Formarier & Jovic, 2009, p. 304). La vulnérabilité serait a priori induite par un changement de l'état de santé et toute personne malade serait vulnérable. De ce fait, le respect du consentement semble à première vue indépendant du principe de vulnérabilité.

Cependant, il est courant d'observer que le consentement des patients est moins recherché dans plusieurs pathologies. D'après les textes législatifs, le consentement doit être libre et éclairé, mais certains malades en semblent privés.

Prenons tout d'abord l'exemple des patients atteints de troubles psychiatriques. Le consentement nécessite au préalable une bonne compréhension du patient, qui est capable d'analyser l'information donnée et d'en discuter. Les troubles psychiatriques, par définition, entraînent des troubles psychologiques, caractérisés par divers symptômes comme des troubles du comportement, une altération du cours de la pensée, des rapports aux autres difficiles, etc. Il apparaît alors difficile de recueillir un consentement « *éclairé* », car les patients hospitalisés en psychiatrie peuvent présenter des troubles cognitifs. Il faut également relever qu'une partie des

patients pris en charge en psychiatrie sont soignés sans y avoir consenti, par l'hospitalisation à la demande d'un tiers ou à la demande d'un représentant de l'État.

La Loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, permet des soins sans consentement, en raison d'un risque de trouble à l'ordre public, qui s'appuient sur un programme de soins élaboré par un psychiatre.

Les patients en psychiatrie ne sont pas les seuls à recevoir des soins sans consentement. On retrouve dans la catégorie des patients « *vulnérables* » les personnes âgées et notamment celles atteintes de démences. En effet, la vulnérabilité s'installe lorsque la personne se voit faiblir tant physiquement que psychologiquement. Le grand âge entraîne des défaillances organiques à l'origine de maladies plus ou moins graves. Mais l'avancée dans l'âge symbolise aussi l'arrivée de la mort, avec les craintes que cela soulève.

Très souvent, la personne âgée se voit privée de sa capacité à consentir, car elle est jugée trop « *vieille* », trop « *sénile* » pour être capable de prendre une décision pour elle-même. Ces jugements sont pour la plupart nés de requêtes qualifiées étranges ou encore inacceptables. Cependant, jusqu'où sont définies « *acceptables* » les demandes des patients ?

Dans le cas de ma première situation d'appel, nous sommes face à une dame qui souhaite mourir. Au premier abord, il semble impossible de répondre favorablement, la législation française l'interdisant. Les croyances et principes de chacun peuvent également entrer en contradiction avec cette requête. Quand la patiente s'est rendu compte que nous n'exécuterions pas sa demande, elle a alors refusé tous les soins. La Loi du 2 février 2016 vient compléter celle du 22 avril 2005 et renforce les droits des malades en fin de vie dans les décisions, notamment le droit de refuser un traitement ou encore l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Accepter le refus de soin et lui donner ce droit, revient alors à respecter son consentement. Dans ce cas, les efforts du patient peuvent consister à recueillir le consentement de son médecin à renoncer aux soins qu'il lui destine. En effet, comme l'enseigne Jérôme Pellerin dans un colloque organisé par l'Espace National de Réflexion Éthique sur la Maladie d'Alzheimer, renoncer aux soins s'avère être un acte utile aux médecins. Comme les patients qu'ils rencontrent en gériatrie, ils ne sont pas extraits de leur situation d'hommes vieillissants et, bien

qu'ils en pensent souvent le contraire, accepter le refus peut se montrer bénéfique. Car finalement, est-ce que vieillir ce n'est pas apprendre à renoncer ?

Chantal Regnier explique quant à elle que le refus de soin en gériatrie ne doit pas mener à des débats pour savoir si le patient a tort ou raison car il n'existe ni de « *raison* » ni de « *tort* ». Rechercher le consentement libre et éclairé c'est construire « *un trajet fait de propositions et d'outils mis à la disposition du patient* » (Regnier, 2001) pour que ce dernier puisse choisir ce qu'il veut faire de sa vie. Contester un refus de soin c'est renier la représentation que se fait le patient de son existence, tandis que l'accepter revient à admettre que la vie a une fin et que le patient a le droit de choisir la façon dont il veut la vivre. En d'autres termes, accepter le refus du patient, ou tout autre de ses décisions, c'est respecter son consentement.

4.2 L'autonomie

4.2.1 Définition

Il y a plusieurs décennies, les médecins avaient pour habitude d'imposer aux malades ce qu'ils jugeaient être bon pour eux. De nos jours, l'information donnée aux patients et l'obtention de leur consentement aux soins sont obligatoires en médecine. Ces changements reflètent l'évolution de la société où, à l'époque, l'accent aurait été mis sur le principe de bienfaisance (les médecins détenant la vérité et agissant pour le bien), tandis qu'aujourd'hui on respecte davantage le droit des hommes à choisir leur propre bien et à prendre eux-mêmes les décisions les concernant (principe d'autonomie).

Michela Marzano nous propose une définition de l'autonomie : « *Le terme autonomie vient du grec autonomos et indique, en général, le droit de se gouverner par ses propres lois. En philosophie, son usage remonte à Kant, qui l'utilise pour qualifier le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet.* » (Marzano, Je consens, donc je suis..., 2006, p. 5).

La notion d'autonomie joue un rôle capital dans l'éthique médicale. C'est un des piliers des droits des patients mentionnés dans les Codes de déontologie. Le respect de l'autonomie sert de base au consentement libre et éclairé du patient. En effet, le consentement est l'expression

de l'autonomie, qui est quant à elle le « *principe justificateur des actions* » (Marzano, Je consens, donc je suis..., 2006, p. 48). Selon John Stuart Mill, l'autonomie serait, comme la liberté, un droit de tout être humain qui lui permet de choisir et de faire ce qu'il veut.

4.2.2 Autonomie et dépendance

Dans le monde du soin, l'amalgame entre autonomie et dépendance est courant. La dépendance constitue le rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre. Il y a là une notion de sujétion, de subordination. Si on prend ceci comme définition, il semble correct de dire qu'être dépendant c'est être humain. En effet, peut-on ne dépendre de personne ? Lorsque nous naissons, nous dépendons de nos parents. Dans notre vie professionnelle, nous dépendons de notre hiérarchie, de nos collègues. Dans nos relations sociales, nous dépendons des autres car sans dépendance il n'y a pas d'interactions et donc pas de relations. Sans dépendance, nous n'aurions besoin de personne. De ce fait, « *on ne peut pas concevoir d'autonomie sans dépendance* » (Morin, 1981, p. 261) car tout être humain est dépendant.

Seulement la dépendance est de nos jours, dans le monde du soin, un concept mis en totale opposition à celui de l'autonomie. Le terme « *dépendance* » est majoritairement associé à la personne âgée qui a besoin d'aide pour effectuer des actes de la vie quotidienne. La péjoration du terme est due au contexte sociétal ultra-libéral qui nous incombe d'être autonome. En effet, la personne autonome est plus productive, plus efficace, car elle fait tout toute seule. Une personne âgée qui a besoin d'aide requiert de mobiliser du monde autour d'elle, elle est donc inefficace. Il apparaît alors impossible d'être autonome lorsqu'on est dépendant. On retrouve par ailleurs le qualificatif « *en perte d'autonomie* » dans les dossiers médicaux et dans les transmissions des soignants. Ceci souligne bien la confusion faite entre les deux termes car être en perte d'autonomie c'est commencer à perdre la capacité de prendre les décisions pour soi, or les soignants parlent bien souvent d'une perte d'indépendance physique.

Rappelons-le, être autonome c'est être capable de se gouverner soi-même. Est-ce qu'une personne âgée dépendante pour effectuer ses soins d'hygiène se retrouve dépourvue de toute raison ? Considérer une personne comme uniquement dépendante, en « *perte d'autonomie* », c'est lui ôter tout pouvoir de prendre une décision.

C'est un phénomène qu'on retrouve principalement en gériatrie. Prenons l'exemple d'une personne âgée de 40 ans tétraplégique. Cette personne se retrouve dépendante pour effectuer tous les gestes de la vie quotidienne, mais on respecte tout de même son autonomie, en la laissant maîtresse de prendre les décisions qui lui conviennent concernant sa vie. Le principe d'autonomie serait donc relatif à l'âge de la personne et à son degré de « *dépendance* ». Les enfants comme les personnes âgées se retrouveraient donc privés de leur capacité d'être autonomes, car jugés inaptes à se prendre en charge seuls.

4.2.3 La question de l'identité

La question de l'autonomie se pose également par celle de l'identité. Lorsqu'on prend une décision pour nous même, nous nous exprimons à la première personne. C'est l'emploi du « *je* » qui détermine le côté personnel de la décision prise. Sans cette première personne, la décision est remise en doute. Le problème se pose lorsque l'on doute que la personne exprime réellement son « *je* ». C'est un doute qui est courant lorsqu'on est face à une personne atteinte de démence ou de délire. Comment être sûr que la décision est prise par la personne et non par la maladie ? Dans le cas de la psychiatrie, le doute peut se poser car la pathologie mentale touche la dimension de l'intentionnalité (qui comprend la raison, les désirs, la volonté ou encore les croyances) et vient totalement la désorganiser. Par conséquent, il devient complexe pour certaines pathologies de différencier un discours cohérent d'un discours délirant. Pouvons-nous alors qualifier ces patients d'autonomes ? Le même problème s'impose pour les personnes démentes. Les troubles cognitifs générés par la pathologie interfèrent avec la réelle intention que peut avoir le sujet.

Par ailleurs, la maladie nous rend étrangers à nous-même. Elle peut remettre profondément en question le sentiment d'identité du sujet. Claire Marin explique dans son ouvrage que la maladie vient bouleverser l'expérience de vie du sujet en venant casser la représentation qu'il a de lui-même. « *La maladie a beaucoup à nous apprendre sur le sentiment d'identité, qu'il s'agisse d'une pathologie d'origine organique ou psychique, que l'identité soit directement douloureuse ou qu'elle le devienne dans un second temps, tel un effet indésirable* » (Marin, 2014, p. 15). La maladie vient tout d'abord s'inscrire dans la vie du sujet comme unique identification : la

personne n'est rien d'autre que malade. Il est courant d'observer que la personne malade ne cesse d'exprimer son sentiment de diminution : elle a perdu quelque chose que la maladie lui a volé. C'est alors que peut se poser la question de la place de l'autonomie : si le patient ne sait plus qui il est, est-il toujours autonome ?

La maladie, bien qu'elle puisse détériorer l'image que la personne a d'elle-même, ne retire pas la capacité de se gouverner soi-même. Toutefois, dans le cas d'une pathologie psychiatrique, l'identité n'est pas bouleversée par la maladie, elle en est l'objet même. L'identité peut être instable, parfois multiple, ce qui la rend douloureuse. L'objectif de soin va être ici de pouvoir offrir un maximum de stabilité avec l'instauration d'une certaine routine. C'est grâce à cela que le patient pourra jouir de plus d'autonomie.

4.2.4 Autonomie et liberté

Lorsqu'on s'intéresse au concept d'autonomie et à la place qu'il occupe dans la réflexion éthique du soin, il semble intéressant d'analyser le retentissement que cela a sur la notion de liberté. La liberté est la possibilité de pouvoir agir selon sa propre volonté, dans le cadre d'un système politique ou social, dans la mesure où l'on ne porte pas atteinte aux droits des autres et à la sécurité publique. La liberté peut être définie de manière positive comme l'autonomie d'une personne douée de raison. L'homme devient libre lorsqu'il adopte une attitude active à une situation subie, lorsqu'il prend part aux événements au lieu de les subir.

Avec la pensée de Sartre, on oublie l'idée religieuse que Dieu détermine l'homme. Il n'y a pas de fatalité car l'homme devient le propre créateur de son existence. En effet, il devient ce qu'il fait de lui, en fonction des actes qu'il accomplit et qu'il a choisis librement puisqu'il n'est déterminé par aucune nature. L'homme est donc libre, ce qui l'incombe d'une responsabilité : il est responsable de ses actes et de ses choix. « *L'homme est condamné à être libre* » déclarait Sartre. Il pense que nous naissons tous homme et que ce sont nos actes qui font de nous ce que nous sommes. On se construit en fonction de nos choix et de nos actes, nous sommes donc libres d'être qui nous voulons être. De cela découlent des responsabilités auxquelles nous devons faire face car nous devons assumer toutes les conséquences de nos actes. Toutefois, cette liberté nous rend acteur et non spectateur de notre vie.

Cette idée de se rendre vivant en étant libre est reprise par un philosophe danois, Kierkegaard qui explique que : « *c'est en assumant sa liberté que l'on devient une personne et non en multipliant des « expériences intéressantes » qui n'ont d'autre but que de nous permettre d'éviter le choix. Il faut assumer sa responsabilité. L'existence véritable s'éprouve dans le choix* » (Daval, 2008).

L'étude de la pensée de Sartre et de Kierkegaard révèle bien qu'une personne privée de son autonomie est une personne privée de sa liberté. Or, chacun doit pouvoir jouir d'un droit de penser et de faire comme il le souhaite ; il a le droit de vivre librement. « *La seule fin pour laquelle les hommes soient justifiés, individuellement ou collectivement, à interférer avec la liberté d'action de n'importe quel nombre entre eux est l'autoprotection [...]. Le seul aspect de la conduite de quiconque pour laquelle il doive en répondre à la société est celle qui concerne autrui. En ce qui concerne simplement lui-même, son indépendance est de droit, absolue* » (Mill, 1859, pp. 39-40). En rapprochant cela au domaine médical, chaque patient doit pouvoir bénéficier de son droit à l'autonomie, car les décisions le concernant lui-même relèvent de sa liberté et sont donc un droit fondamental.

4.3 La relation soignant-soigné

4.3.1 Définition

La relation se définit comme une rencontre entre au moins deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières mais aussi deux histoires de vie différentes. Selon Jacques Chalifour, la relation est un processus circulaire où chacun interagit avec l'autre. Cette relation s'appuie de manière constante sur les interactions entre deux personnes.

Louis Malabeuf, décrit plusieurs niveaux de relation dans le monde du soin :

- La relation de civilité, qui se caractérise par une relation pour la forme, sans fond. Les échanges se font sur des banalités. Dans la relation soignant-soigné, cette relation s'inscrit dans un code d'obligations sociales (gentillesse, courtoisie...).

- La relation fonctionnelle est une étape d'enquête, elle permet au soignant de recueillir des informations sur le patient. Cette relation est indispensable pour la suite de la prise en charge. C'est le type de relation qui est nécessaire lors d'un entretien d'accueil par exemple.
- La relation de compréhension, de soutien, de réassurance, qui s'exprime par le biais d'une écoute attentive. Cette relation a un but empathique. L'empathie implique une compréhension des émotions et des ressentis de l'autre (le patient) sans pour autant les ressentir soi-même. Elle s'oppose à la sympathie et à l'antipathie.
- La relation d'aide thérapeutique, qui s'installe par l'instauration d'un climat de confiance. La relation soignant-soignée est souvent qualifiée comme étant une relation d'aide, car le soignant aide la personne à aller mieux en l'encourageant à mobiliser ses ressources personnelles pour vivre mieux. C'est un soin relationnel.

Si on se demande ce que motive la création d'une relation soignant-soigné, Manoukian et Massebeuf écrivent que : « *les raisons ou objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné* » (Manoukian & Massebeuf, 1995, p. 7). Ils expliquent que la relation ne se forme pas nécessairement lors d'un échange verbal définit, mais autour de nombreux éléments qui apportent une information, tels que nos gestes, nos mimiques, nos vêtements, etc. La complexité d'une relation vient du fait que l'affectivité est en l'élément central. L'affect peut se définir comme étant l'élément émotionnel de tout état affectif, qu'il soit agréable ou pénible, dû à une stimulation interne ou externe. Cet affect peut être relié à une représentation, une image, qui en serait le support. De plus, la relation dépend de son contexte, d'où les interlocuteurs trouveront un sens à l'échange. Si les sujets de conversation ne sont plus uniquement basés sur des banalités, les échanges seront plus authentiques et c'est à ce moment-là que s'effectuera une véritable rencontre.

4.3.2 La relation d'aide thérapeutique

La relation d'aide est à la fois une méthode, un outil et un concept. Elle peut se définir de la manière suivante : « *Le besoin d'aide apparaît lorsque la personne, tout en ayant une capacité de réflexion et de communication, éprouve à un degré variable une impuissance à comprendre*

et à se comprendre, à faire face, à s'en sortir. La relation d'aide consiste en un accompagnement psychologique pour les personnes en situation de détresse morale » (Formarier & Jovic, 2009, p. 62). La relation d'aide s'applique donc aussi bien aux patients qu'aux familles.

Selon Rogers, il existe au moins quatre qualités qui permettent une relation d'aide efficace : une chaleur et une émotion sympathique chez l'aidant, de la permissivité en ce qui concerne l'expression des sentiments, des limites thérapeutiques déterminées qui donneront une forme à l'entretien et enfin, la relation d'aide doit être exemptée de toute forme de pression : la thérapie appartient au patient et non pas à l'aidant. Il émet l'hypothèse suivante : « *la relation d'aide psychologique est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation* » (Rogers, 2015, p. 33). Cette hypothèse soulève que le soignant, dans son rôle d'aidant, aide le patient à trouver les réponses par lui-même. La relation d'aide thérapeutique est une relation qui s'apprend et qui nécessite que le soignant ait déjà effectué un travail sur ses propres affects. C'est en adoptant une posture attentive, en écoutant le patient et en lui permettant de s'exprimer que la relation d'aide prendra forme et que le patient réussira petit à petit à se comprendre et à avancer.

4.3.3 L'écoute au cœur de la relation

La relation d'aide thérapeutique se base donc sur l'écoute. La parole suscite l'écoute, « *écouter, c'est chercher à comprendre ce que dit l'autre dans un contexte donné et en fonction d'un but* » (Bellenger & Couchaere, 2012, p. 14). La faculté d'écouter dépend de trois conditions : se rendre disponible, cultiver l'attention et encourager la curiosité. En effet, pour pouvoir écouter, il faut être disponible pour son interlocuteur. Dans un monde où les sollicitations sont multiples, il est de plus en plus difficile de se consacrer à quelqu'un. En service hospitalier, nous sommes sans cesse interrompus par les collègues, une urgence inopinée, les requêtes des médecins, etc. Pour pouvoir écouter le patient, il est alors nécessaire d'être disponible et accessible car ce n'est qu'à cette condition que nous pourrions apprendre de l'autre. Pour souligner cette idée, on peut prendre l'exemple de l'indisponibilité, qui marque le degré zéro de l'écoute lorsque nous ne sommes pas joignables. Toutefois, être disponible ne suffit pas, il faut aussi capter l'attention

de notre interlocuteur. L'attention mobilise l'esprit vers un but : elle demande un effort et se dirige vers des explications, du soutien, des conseils.

Par ailleurs, pour avoir une écoute de qualité dans la relation de soin, il est important de faire la différence entre entendre et écouter. Entendre provient du latin *intendere* qui signifie « *tendre vers* ». Entendre désigne la captation du son vers l'oreille. Cependant, ce mot ne peut être réduit à la simple faculté de fonction auditive, il fait aussi référence à la possibilité de comprendre : « *j'entends ce que vous me dites* ». À l'inverse, écouter vient du latin *auscultare* qui peut se traduire par « *être réceptif* ». Écouter ferait donc écho à l'attitude attentive adoptée à ce qui se dit. Cela demande un effort de concentration et donc un devoir de silence pour laisser la place à celui qui veut s'exprimer. Lorsqu'on adopte une attitude d'écoute, on fait bien plus qu'entendre, que comprendre ce que nous dit l'autre, on le ressent. C'est souvent ce que nous demandent les patients : au-delà d'être entendus, ils veulent être écoutés. Par l'écoute, le soignant perd l'envie d'exposer son point de vue, n'approuve pas mais ne réfute pas non plus. Il perçoit les émotions et les sentiments éprouvés par l'autre et adapte ses réactions et ses réponses à ce qu'il vient de dire. Finalement, on pourrait dire qu'on écoute grâce à ce que nous sommes, notre vécu, nos sentiments, ce qui peut parfois nous empêcher d'entendre car tout cela peut faire obstacle. C'est justement lorsqu'il y a des choses que nous sommes incapables d'entendre que nous n'écoutons plus.

4.3.4 Une question de confiance

En parlant de relation personnelle, le dictionnaire en ligne Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) donne la définition suivante : « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* ». La vulnérabilité avec laquelle se présente le patient au soignant incombe une relation de confiance. C'est parce que le patient fait confiance au soignant et qu'il se confie à lui, qu'il accepte les soins.

La confiance dans la relation de soin n'est pas toujours liée à la qualité des soins reçus. Elle s'installe généralement parce que les explications ont été données clairement, qu'elles sont compréhensibles, que l'attitude des soignants est bienveillante. Il faut également prendre en compte le type de pathologie traitée et la gravité de la maladie, car cela révèle le degré de

vulnérabilité et de fragilité du patient. La confiance est : « *la volonté délibérée d'être vulnérable aux actions d'une autre partie fondée sur l'espérance que celle-ci accomplira une action importante pour la partie qui accorde sa confiance* » (Phanuel & Hamon-Mekki, 2013). Dans les soins, la relation de confiance est indispensable. Sans confiance, il ne peut pas y avoir de soin car le patient refusera tout acte médical.

Dans le monde du soin, une relation de confiance est primordiale pour une bonne alliance thérapeutique qui, selon Rogers, permet la perception par le patient de la capacité d'empathie du thérapeute, gage d'un travail thérapeutique efficace. Néanmoins comment créer une relation de confiance, où le patient a le sentiment de pouvoir se fier au soignant en toute sécurité, si le professionnel bafoue les choix et décisions du soigné ? Laurence Lagarde-Piron développe la relation d'interdépendance existant entre confiance, soin et relation dans l'expérience hospitalière du patient. En effet, selon elle il n'y a pas de soin possible sans confiance. La relation, le soin et la confiance sont intimement liés : le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance. De ce fait, s'il n'y a pas de relation il ne peut pas y avoir de soin. Les soignants peuvent s'efforcer de convaincre le malade à consentir et participer aux soins, mais leurs efforts resteront vains s'ils ne veulent pas à leur tour l'écouter.

4.3.5 La place de la parole

D'après le dictionnaire du Larousse, on peut attribuer plusieurs définitions à la communication : « *Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose* », « *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* », « *Action de mettre en relation, en liaison, en contact, des choses* ». La communication est une composante essentielle de la relation. On peut à propos observer que de plus en plus d'entreprises proposent des formations à la communication, dans l'objectif d'obtenir des agents « *pros* » de la communication. Il faut, dans la société actuelle, être à l'aise pour communiquer.

Toutefois, la nuance se trouve dans les plaintes collectives : on communique trop ou pas assez, voire mal. Qui n'a jamais entendu « *tu ne m'as pas écouté !* ». On en revient à la partie précédente, l'écoute a une place prépondérante dans le processus de communication : « *Un bon*

professionnel en communication est au fond celui qui sait être à l'écoute d'une écoute. Tout l'art est dans la capacité d'attention à l'attention de l'autre. » (Breton, 1998, p. 153)

La communication est permise par la parole. La parole permet à chaque individu d'exprimer sa singularité et de devenir acteur de sa vie (dans ce contexte, acteur de sa maladie). Parler aux soignants c'est entrer en relation avec eux et cette relation s'appuie de manière constante sur les interactions entre ces deux personnes.

C'est avec la « *cure psychanalytique* » de Freud que la parole devient libérée dans le monde du soin. En effet, cette méthode amenée par Freud permet de soulager les patients en se mettant à l'écoute de ces derniers qui viennent se confier. Le patient qui entre en cure peut donc parler à voix haute de sa vie, de ses doutes, évoquer des événements passés, sans craindre d'être jugé. Dans les cures, tous les éléments ont un sens : le silence ou le refus de parler par exemple, les émotions qui accompagnent la parole comme les pleurs ont tous une signification et viennent apporter une précision au discours du patient. Avec la parole au premier plan, Freud insiste pour dire qu'il n'y a de cure que par la parole. Etymologiquement, le mot *cure* provient du latin *cura* qui signifie « *soin, surveillance* » d'après le dictionnaire en ligne Trésor de la Langue Française. Ainsi, d'après la thèse avancée par Freud, la parole est la base de tout soin, donc sans parole on ne peut prétendre à soigner.

4.4 Synthèse du cadre de référence

Rechercher le consentement du patient est une obligation pour tous les professionnels de santé. Le consentement est un droit du patient qui lui permet de préserver sa dignité d'être humain capable de prendre des décisions pour lui-même. Toutefois, la valeur du consentement peut être remise en doute si le patient se montre trop vulnérable. La maladie ne peut se détacher du concept de vulnérabilité car la personne se retrouve affaiblie par son affection. Seulement, certaines pathologies, telles que la démence ou les troubles psychiatriques, touchent les fonctions cognitives et le raisonnement, le consentement est donc difficile à obtenir. La législation française autorise désormais sous certaines conditions les soins sans consentement en psychiatrie, mais qu'en est-il pour les autres pathologies ?

Par ailleurs, respecter le consentement c'est reconnaître que la personne est autonome. L'autonomie est trop souvent confondue avec l'indépendance : un patient qui ne peut plus s'habiller seul se voit ôter la capacité à prendre des décisions le concernant, car il est jugé dépendant. On évalue l'autonomie par la façon dont la personne s'exprime, en utilisant notamment le « je ». La question de l'identité est inévitable dans le monde du soin, car la maladie vient bouleverser l'expérience de vie du sujet qui ne se reconnaît qu'à travers cette représentation d'homme malade. La maladie vient quelque part voler l'identité du patient qui ne se définit plus que par cela. Respecter son autonomie permet de ce fait de lui redonner un pouvoir de décision et de le remettre au cœur de sa prise en soin en lui rendant son identité d'homme et non plus de malade. Il est alors libre d'agir selon sa propre volonté.

Finalement, respecter le consentement et l'autonomie du patient permet de créer une relation soignant-soigné basée sur la confiance et l'écoute. C'est parce que nous écoutons l'autre que nous rentrons en interaction avec lui. Rechercher le consentement et respecter l'autonomie du patient c'est être dans une position d'écoute active et ce n'est que grâce à cela qu'une relation de confiance se créera. Ainsi, une alliance thérapeutique pourra se former, permettant alors une libération de la parole du soigné qui est la base de tout soin.

5 Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai fait le choix de mener des entretiens semi directifs. Un entretien semi-directif se définit par « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert, 2010).

J'ai fait ce choix car l'entretien semi-directif permet un dialogue : « *Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur* » (Imbert, 2010). L'entretien est structuré par un guide d'entretien à partir d'éléments issus d'une enquête exploratoire ; les questions sont ouvertes et les thèmes sont proposés.

5.2 Population choisie

J'ai mené mes entretiens auprès de six infirmiers diplômés d'état. J'ai choisi de mener six entretiens car je voulais obtenir une plus grande diversité de réponses. Je n'ai pas souhaité faire de restrictions de genre, d'âge ou d'années d'expérience puisque cela n'aurait pas eu de grand intérêt pour l'enquête que je souhaitais mener.

5.3 Lieu d'investigation

J'ai choisi d'interroger des infirmiers travaillant dans des services complètement différents. L'intérêt de ce choix est de pouvoir observer si la relation soignant-soigné change selon les spécificités du service où nous nous trouvons.

J'ai fait le choix des services suivants :

- Un service de gériatrie (EHPAD ou USLD) : Les services gériatriques sont des services où les patients restent généralement longtemps, ce qui permet normalement d'avoir une relation de confiance avec les patients-résidents. En même temps, cela peut générer une forme de chronicité qui peut amener le soignant à ne plus faire vraiment attention au respect du consentement et de l'autonomie de la personne. J'aimerais donc connaître l'impact que cela peut avoir sur la relation soignant-soigné.
- Un service de psychiatrie : Les soins en psychiatrie sont reconnus pour être majoritairement des soins dits « *relationnels* ». La relation soignant-soigné apparaît donc comme étant essentielle dans le parcours de soin. Toutefois, on sait également que le consentement du patient en psychiatrie n'est pas toujours respecté, comme cela peut être le cas lors de l'administration d'un traitement. Idem pour l'autonomie qui est souvent remise en doute à cause des troubles psychiques qui peuvent être induits par la pathologie. Je voulais donc pouvoir identifier le retentissement possible sur la relation de soin.
- Un service d'urgences : Le service des urgences est un service où défilent de nombreux patients. Les témoignages rapportent souvent une attente interminable, un personnel pas

toujours à l'écoute. L'objectif d'un entretien avec un infirmier travaillant aux urgences est de pouvoir analyser quel type de relation peut s'installer dans ce service spécifique où le temps est compté.

- Un service de soins palliatifs : Les patients hospitalisés en service de soins palliatifs sont pour la plupart en fin de vie. Le travail du personnel de ce type de service est d'accompagner les patients au mieux en mettant en place tout ce qui peut permettre à la personne d'être sereine. Ainsi, le respect du consentement semble d'office devoir s'imposer, et la relation soignant-soigné semble se baser avant tout sur de la confiance et de la bienveillance.
- Un service de médecine : Le service de médecine me paraît être le service hospitalier le plus polyvalent. Les patients restent en général une semaine, ce qui semble être suffisant pour instaurer une relation soignant-soigné qualitative, qui n'est à la fois pas superficielle comme ce qui pourrait être le cas aux urgences, ni chronique comme en service gériatrique.
- Un infirmier exerçant en libéral : J'ai souhaité pour finir m'entretenir avec un infirmier libéral, car c'est une spécialisation du métier qui est à mon sens intéressante à étudier lorsqu'on s'intéresse à la question de la relation soignant-soigné. En effet, l'infirmier libéral se déplace au domicile des personnes, il intervient donc dans un lieu où il est automatiquement confronté à l'intimité du patient. Je me suis demandé si la relation instaurée était différente par rapport à un service hospitalier.

5.4 Guide de l'outil

Pour mener à bien mon enquête exploratoire, j'ai posé plusieurs questions portant sur les différents concepts de mon cadre de référence. Le but de ces questions était de pouvoir obtenir une réponse à ma question de départ par des infirmiers exerçants dans divers services.

J'ai souhaité tout d'abord poser deux questions sur le consentement :

- Quelle définition donneriez-vous pour le consentement ?
- Êtes-vous toujours à la recherche du consentement des patients ?

Ensuite, j'ai continué mon entretien en abordant le thème de la relation soignant-soigné :

- Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné dans votre pratique ?
Pourquoi ?

J'ai terminé mon entretien par les questions relatives à l'autonomie :

- Racontez-moi votre dernière prise en charge d'un patient autonome
- Racontez-moi votre dernière prise en charge d'un patient dépendant

Vous pouvez retrouver l'intégralité des entretiens retranscrits avec mes grilles d'analyse en annexe.

5.5 Analyse

5.5.1 Entretien par entretien

❖ Entretien n°1 : secteur libéral

Le premier entretien que j'ai mené était auprès d'une infirmière libérale. Quand je lui ai demandé sa définition du consentement, elle m'a expliqué que rechercher le consentement chez un patient c'était rechercher son accord, sa véritable volonté. Le consentement « *c'est donner le droit à la personne de choisir* » (IDE1, L14) et il est impératif de l'obtenir avant tout acte. Elle m'explique qu'elle est toujours à la recherche du consentement de ses patients. Parfois, la personne est en désaccord avec le soin proposé donc elle essaie de trouver un compromis. Elle ne va jamais forcer un patient à recevoir un soin qu'il refuse, mais elle cherchera à trouver une solution pour s'adapter.

Lorsque je l'interroge sur la relation soignant-soigné, l'infirmière m'indique qu'elle est primordiale et essentielle pour elle, c'est le cœur du métier d'infirmière. Dans l'exercice libéral, les soignants vont au domicile des gens, « *c'est intime* » (IDE1, L30) : sans relation, il ne peut pas y avoir de prise en charge. De plus, la relation de confiance et d'empathie est fondamentale car, lors d'un soin, la présence du soignant est forte, il ne peut pas faire semblant.

Toutefois, il semblerait que le temps soit un frein à la relation dans l'exercice libéral. En effet, en libéral, il y a beaucoup de patients à voir en peu de temps. Il y a des règles à établir avec chaque patient car l'infirmier libéral ne peut pas se permettre de passer trop de temps avec chacun d'entre eux. L'infirmière que j'ai interrogée m'explique qu'à long terme, cela peut dégrader la relation car certains patients ne comprennent pas qu'elle soit pressée par le temps.

La fin de mon entretien s'oriente sur la différence qu'elle fait entre l'autonomie et l'indépendance. D'après elle, un patient autonome est un patient qui se gère lui-même. Même s'il faut lui faire un soin, il retrouve son autonomie lorsque l'infirmière est partie. À l'inverse, les patients dépendants ont besoin des soignants et de leurs proches : il faut les aider à se laver, à s'habiller, à manger, à se coucher, etc. Une prise en charge d'un patient dépendant va demander plus d'attention de la part du soignant que celle d'un patient autonome, car un patient dépendant ne pourra pas se débrouiller seul quand l'infirmier aura quitté le domicile.

❖ **Entretien n°2 : service de soins palliatifs**

J'ai effectué mon second entretien auprès d'une infirmière qui travaille en soins palliatifs. Pour elle, respecter le consentement du patient c'est demander l'accord au patient lorsqu'on fait un soin. Elle m'explique que dans les services de médecine gériatrique où elle a travaillé auparavant, elle ne recherchait pas le consentement des patients car il y avait des soins à faire : « *c'est du travail à la chaîne* » (IDE2, L51-52), qu'ils n'avaient pas le temps, qu'ils ne réfléchissaient pas et qu'ils les faisaient sans savoir ce que les gens voulaient ou pas : « *on leur demande jamais leur avis parce qu'ils sont vieux, on croit qu'ils sont tous séniles* » (IDE2, L58-59). En soins palliatifs c'est différent. Elle m'indique que dans ce service « *on prend plus le temps d'écouter* » (IDE2, L25). Ils ont le temps de réfléchir leur soin : est-il utile ? Le patient en a-t-il besoin ? Elle recherche sans cesse le consentement des patients et s'ils ne veulent pas, même après négociation, elle ne fait pas le soin. Elle me dit que, souvent, lorsque les patients

ne sont pas autonomes, les soignants ont tendance à prendre des décisions à leur place parce qu'ils pensent qu'ils n'en sont plus capables. En soins palliatifs rien n'est imposé aux patients car les soignants ont le temps.

Concernant la relation soignant-soigné, c'est quelque chose de très important pour elle. Elle m'annonce qu'elle travaille dans un service où elle place les patients au centre de la prise en soin, qu'elle parle avec eux et que leurs besoins sont personnalisés. Ce ne sont pas des soins agressifs, comme elle a pu faire dans les services où elle a travaillé auparavant, mais c'est de l'écoute principalement. Elle me répète qu'elle réfléchit ses soins, et qu'elle ne va pas en faire s'ils ne sont pas adaptés. Pour elle, c'est ce qui va permettre d'établir une relation sur le long terme avec les patients car ils vont se sentir écoutés.

Enfin, elle considère que l'autonomie s'exprime au niveau intellectuel, c'est-à-dire que le patient est autonome dans ses choix, tandis que la dépendance s'exprime plus sur un plan physique, où le soignant est là pour aider le patient. Elle tient à souligner tout de même qu'un patient dépendant ne veut pas dire qu'il n'est plus autonome : « *c'est pas parce que le patient il est plus capable de faire sa toilette qu'il est plus capable de donner son avis* » (IDE2, L65-67). Elle me donne l'exemple d'une patiente qui a une sclérose en plaque, qui ne peut plus bouger son corps mais qui a toute sa tête. La prise en charge d'un patient autonome va consister à négocier avec lui, car il va avoir la capacité de comprendre ce qui peut lui faire du bien. Pour un patient dépendant, c'est une prise en charge où le soignant va s'adapter au patient et « *on essaye de leur apporter des petits trucs, [...] des petits plaisirs* » (IDE2, L99-100).

Elle me fait remarquer qu'en règle générale, les patients autonomes sont des patients qui sont plus écoutés : « *je pense que plus les gens sont autonomes et plus on a tendance à écouter [...] leurs besoins et [...] moins ils sont autonomes et moins on fait attention* » (IDE2, L116-118).

❖ **Entretien n°3 : service des urgences**

La troisième infirmière que j'ai interrogé travaille aux urgences. Pour elle, le consentement est nécessaire. Il correspond à l'accord que va donner le patient face à un soin, une prise en charge qui va lui être proposée. Dans le contexte des urgences, elle m'indique que les personnes

viennent par elles-mêmes la plupart du temps, donc elle part du principe qu'elles sont consentantes. Elle me dit qu'elle explique au patient ce qui va être fait, recherché et dans quel but, quel est l'intérêt. Si le patient n'exprime pas de refus, elle estime qu'il consent. Dans le cas où le refus est exprimé, l'équipe soignante va négocier pour tenter de convaincre le patient. S'il n'est toujours pas d'accord, le patient signe une décharge de sortie contre avis médical en étant conscient des risques encourus.

Quand je lui parle de la relation soignant-soigné, elle m'explique qu'elle est primordiale : « *quand tu soignes, t'es obligée de prendre la relation en compte. [...] si ton patient il a pas confiance en toi, [...] le soin en général se passe pas bien* » (IDE3, L35-37). Pour qu'un soin se passe bien, il faut donc une relation de confiance car en arrivant aux urgences, les patients sont anxieux donc il faut pouvoir les rassurer : il faut « *créer un lien* » (IDE3, L52). Toutefois, elle exprime que le temps peut être une limite à la formation de ce lien : « *c'est à la chaîne* » (IDE3, L41, L57). Parfois, le personnel manque de temps car ils doivent privilégier les urgences vitales et ils ne peuvent pas toujours établir la relation qu'ils veulent avec les patients. De plus, les patients agressifs et agités vont également freiner la relation.

Finalement, pour elle, un patient autonome est un patient qui « *ne va pas avoir besoin d'aide pour les actes du quotidien* » (IDE3, L82). À l'inverse, un patient dépendant va nécessiter une aide : ce sont des personnes plutôt âgées qu'on doit aider. Si des soins sont nécessaires auprès d'une personne autonome, ils lui sont expliqués mais le patient peut se débrouiller seul. Pour un patient dépendant, la prise en charge prendra plus de temps car il va falloir anticiper ses besoins car il ne pourra pas se débrouiller seul : « *c'est penser à tout en fait, alors qu'avec quelqu'un d'autonome, t'as pas besoin de te poser toutes ces questions-là* » (IDE3, L131-132).

❖ **Entretien n°4 : secteur gériatrique, USLD**

La quatrième infirmière interviewée travaille en USLD. Elle a eu du mal à trouver une définition au consentement car c'est pour elle « *un mot large* » (IDE4, L22). Elle finit par me dire que pour elle, c'est avoir l'accord de la personne à qui on demande quelque chose. Elle est libre de nous le donner ou pas : « *comme on dit, la liberté de chacun s'arrête là où commence celle des*

autres, donc en fait pour moi le consentement c'est être en accord avec la personne qui est face à nous » (IDE4, L25-26). Dans son service, plusieurs patients sont déments. Dans ce cas, la personne n'est pas apte à dire ce qu'elle veut ou pas, donc elle considère que si le soin se passe en douceur la personne consent. En revanche, s'il y a de l'agressivité, elle considère que la personne est en désaccord et dans ce cas il faut trouver un compromis. Il faut créer une « *alliance thérapeutique* » (IDE4, L70) pour obtenir ce qu'on veut. Elle m'explique également que « *la personne âgée c'est comme le lait sur le feu* » (IDE4, L94) : tout peut changer à tout moment et dans ce cas il faut trouver des solutions si on veut la prendre en soin correctement.

Pour cette infirmière, la relation est essentielle quand on travaille avec des personnes âgées car ce pôle « *ne demande pas de la technicité. Il demande de la réflexivité et il demande de la philosophie du soin* » (IDE4, L109-110). Le toucher, le regard, la faculté à trouver les bons mots sont primordiaux pour leur faire comprendre qu'ils sont en sécurité. Sans cela, il est impossible d'entrer en relation et les soignants n'arriveront à rien. Elle m'explique que le but de la relation est de redonner des repères aux patients : c'est important de les appeler par leurs noms pour respecter leur propre identité. Par ailleurs, il faut adapter son relationnel en fonction de la personne car chacun est différent et il faut les prendre en charge dans leur individualité. Elle ajoute à cette notion de personnalisation qu'il est important de rechercher ce qui est bon pour chaque patient : il n'est pas forcément recommandé de respecter un régime diabétique stricte car « *à leur âge, l'alimentation c'est leur seule alimentation plaisir. [...] Le régime à cet âge-là, ils s'en cognent !* » (IDE4, L123-124). Elle me précise également que les résidents « *sont isolés [...], y a plus que nous ici* » (IDE4, L144) et que la relation permet de d'avoir un « *lien* » (IDE4, L141) avec eux. Enfin, elle complète ses propos en évoquant le respect d'une certaine distance à avoir avec les patients pour préserver leur sphère privée.

Lorsque que je lui parle de l'autonomie et de la dépendance, elle me définit les deux termes de la façon suivante : « *la dépendance ça veut bien dire ce que ça veut dire « je dépends de », l'autonomie « je n'ai besoin de personne »* » (IDE4, L146-147). Elle décrit plusieurs types de dépendance : affective, mentale, motrice, psychique, temporo-spatiale. Pour elle « *à partir du moment où y a un soignant, une tierce personne, la personne est dépendante* » (IDE4, L151-152). Elle m'explique que dans son service, beaucoup de patients paraissent être autonomes car

ils donnent le change, qu'ils peuvent faire leur toilette seuls par exemple, mais ils restent dépendants sur le plan psychique car ils vont perdre la notion du temps par exemple. L'équipe soignante est donc là pour « *essayer de redonner des repères* » (IDE4, L169). D'après elle, si les patients étaient autonomes, « *il n'y aurait pas d'institution* » (IDE4, L177).

❖ **Entretien n°5 : secteur psychiatrique, CMP**

Mon cinquième entretien s'est déroulé auprès d'une infirmière exerçant en Centre Médico-Psychologique (CMP). Selon cette infirmière, le consentement peut se définir par l'accord donné par le patient, qui « *peut être entendu différemment suivant l'état du patient* » (IDE5, L21-22). La recherche du consentement va dépendre de l'état du patient : s'il est stable, son accord sera clair et entendable, en revanche s'il est délirant, le consentement ne sera pas toujours recherché car le patient peut être un danger ou se mettre lui-même en danger. Elle insiste tout de même sur le fait qu'il faut essayer au maximum de travailler avec le consentement du patient.

Pour elle, la relation soignant-soigné a une énorme place dans sa pratique car elle m'indique que c'est ce qui va permettre une amélioration de l'état de santé du patient. En psychiatrie, c'est « *la relation qui fait soin* » (IDE5, L73) contrairement aux soins généraux où il y a l'acte. Au CMP, « *on accueille quelqu'un pour la première fois, il faut qu'il se sente accueilli, il faut qu'il se sente entendu, pas jugé* » (IDE5, L48-49). Les freins à la relation seraient pour elle le soignant, par sa façon d'être ou de répondre, ou « *l'état délirant [...] qui peut complexifier les choses* » (IDE5, L66).

Enfin, elle m'explique qu'il y a plusieurs stades d'autonomie, physique et psychique, et que l'autonomie correspond à ce que le patient peut faire par lui-même et pour lui-même, qui ne lui sera pas délétère. Même constat pour la dépendance, il existe plusieurs stades : physique, psychique, financière, etc... La dépendance s'installe « *à partir du moment où on a besoin de l'autre* » (IDE5, L87). Les patients autonomes seraient « *des personnes qui ont besoin de venir parler mais qui n'ont pas forcément besoin de traitement, qui n'ont pas forcément besoin d'aide de l'assistante sociale [...] et qui ont besoin surtout d'être écoutées* » (IDE5, L95-98). À l'inverse, les patients dépendants doivent quant à eux respecter un traitement, peuvent être sous contraintes. Ce sont des prises en charge « *beaucoup plus lourde[s], beaucoup plus*

épuisante[s] » (IDE5, L127-128), où on doit obtenir leur consentement. De ce fait, elle m'indique que « *on peut facilement s'essouffler et moins s'investir* » (IDE5, L130).

❖ **Entretien n°6 : service de médecine**

Finalement, j'ai effectué mon dernier entretien auprès d'une infirmière travaillant dans un service de médecine infectieuse. Pour elle, le consentement c'est demander la permission au patient de lui procurer le soin dont il a besoin. Il faut essayer au maximum d'obtenir l'accord du patient mais « *ça dépend des situations* » (IDE6, L19). Elle m'évoque le cas d'une personne démente, qui va se trouver dans l'opposition et où le consentement va être difficile à obtenir. Dans ce cas, il faut essayer de l'obtenir, mais si la personne est toujours en désaccord et que c'est pour la sauver, l'équipe fait sans son consentement. Il y a quoiqu'il arrive toujours un temps de négociation.

La relation soignant-soigné a la place la plus importante. Cette infirmière m'explique qu'elle a fait ce métier pour aider les autres, faire les choses avec eux et pas contre eux. Faire ce métier c'est être en relation permanente avec le patient car il a « *la place principale* » (IDE6, L39) dans le contexte de soin. Pour elle, la communication est primordiale dans la relation, surtout avec le contexte sanitaire actuel. Dans son service sont hospitalisés des patients atteints de la Covid-19 et elle m'indique qu'ils sont donc isolés car ils n'ont pas le droit aux visites. Quand ils n'ont pas de téléphone, les seules interactions qu'ils ont sont avec le personnel soignant. C'est avec eux que les patients vont pouvoir exprimer leurs craintes ou leurs besoins : « *ce lien qu'ils ont c'est nous* » (IDE6, L66-67). De ce fait, si le patient ne parle pas ou qu'il y a la barrière de la langue, ça peut compliquer la relation.

Pour finir l'entretien, elle m'explique qu'un patient autonome est un patient qui peut faire les actes de la vie quotidienne seul et qui a tout sa tête : il est capable et sait dire ce qu'il veut. Il y a des patients qui sont autonomes dans leur vie quotidienne mais qui deviennent dépendants à cause de leur pathologie : « *en ce moment nous avec les Optiflow, ils deviennent dépendants un petit peu dans le sens où ils peuvent pas tout faire tout seul* » (IDE6, L74-75), donc elle n'oppose pas totalement l'autonomie à la dépendance. La dépendance a plusieurs degrés selon

elle. Les personnes les plus dépendantes n'arrivent plus à manger seules, à se laver, à bouger, etc. La prise en charge d'un patient dépendant est similaire au niveau du déroulement en comparaison à un patient autonome. La différence s'opère sur le temps : « *on passera beaucoup plus de temps avec quelqu'un qui est dépendant qu'avec quelqu'un qui est autonome* » (IDE6, L127-128). Pour la personne dépendante, il faut lui faire prendre ses traitements, lui faire sa toilette, l'installer au fauteuil, etc... Elle précise tout de même que « *à l'hôpital on dit toujours qu'il faut réautonomiser les gens* » (IDE6, L122). Elle ajoute également qu'un patient autonome a plus tendance à poser des questions sur ses traitements et ses examens.

5.5.2 Question par question

Les infirmières que j'ai pu interroger lors de ces entretiens travaillent toutes dans un service spécifique et différent des autres en termes de prise en soin des patients. Croiser ces entretiens va me permettre d'observer si les concepts de consentement, d'autonomie et de relation soignant-soigné divergent en fonction du cadre où se trouvent les patients.

❖ Le consentement

Nous avons pu découvrir dans le cadre de références que le consentement pouvait avoir plusieurs sens selon le point de vue où l'on se place. Toutes les infirmières évoquent un accord à obtenir. L'infirmière libérale parle d'un « *droit à la personne de choisir* » (IDE1, L14), celle qui travaille en USLD évoque une liberté de donner son consentement ou non.

Une seule infirmière fait une distinction concernant la nature du consentement. En effet, pour l'infirmière en secteur psychiatrique, le consentement peut s'entendre différemment selon l'état du patient. Cela sous-entend que certaines pathologies, et notamment le délire comme elle peut l'expliquer, peuvent avoir un impact sur l'expression du consentement. Dans le cadre de références, nous avons pu voir qu'une loi avait été adoptée en juillet 2011 concernant les soins sans consentement en psychiatrie. Désormais, des patients atteints de troubles psychiatriques peuvent être hospitalisés sous la contrainte, c'est-à-dire sans leur consentement. Par ailleurs, le

délires peut interférer avec la notion de l'identité du patient : est-ce lui ou est-ce la maladie ? Le délire peut donc en effet impacter l'expression du consentement du patient.

En lien avec son expression, la recherche du consentement n'est pas forcément automatique. Le Code de la Santé Publique stipule, rappelons-le, que « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Si l'infirmière libérale m'indique être toujours à la recherche du consentement des patients, l'infirmière en CMP et l'infirmière de médecine précisent que cela dépend de la situation. Pour ces deux infirmières, la recherche du consentement est à mettre en lien avec l'état du patient : si l'une m'évoque un état délirant, l'autre me parle de démence, qui sont deux états pathologiques altérant les fonctions cognitives et la capacité de raisonnement. Ainsi, il apparaît, comme j'ai pu l'avancer dans mon cadre de références, que certaines pathologies puissent être exemptées de la recherche et du respect du consentement. Dans ce cas, les soignants font ce qu'ils jugent être le mieux pour la personne, sans forcément prendre en compte ses revendications.

L'infirmière des soins palliatifs quant à elle compare sa pratique actuelle à son ancienne pratique lorsqu'elle travaillait en service de médecine gériatrique. À l'époque, elle faisait du « *travail à la chaîne* » (IDE2, L52), terme évoqué également lors de mon entretien aux urgences. Les personnes âgées étaient considérées comme « *séniles* » (IDE2, L59) et leur avis n'était jamais pris en compte. À l'inverse, elle prend le temps aujourd'hui d'écouter les besoins de ses patients, comme le fait également l'infirmière en USLD. Cette dernière parle d'une alliance thérapeutique, qui est indispensable pour prendre en charge les patients dans les meilleures conditions. L'alliance thérapeutique est vantée par Rogers qui y associe la notion de confiance, sans quoi le travail thérapeutique n'est pas assez efficace.

Aux urgences, le contexte fait que les soignants partent du principe que les patients consentent puisque ce sont eux qui se déplacent. L'infirmière m'explique que le consentement n'est pas clairement recherché, mais tout est expliqué au patient, ce qui lui laisse l'opportunité d'indiquer son désaccord. Si cela se produit, elle essaie de le convaincre en négociant et en trouvant un compromis, comme le font quatre autres infirmières interrogées.

De ce fait, on remarque que les infirmières travaillant auprès de personnes âgées ou en fin de vie vont être plus attentives dans leur recherche du consentement. En revanche, les décisions prises par un patient présentant une altération de ses fonctions intellectuelles et/ou cognitives seront plus facilement remises en doute et le consentement pourra être moins recherché.

❖ L'autonomie

L'autonomie se définit comme la capacité à se gouverner soi-même. L'infirmière en CMP et celle en USLD évoquent plusieurs stades d'autonomie, notamment l'autonomie physique et psychique. Globalement, toutes s'accordent pour dire qu'un patient autonome est un patient qui peut faire les choses par lui-même. Cette définition se rapproche plus de celle de l'indépendance que de celle de l'autonomie à proprement parler. En effet, faire les choses par soi-même relève plus d'un plan physique, tandis que l'autonomie s'exprime plus sur un plan psychique, où la personne va prendre des décisions pour elle-même.

Cette nuance au niveau du sens des mots est visible dans les entretiens. Si pour l'infirmière aux urgences l'autonomie ne semble s'appliquer que sur un plan physique, où la personne est capable de se débrouiller seule, pour l'infirmière en soins palliatifs l'autonomie s'exprime sur un plan intellectuel : le patient va être autonome dans ses choix.

Comme l'a écrit Morin, « *on ne peut pas concevoir d'autonomie sans dépendance* » (Morin, 1981, p. 261) car la dépendance constitue le rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre ; sans dépendance, nous n'aurions besoin de personne. Pour les infirmières interrogées, faire la différence entre autonomie et dépendance n'est pas si simple. Les infirmières en soins palliatifs, et médecine m'expliquent toutes les deux qu'un patient peut être autonome dans ses choix mais dépendant pour réaliser certains actes. En revanche, l'infirmière aux urgences et celle qui exerce en libéral opposent complètement l'autonomie et la dépendance : soit le patient peut faire les choses seul, soit il ne peut pas et dans ce cas il est dépendant. Pour l'infirmière en psychiatrie, les patients autonomes seraient ceux qui ont besoin d'être écoutés tandis que les patients dépendants seraient ceux sous traitement ou sous contrainte comme la mise sous tutelle. Enfin, l'infirmière en USLD pense que si les patients étaient autonomes, ils ne seraient pas placés dans son service. Comme la plupart sont atteints de démence, on peut en déduire qu'elle considère que la personne démente n'est plus capable d'être autonome.

On voit donc bien que ces deux concepts opposent les soignants : certaines les associent tandis que d'autres les différencient. Cet amalgame est souvent fait dans le monde médical et provient principalement du contexte sociétal actuel où le terme de dépendance a été péjoré car nous vivons dans un monde où la productivité est mise au premier plan.

Concernant l'impact sur la prise en charge, la notion de temps revient souvent quand on évoque la prise en charge d'un patient dépendant. En effet, les infirmières travaillant aux urgences, en psychiatrie, en libéral et en médecine affirment qu'un patient dépendant va demander plus de temps car il va falloir l'aider pour ses soins quotidiens, pour lui faire prendre ses traitements, il va aussi falloir surveiller son environnement et faire attention à ce qu'il ne manque rien. Pour l'infirmière des soins palliatifs et celle de l'USLD, ce sera au contraire une prise en charge adaptée, où le patient sera mis en position centrale. L'objectif de cette prise en charge va être d'apporter aux patients des petits plaisirs.

Encore une fois, on constate que ce sont dans les services de fin de vie et où les personnes sont âgées que la prise en charge semble fondée sur les besoins du patient, dans son intérêt. Pour les autres, le patient qui va nécessiter du temps se verra parfois ôter son autonomie.

❖ **La relation soignant-soigné**

Pour toutes les infirmières interrogées, les mêmes termes reviennent systématiquement lorsque je les questionne sur la place qu'elles accordent à la relation soignant-soigné dans leur pratique : elle est primordiale, essentielle, très importante. L'infirmière libérale et celle travaillant en médecine me disent toutes les deux que c'est le cœur du métier d'infirmier.

L'infirmière libérale et celle travaillant aux urgences me parlent toutes les deux de la relation de confiance. En effet, dans les soins, la relation de confiance est indispensable car c'est grâce à elle que les patients acceptent les actes médicaux. Aux urgences, cette relation de confiance permet de rassurer les patients qui se présentent dans des états anxieux. En libéral, la confiance est primordiale car l'infirmière rentre dans l'intimité de ses patients. La confiance est nécessaire selon Laurence Largarde-Piron pour qui, sans cela, le soin ne serait pas possible. En lien avec ce qu'avancent les infirmières, aucun soin ne pourra être pratiqué sans relation de confiance car les patients n'y participeront pas.

Les infirmières en médecine, USLD et en soins palliatifs évoquent l'écoute et la communication. Que ce soit de la communication verbale, non verbale, ou bien de l'écoute active, ce sont trois techniques qui sont essentielles pour entrer en relation avec les patients. En effet, par l'écoute, le soignant va percevoir les émotions et les sentiments exprimés par le patient. La communication va permettre quant à elle les interactions.

L'infirmière en CMP donne à la relation un véritable pouvoir de soin : en psychiatrie, c'est ce qui permet selon elle l'amélioration de l'état de santé du patient. Entrer en relation avec le patient serait un soin relationnel comme l'explique Hervé Menaut, un soin où chacun engage son histoire, son vécu pour permettre une rencontre.

Les freins à l'instauration d'une relation soignant-soigné de qualité seraient les suivants :

- Pour l'infirmière libérale et l'infirmière des urgences, le temps peut être un frein à la relation. En effet, pour ces deux secteurs d'activité, beaucoup de monde doit être soigné en peu de temps. L'infirmière libérale explique que certains patients ne comprennent pas qu'elle soit pressée par le temps et que la relation peut se dégrader par rapport à cela. Aux urgences, c'est le fait de prioriser les soins qui peut altérer la relation : les soignants n'ont pas forcément le temps de faire un entretien d'aide pour une personne angoissée car il y a trop d'urgences vitales. L'infirmière travaillant en soins palliatifs évoque aussi la notion de temporalité en comparant sa pratique actuelle à l'ancienne : à l'époque, le temps lui manquait pour créer une relation personnalisée avec chaque patient. Le fait de ne pas pouvoir réfléchir son soin, comme l'évoque aussi l'infirmière de l'USLD, entaille la relation avec le patient.
- L'état psychique du patient peut aussi être un frein. Comme en parlent l'infirmière en psychiatrie et celle des urgences, des patients agressifs, agités ou délirants peuvent compliquer la relation. Ceci pourrait s'expliquer par la difficulté de prise en charge que peuvent causer ces états pour les soignants, qui ne savent pas forcément gérer les états de crise.
- L'infirmière en CMP évoque la façon d'être du soignant comme frein à la relation. Selon elle, son attitude, ses réponses, peuvent compliquer la relation. En effet, chaque personne est singulière et la relation se forme par la rencontre entre deux personnes.

Tout le monde ne peut pas s'entendre avec tout le monde, et la singularité de chaque être humain peut empêcher la relation entre deux individus.

- Enfin, l'infirmière qui travaille en service de médecine pense que les problèmes de communication, tels que la barrière de la langue ou le mutisme, peuvent compliquer la relation. Toutefois, elle n'évoque pas la communication non verbale, qui correspond à 80% de la communication entre deux personnes.

Finalement, la place qu'accordent les soignantes à la relation soignant-soigné dans leur prise en soin est similaire : pour toutes, elle est principale. La confiance, la communication et l'écoute apparaissent comme notions clés dans le processus de formation d'une relation avec le patient, comme j'ai pu également le démontrer dans mon cadre de références.

5.6 Synthèse de l'enquête exploratoire

Cette enquête auprès des professionnelles de santé m'a permis de constater que le consentement est un concept défini de la même façon par toutes les soignantes et ce peu importe le service dans lequel elles exercent. La différence se fait au niveau de sa recherche. En effet, il est ressorti de ces analyses que les soignants des services accueillants des personnes âgées ou des personnes en fin de vie sont plus attentifs à la recherche du consentement du patient. En parallèle, on remettra plus facilement en doute le consentement exprimé par un patient atteint de pathologie psychiatrique ou de démence. Globalement, toutes les soignantes utilisent la technique de la négociation et du compromis pour réussir à l'obtenir.

Concernant l'autonomie, les soignantes sont divisées : certaines font l'amalgame entre autonomie et dépendance, tandis que les autres distinguent les deux termes. Ceci va impacter la prise en soin du patient car celles qui font l'amalgame vont réduire au rang de « *dépendant* » toute personne ne pouvant plus effectuer certains gestes seule. Ainsi, elles oublient que l'autonomie peut encore s'exprimer sur un plan psychique et que la personne, bien que dépendante physiquement, peut toujours prendre les décisions la concernant. Encore une fois,

on peut remarquer que ce sont dans les services de fin de vie et gériatrique où la prise en soin semble fondée sur les besoins du patient et dans le respect de son autonomie.

Enfin, la place qu'accordent les soignantes à la relation soignant-soigné est la même pour toutes : elle a la place principale dans leur pratique. Même s'il existe certains freins, tels que le temps, l'état psychique du patient ou encore les problèmes de communication comme la barrière de la langue, la relation soignant-soigné apparaît comme essentielle pour réaliser un soin.

5.7 Limites de l'enquête

L'enquête exploratoire est une étape très importante dans la rédaction de ce travail de fin d'études. Elle permet de pouvoir comparer les apports relevés d'après les lectures et ce qu'il se passe réellement sur le terrain. Toutefois, ce n'est pas toujours facile de pouvoir effectuer des entretiens. Je n'ai pas toujours été face à des infirmières motivées pour répondre à mes questions et à deux reprises j'ai dû interroger des soignantes averties au dernier moment, lorsque je me trouvais face à elles. Cela peut créer des biais car il a parfois été difficile d'obtenir des réponses, j'ai eu quelques fois l'impression de déranger avec mes questions, comme si je leur faisais perdre du temps.

Par ailleurs, interroger seulement 6 professionnels n'est absolument pas représentatif de tout un corps soignant. J'avais pour projet à travers ces entretiens de mettre en lumière les différences de prise en charge selon les services. Encore une fois, ne m'entretenir qu'avec un soignant par différent service n'est pas représentatif. D'ailleurs, j'ai été plutôt surprise par certains entretiens. Je partais avec des réponses en tête et finalement j'ai obtenu des réponses complètement différentes, auxquelles je ne m'attendais pas. C'est aussi ce qui fait la richesse des entretiens, l'inattendu.

6 Problématique

Respecter le consentement et l'autonomie du patient c'est le prendre en compte dans sa dignité d'être humain et c'est reconnaître qu'il est libre de faire les choix qu'il considère être les bons pour lui, même s'ils ne le sont pas pour nous, les soignants. À travers le cadre de référence et l'enquête exploratoire, j'ai pu mettre en exergue que la vulnérabilité du patient peut s'interposer dans la recherche du consentement et la prise en compte de son autonomie. En effet, les pathologies altérant le raisonnement, les fonctions cognitives ou la notion même d'identité peuvent amener le soignant à agir sans consentement. La pathologie des patients atteints de troubles psychiatriques ou de démences peut s'exprimer au premier plan lorsqu'on communique avec eux. Il est alors plus difficile de discerner qui parle : la personne ou la maladie ? Cela peut évidemment impacter directement la relation soignant-soigné. En effet, la relation qui s'opère entre un soignant et un patient doit être basée sur la communication et l'écoute. Seulement, écouter n'est pas si simple : cela requiert de la patience et du temps, il faut se rendre disponible pour l'autre. La recherche du consentement du patient et le respect de son autonomie peuvent être compromis par le temps dont dispose le soignant. Si le soignant n'a pas de temps, il ne va pas chercher à comprendre pourquoi le patient refuse un soin par exemple. L'anxiété, une mauvaise expérience passée, un mal-être général... Toutes ces hypothèses ne seront pas évaluées. C'est alors que deux solutions apparaissent : soit le soignant réessaie plus tard, soit il le fait sans son accord. C'est à cause de cette deuxième proposition que la relation soignant-soigné peut se détériorer. Malheureusement, le manque de temps est bien réel à l'hôpital. Problématique institutionnelle ou organisationnelle, tous les soignants y sont confrontés puisque c'est un problème dont parle l'infirmière libérale interrogée. Le manque de personnel et le nombre de patients qui augmente continuellement ne permettent plus aux soignants de réussir à prendre le temps. Or, c'est avec le temps qu'une relation de confiance peut se créer et sans cette relation de confiance, aucuns soins ne pourront être prodigués. Cette relation est d'autant plus importante quand on se trouve face à des personnes vulnérables, tels que le sont les patients atteints de troubles cognitifs.

7 Question de recherche

La mise en lien entre mon cadre de référence et mes analyses m'ont permis de faire émerger une problématique. La question de recherche qui en découle est la suivante :

« Comment se construit la relation soignant-soigné auprès de patients ayant de troubles cognitifs quand le temps est restreint ? »

8 Conclusion

Ce travail touche désormais à sa fin. Après avoir mis en lien les propos des soignants et ceux des auteurs, il en ressort que la relation soignant-soigné est primordiale lorsqu'on prétend à soigner. Le respect du consentement et de l'autonomie du patient lui permettent de retrouver son identité à travers l'épreuve qu'est la maladie. Sans cela, le patient se voit déposséder de sa dignité et de sa liberté et la relation soignant-soigné en est affaiblie. Toutefois, pour respecter le consentement il faut le rechercher et le temps semble alors s'imposer comme limite principale. En effet, si les soignants n'ont pas de temps pour les patients, on peut se questionner sur la façon dont peut se construire une relation entre eux.

Ce mémoire marque la fin de mes trois années d'études, qui m'ont permis d'évoluer aussi bien professionnellement que personnellement. Si je garde le statut d'étudiante encore quelques mois, je serais d'ici peu l'infirmière qui devra faire face à des responsabilités, qui devra à son tour encadrer des étudiants et leur transmettre des savoirs. J'ai pris beaucoup de plaisir à écrire ce mémoire dont le sujet me tient à cœur. Je rejoins le point de vue des soignantes interrogées : pour moi, la relation soignant-soigné représente le cœur même du métier d'infirmier. J'ai choisi de m'orienter vers la psychiatrie car je ne souhaite pas seulement créer une relation avec les patients, je veux en faire un soin. La relation représente pour moi un partage, un échange, comme une promesse qu'on fait à l'autre. Quand on est soigné, la maladie vient s'immiscer dans les représentations qu'on a de nous-même, faisant ainsi basculer toutes nos certitudes, toutes nos croyances. La vulnérabilité avec laquelle se présente un malade face au monde

soignant mérite de l'humanité et mérite une relation soignant-soigné de confiance et d'empathie. C'est ce que je souhaite faire quand je serais diplômée. Je reste intimement persuadée que la souffrance invoquée par la maladie peut s'atténuer si le patient se sent compris et écouté.

9 Bibliographie

- Andorno, R. (2010, Avril). Dignité humaine, droits de l'homme et bioéthique : quel rapport ? *Journal International de Bioéthique*(21), pp. 51-59.
- Azoux Bacrie, L. (2019, Mars). Consentement et dignité : deux concepts fondateurs de la médiation dans le domaine de la santé. *Droit, Santé et Société*(3), pp. 8-15.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: University Press.
- Bellenger, L., & Couchaere, M. J. (2012). *L'écoute : Osez l'empathie pour améliorer vos relations* (éd. 3e). Paris: ESF.
- Breton, P. (1998). Ecouter, La culture du convaincre. Dans *Autrement* (p. 153). Paris.
- Brousse, A. (2021, Janvier). Protection juridique des majeurs, comment favoriser l'autonomie d'une personne vulnérable dans le cadre d'une mesure de contrainte. *Vie sociale*(33), pp. 141-152.
- Chalifour, J. (1998). *Relation d'aide en soins infirmiers : Une perspective holistique - humaniste*. Paris: Lamarre.
- Claire, M. (2014). *La maladie, catastrophe intime*. Paris: PUF.
- Clerc, D. (2007). L'écoute de la parole. *Revue française de la psychanalyse*, 71, 1285-1340.
- Daval, R. (2008, Février). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*(8), pp. 5-20.
- Dominicié, P. (2010). Du silence de la souffrance à la parole des patients. *Le sujet dans la cité*, pp. 107-119.
- Duguet, A. M. (2010, Avril). Le respect de la dignité à l'hôpital. *Journal International de Bioéthique*(21), pp. 93-101.
- Dupont, M., Laguerre, A., & Volpe, A. (2015). *Soins sans consentement en psychiatrie*. Paris: Presses de l'EHESP.
- Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'"autonomie" et de la "dépendance" dans le champ de la vieillesse. *Le sociographe*, pp. 139-157.

- Formarier, M. (2007, Février). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*(89), pp. 33-42.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières (2e ed)*. Paris: Mallet Conseil.
- Freud et la cure psychanalytique*. (s.d.). Récupéré sur Maxicours.
- Gzil, F., & Latour, F. (2013, Septembre 27). *Alzheimer : Respect de l'autonomie*. Récupéré sur Espace Ethique Ile de France: <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/alzheimer-respect-de-lautonomie>
- Imbert, G. (2010, Mars). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 23-34.
- Jonas, C. (2013, Janvier 14). *Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011*. Récupéré sur Em-consulte: <https://www.em-consulte.com/article/781107/soins-sans-consentement-prevus-par-la-loi-du-5juil>
- Kaepelin, P. (1991). *L'écoute* (éd. 3e). Paris: Ed. ESF.
- Kant, E. (1993). *Fondements de la métaphysique des moeurs*. Paris: Le Livre de Poche.
- Lagarde-Piron, L. (2016). La confiance dans les soins infirmiers. Dans R. Delaye, & P. Lardellier, *La confiance : Relations, organisations, capital humain* (pp. 242-256). Caen: EMS Editions.
- Malabeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*(4), pp. 4-6.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (1995). *La relation soignant-soigné*. Paris: Lamarre.
- Marin, C. (2014). Maladie et identité. Dans *La maladie, catastrophe intime* (pp. 11-18). Paris: PUF.
- Marquis, N., & Pesesse, S. (2021). De l'incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décisions aux urgences psychiatriques. *Sciences sociales et santé*(39).
- Marzano, M. (2006). *Je consens, donc je suis...* Paris: PUF.
- Marzano, M. (2010, Janvier). Qu'est-ce que la confiance ? *Etudes*(412), pp. 53-63.

- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *Vie sociale et traitements*(101), pp. 78-83.
- Mill, J. S. (1859). *De la liberté*. Paris: Presses Pocket.
- Morin, E. (1981). Peut-on concevoir une science de l'autonomie ? *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXXI, p. 261.
- Pellerin, J. (2011). *La démence, obstacle ou contribution pour penser la mort ?* Récupéré sur Espace National de Reflexion Ethique sur la Maladie d'Alzheimer: www.espace-ethique-alzheimer.org
- Phanuel, D., & Hamon-Mekki, F. (2013, Octobre). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *Soins*(779), pp. 30-31.
- Regnier, C. (2001). Recevoir le consentement en gériatrie. *Laennec*(59), pp. 38-48.
- Rogers, C. (1998). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Rogers, C. (2015). *La relation d'aide et la psychothérapie* (éd. 19e). Paris: ESF.
- Sartre, J. P. (1976). *L'Être et le Néant*. Paris: Gallimard.
- Turkieltaub, S. (2021, Janvier). Les pathologies guerrissables du consentement. *Vie sociale*(33), pp. 61-77.

10 Table des annexes

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens.....	I
<i>Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA).....</i>	<i>I</i>
<i>Annexe I.II : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier de Montfavet (CHM).....</i>	<i>II</i>
Annexe II : Autorisation de la direction des soins.....	III
<i>Annexe II.I : Autorisation du CHA.....</i>	<i>III</i>
<i>Annexe II.II : Autorisation du CHM.....</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe II.III : Autorisation de l'infirmière libérale.....</i>	<i>IV</i>
Annexe III : Retranscription littérale des entretiens.....	V
<i>Annexe III.I : Entretien en libéral.....</i>	<i>V</i>
<i>Annexe III.II : Entretien en soins palliatifs.....</i>	<i>IX</i>
<i>Annexe III.III : Entretien aux urgences.....</i>	<i>XIV</i>
<i>Annexe III.IV : Entretien en USLD.....</i>	<i>XIX</i>
<i>Annexe III.V : Entretien en psychiatrie.....</i>	<i>XXVI</i>
<i>Annexe III.VI : Entretien en médecine.....</i>	<i>XXXI</i>
Annexe IV : Grille d'analyse vierge.....	XXXVI
<i>Annexe IV.I : Grille d'analyse des entretiens.....</i>	<i>XXXVI</i>
<i>Annexe IV.II : Grille d'analyse des questions.....</i>	<i>XXXVI</i>
Annexe V : Grille d'analyse des entretiens.....	XXXVII
<i>Annexe V.I : Entretien en libéral.....</i>	<i>XXXVII</i>
<i>Annexe V.II : Entretien en soins palliatifs.....</i>	<i>XXXVIII</i>
<i>Annexe V.III : Entretien aux urgences.....</i>	<i>XXXIX</i>
<i>Annexe V.IV : Entretien en USLD.....</i>	<i>XL</i>
<i>Annexe V.V : Entretien en psychiatrie.....</i>	<i>XLI</i>
<i>Annexe V.VI : Entretien en médecine.....</i>	<i>XLII</i>
Annexe VI : Grille d'analyse des questions.....	XLIII
<i>Annexe VI.I : Question n°1.....</i>	<i>XLIII</i>
<i>Annexe VI.II : Question n°2.....</i>	<i>XLIV</i>
<i>Annexe VI.III : Question n°3.....</i>	<i>XLV</i>
<i>Annexe VI.IV : Question n°4.....</i>	<i>XLVI</i>
<i>Annexe VI.V : Question n°5.....</i>	<i>XLVII</i>
Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	XLVIII

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens

Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA)

Mme. Chloé Noir
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 2 impasse des termes 30400 Villeneuve-Lès-Avignon
Téléphone : 07.81.30.87.88
Mail : cnoir01@gmail.com

À l'attention de Madame Ronat, Directrice des Soins

Avignon, le 4 janvier 2022

Madame la Directrice des Soins,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans :

- un service de gériatrie (EHPAD ou USLD)
- aux urgences adultes
- en soins palliatifs
- un service de médecine

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **L'impact du respect de l'autonomie et du consentement du patient sur la relation soignant-soigné.**

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Quelle définition donneriez-vous pour le consentement ?
- Êtes-vous toujours à la recherche du consentement des patients ?
- Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné dans votre pratique ? Pourquoi ?
- Racontez-moi votre dernière prise en charge d'un patient autonome
- Racontez-moi votre dernière prise en charge d'un patient dépendant

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération.

Chloé NOIR

Annexe I.II : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier de Montfavet (CHM)

Mme. Chloé Noir
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 2 impasse des termes 30400 Villeneuve-Lès-Avignon
Téléphone : 07.81.30.87.88
Mail : cnoir01@gmail.com

À l'attention de Madame Schüller, Directrice des Soins

Avignon, le 4 janvier 2022

Madame la Directrice des Soins,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans un service de soins psychiatriques,
Auprès d'un Infirmier Diplômé d'Etat ayant le diplôme d'Etat d'Infirmier Secteur Psychiatrique ou ayant au minimum 15 ans d'expérience

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **L'impact du respect de l'autonomie et du consentement du patient sur la relation soignant-soigné.**

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

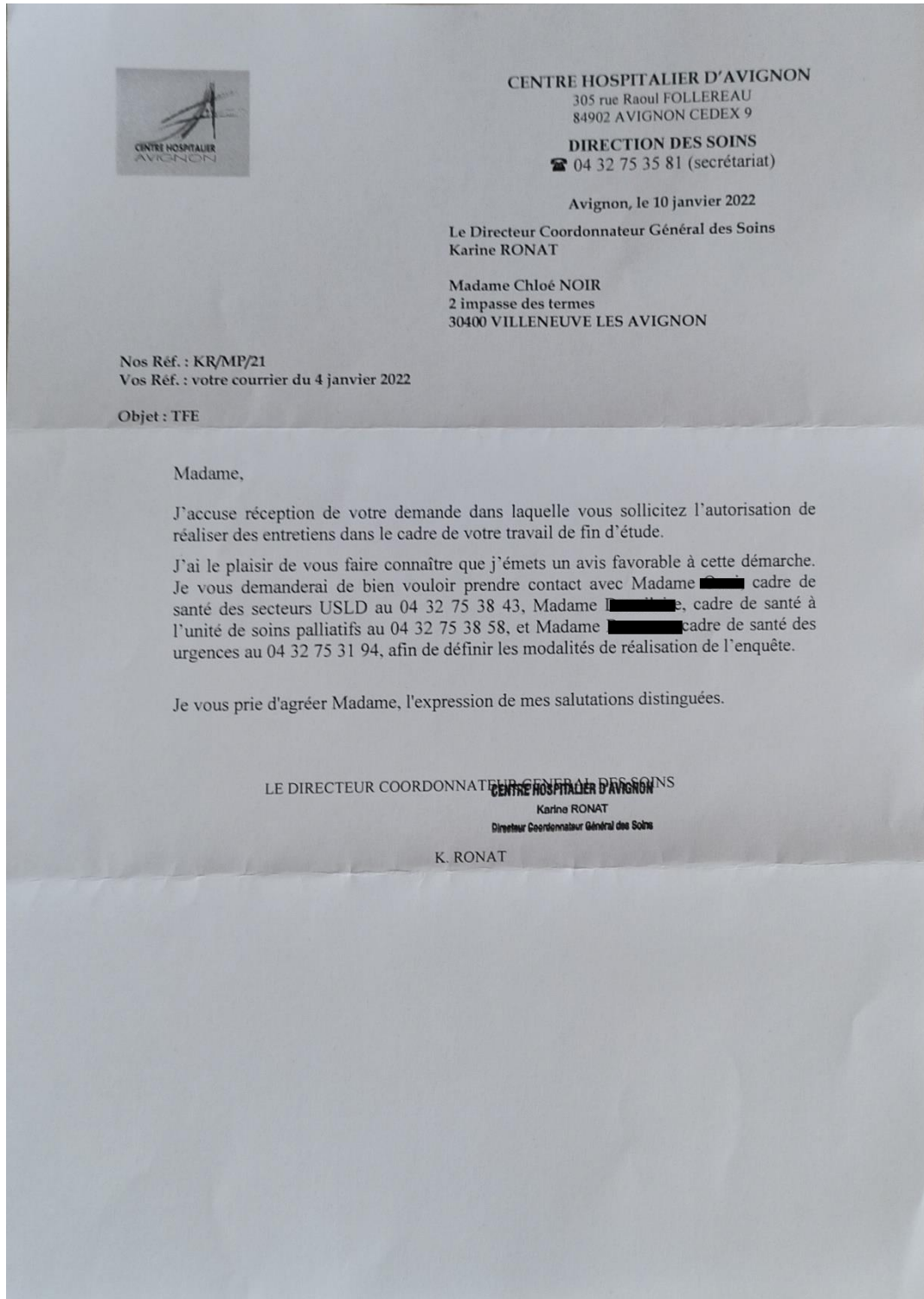
- Quelle définition donneriez-vous pour le consentement ?
- Êtes-vous toujours à la recherche du consentement des patients ?
- Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné dans votre pratique ? Pourquoi ?
- Racontez-moi votre dernière prise en charge d'un patient autonome
- Racontez-moi votre dernière prise en charge d'un patient dépendant

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération.

Chloé NOIR

Annexe II : Autorisation de la direction des soins

Annexe II.I : Autorisation du CHA



Annexe II.II : Autorisation du CHM



██████████@ch-montfavet.fr>

jeu. 27 janv. 11:43 ☆ ↶ ⋮

À moi, ██████████

bonjour

je suis cadre de santé sur le PGGA et j'ai des agents de plus de 15 ans d'expérience sur le CMP ERASMUS et le CATTM MONOD. Pourriez vous me contacter au 0661 ██████████ afin que nous puissions convenir d'une date pour vos entretiens.

cordialement

Mme D. ██████████

CDS / PGAA

Eq mobile psychiatrie générale TEL 4466 UF 6651

CMP ERASMUS TEL8923 UF 7492

CATTM MONOD TEL 8920 UF 4848

Annexe II.III : Autorisation de l'infirmière libérale

Je, soussignée, Christine Issartial autorise
Chloé Noie dans le cadre de son travail
de fin d'études à utiliser et diffuser
l'échange que nous avons eu.

A Rochefort le 7/02/2022

Madame Christine ISSARTIAL
24 - Infirmière Conventionnée
RESIDENCE ANDAON Bât E
PLACE DE LA CROIX
30400 VILLENEUVE LES AVIGNON
30 6 18390 6 0 1 20 1 24
CMI CONV ZID IK SPEC

Annexe III : Retranscription littérale des entretiens

Annexe III.I : Entretien en libéral

1 **Chloé : Bonjour, merci d'avoir bien voulu me rencontrer, vous allez bien ?**

2 IDE : Très bien merci et vous ?

3 **Ça va merci. Alors euh je vais commencer, donc euh je vais vous poser quelques questions**
4 **pour mon mémoire infirmier comme je vous avais dit. Donc euh mon mémoire porte sur**
5 **la relation soignant-soigné. D'abord est-ce que vous pourriez vous présenter s'il-vous-**
6 **plait, euh qu'est-ce que vous avez fait, où est-ce que vous avez travaillé...**

7 Alors euh j'ai commencé l'école en 95 pendant 2 ans à Bagnols sur Cèze. Puis je suis partie à
8 Auxerre, au sud de Paris, et j'ai été diplômée là-bas en 98. Donc euh j'ai travaillé en rééducation
9 pour les personnes avec un handicap moteur, euh en psychiatrie à Montfavet, euh un petit peu
10 de médecine, puis j'ai ouvert mon cabinet en libéral il y a 12 ans.

11 **D'accord merci. Donc euh je vais commencer avec la première question, quelle définition**
12 **donneriez-vous au consentement ?**

13 Alors hum, le consentement c'est euh... rechercher l'accord euh... la véritable volonté.
14 C'est..., oui c'est donner le droit à la personne de choisir (silence). C'est euh un accord qu'on
15 doit obtenir avant tout acte.

16 **Ok, et est-ce que vous pensez être toujours à la recherche du consentement des patients ?**

17 Oui complètement, complètement... Toujours oui complètement

18 **D'accord, est-ce que vous pourriez me donner un exemple ?**

19 Euh oui... alors euh par exemple on a une patiente, euh ça fait des années qu'on la suit, donc
20 euh elle est âgée et euh pour les soins de nursing on essaie de lui faire prendre la douche. Donc
21 elle déteste prendre des douches euh... depuis toujours. Donc ce qu'on fait c'est que euh on a
22 fixé une douche par semaine. Mais la semaine dernière par exemple, euh on devait lui faire
23 prendre une douche, mais elle a refusé. Donc on essaie euh de la reporter à chaque fois...
24 jusqu'au jour où elle sera d'accord pour la prendre. Mais euh jamais on ne va la forcer, si elle
25 ne veut pas se doucher bah on fera simplement une toilette au lavabo.

26 **Ok merci. Maintenant est-ce que vous pouvez me dire euh, quelle place accordez-vous à**
27 **la relation soignant-soigné dans votre pratique ?**

28 Tout (rires). Euh elle est essentielle... elle est primordiale. Sinon je vais vous dire, euh je ne
29 ferais même pas ce métier. Euh en libéral c'est essentiel, parce que euh, on va chez le gens...
30 c'est euh... c'est intime. S'il n'y a pas de relation, euh j'arrête la prise en charge, et je passe la
31 main à quelqu'un, euh voilà. Voilà soit effectivement j'arrête complètement mon métier de
32 libérale parce que... il arrive que... il arrive que la relation se dégrade, et auquel cas je... voilà
33 je ne continue plus avec cette personne. Et euh... et pour moi il est fondamental de... d'avoir
34 une relation de confiance, euh... et puis c'est pas de, c'est pas de l'amitié, c'est euh de
35 l'empathie. C'est de la présence forte, c'est, c'est, c'est être là, vraiment vrai, donner les soins
36 et pas faire semblant quoi, voilà.

37 **Oui je vois. Euh quand vous dites que la relation peut se dégrader et que vous arrêtez,**
38 **qu'est-ce que... comment elle peut se dégrader, c'est-à-dire ?**

39 Alors euh ça peut arriver que les... les patients, euh, alors, euh, ils considèrent par exemple
40 qu'on est à leur service... euh, et au départ on établit un petit peu clairement les règles, c'est-
41 à-dire qu'on leur dit bah voilà on vient pour un soin mais euh on va pas passer une heure et
42 demi euh pour vous juste pour vous parce que, euh on a beaucoup beaucoup de travail, on a
43 d'autres patients à s'occuper.

44 **Mmh mmh.**

45 Euh... parfois les patients considèrent que euh, ils consomment de l'infirmière libérale, comme
46 ils consomment euh... pfff, de l'aide-ménagère, euh du médecin, euh voilà quoi. C'est... ils
47 considèrent que ce temps-là il est euh, il est pour eux, alors bien sûr qu'il est pour eux, mais
48 cependant ils ont pas euh... ils ont pas non plus toute la matinée pour eux quoi c'est... et là bon
49 on a parfois des patients qui par exemple euh on vient pour les aider pour un soin d'hygiène,
50 c'est eux, ils sont autonomes voilà on vient pour les aider, mais euh, pour les aider par exemple
51 à les habiller, à leur faire... à, à, à effectuer des soins d'hygiène qu'ils peuvent pas faire, mais
52 euh, qui... le reste ils peuvent le faire. Donc ils prennent le temps, et même plus que le temps
53 pour par exemple prendre leur douche et nous on, on reste à côté. Mais ils considèrent que bah
54 on est là pour attendre et que c'est pas grave !

55 **D'accord.**

56 Sauf que (petit rire) voilà, bon... Et là ça, c'est compliqué pour nous, pour euh, pour maintenir
57 une relation, euh... une relation euh neutre, parce que, on, on est pressé par le temps et, et donc
58 forcément euh ça se dégrade.

59 **D'accord, OK. Euh ensuite je vais vous demander si vous pouvez me raconter euh la, euh**
60 **vos dernière prise en charge d'un patient qui est autonome.**

61 (silence) Euh... pfff... Bah quelqu'un qui est autonome... euh... Bah euh une prise en charge
62 pour quoi par exemple ? Pour n'importe quel soin ?

63 **Oui, peu importe oui.**

64 Bah euh hier soir par exemple. J'ai commencé euh une prise en charge d'une patiente, euh qui
65 euh qui est une patiente ancienne du cabinet, elle est atteinte d'un cancer, et on a commencé
66 euh une nutrition euh sur porte à cath.

67 **Mmh mmh.**

68 Euh voilà, donc elle est branchée toute la nuit, mais effectivement le lendemain matin elle
69 retrouve son autonomie.

70 **D'accord.**

71 Euh voilà.

72 **Mmh... et est-ce que vous pouvez maintenant raconter une prise en charge d'un, d'un**
73 **patient qui est dépendant ?**

74 Euh oui, donc euh... donc euh cette fameuse-là qui a sa douche une fois par semaine, donc euh
75 c'est une patiente qui est euh (raclement de gorge), qui a 99 ans, euh elle est euh pratiquement
76 non voyante, et euh, et très peu entendante. Elle se déplace euh en, en déambulateur... et euh
77 elle est dépendante parce que euh voilà, ne serait-ce que pour être au monde, euh pour être euh,
78 pour, pour, pour euh s'alimenter, euh se coucher, se changer euh, voilà elle est dépendante de
79 nous, elle est dépendante de sa fille qui habite dans le même immeuble... et voilà.

80 **Ok.**

81 Donc voilà, je crois que c'est tout hein.

82 **Ok... mmh, est-ce que dans votre pratique vous constatez une, euh une différence euh de**
83 **vos prise en charge si la personne est, est autonome ou dépendante ?**

84 (Silence). Euh (soufflement). Oui, la personne euh, oui la personne dépendante effectivement
85 on sera peut-être plus attentif à ce qui, euh à ce qu'il ne manque rien entre guillemets, euh dans
86 tout ce qui l'entoure (raclement de gorge). Euh pour concernant son traitement, euh concernant
87 ses vêtements, concernant ses changes euh oui. Alors que la personne autonome voilà, voilà
88 elle se gère elle-même. Euh... voilà dans sa prise en charge globale, elle est euh, elle est un peu
89 moins proche pour une personne euh, pour une personne autonome.

90 **D'accord.**

91 Proche dans le sens où, euh pas dans la relation elle-même, mais euh, dans l'attention que je
92 vais porter à son, à ce qu'il se passe autour d'elle.

93 **D'accord.**

94 Euh voilà.

95 **Ok. Bon bah j'ai fini avec les questions, euh les questions que j'avais préparé. Euh je vous**
96 **remercie d'avoir répondu. Merci beaucoup d'avoir pris ce temps-là.**

97 Bah avec plaisir.

98 **Et je vous souhaite une bonne fin de journée.**

99 Merci, également.

100 **Merci beaucoup, au revoir.**

101 Bonne continuation au revoir.

Annexe III.II : Entretien en soins palliatifs

1 **Chloé : Alors du coup je m'appelle Chloé, je suis en troisième année à l'IFSI d'Avignon.**
2 **Je fais mon mémoire sur la relation soignant-soigné, donc mes questions vont être en**
3 **rapport. Alors est-ce que d'abord, est-ce que tu peux te présenter, quand est-ce que tu as**
4 **été diplômée, où est-ce que tu as travaillé ?**

5 IDE : Alors... donc moi je suis E, euh... j'ai eu mon diplôme en 2006. Euh j'ai commencé à
6 travailler en région parisienne en SSR, puis en court séjour gériatrique. Donc ça, ça a duré 6
7 ans. Après je suis partie sur Lyon, euh j'ai travaillé 4 ans en SSR en court séjour, et 2 ans en
8 soins palliatifs onco.

9 **OK.**

10 Et là ça fait deux ans que je suis ici.

11 **OK, parfait. Alors du coup ma première question c'est quelle définition donnerais-tu au**
12 **consentement ?**

13 Consentement wahou ! Euh... bah c'est le fait de... de demand... de demander un accord euh...
14 fin quand on fait un soin euh de demander l'accord au patient.

15 **OK.**

16 S'il est d'accord ou pas (rires).

17 **D'accord (rires). Est-ce que tu penses être toujours à la recherche du consentement du**
18 **patient ?**

19 Alors euh ici euh j pense que dans certains services où j'ai été non. Parce qu'on leur demande
20 pas leur avis euh... parce qu'il y a des soins à faire et que... bah c'est comme ça et on réfléchit
21 pas. Ici j pense qu'on prend plus le temps euh de... de savoir ce que les gens veulent vraiment,
22 euh... que ça soit pour une prise de sang ou pour euh une toilette, ou si le patient il veut pas il
23 veut pas quoi !

24 **OK.**

25 Voilà, j pense qu'on les, on prend, on prend plus le temps d'écouter.

26 **C'est dû à quoi selon toi ?**

27 Alors euh, j pense que c'est dû au... on a plus le temps.

28 **Mmh mmh.**

29 Vraiment plus de temps (rires). Et je pense qu'on est plus dans la réflexion euh du soin, euh de
30 savoir euh qu'est-ce qui est bon ou pas pour le patient. Est-ce que la prise de sang qu'on va
31 faire, est-ce qu'il a vraiment besoin de l'avoir ? Euh est-ce que la toilette, euh est-ce que c'est
32 vraiment utile, est-ce qu'il est vraiment sale, est-ce que... ?

33 **OK.**

34 Voilà on est, en fait j'pense qu'ici on est sans arrêt en train de (rires) de demander le
35 consentement des patients euh... voilà. Mais j'pense que dans les autres services c'est pas le
36 cas.

37 **OK. Euh quelle place accordes-tu à la relation soignant-soigné dans ta pratique ?**

38 Euh... bah c'est une place importante, parce que je (rires) justement je suis très euh... fin tout
39 ce qui est soins agressifs euh tout ça moi je... en fait je suis ici parce que j'en pouvais plus de,
40 de faire des trucs euh sur des gens qui ont pas envie euh... Donc moi c'est sans arrêt euh...
41 voilà quand je rentre dans une chambre euh... voilà... fin après je demande pas forcément mais
42 on le voit euh à la euh à l'attitude du patient si il a envie ou s'il a pas envie ou... Et puis si il
43 veut pas moi je vais voir le médecin et j'dis bah écoute il a pas envie quoi (rires).

44 **D'accord.**

45 Et puis bon en général on parle et puis soit on déplace le truc peut-être plus tard, parce que bon
46 là il est pas de bonne humeur donc il a pas envie d'accepter. Des fois il suffit d'arriver au bon
47 moment ou... y a des jours où les patients ils, c'est pas leur jour et demain ça ira mieux et puis
48 voilà.

49 **Est-ce que c'est comme pour le consentement t'as vu une différence entre la relation que
50 tu peux avoir dans ce service spécifiquement et dans les autres ?**

51 Ah bah oui oui oui ! Non c'est sur que... euh... dans les autres services franchement c'est du
52 travail à la chaîne, y a aucune réflexion. Même pour une tension, fin j'veux dire euh on prend
53 des tensions pour prendre des tensions quoi ! Fin... j'vois pas l'intérêt de prendre une tension
54 à un patient qui a aucun, qui a aucun problème de tension euh dans ses antécédents fin tu peux
55 le prendre sur les trois premiers jours après non quoi ! Fin si c'est c'est juste pour prendre une
56 tension pour faire joli, pour marquer que on a fait euh sur le papier on met une croix... fin c'est
57 pas ça le soin, fin... C'est très agaçant. Moi je sais que en plus en SSR et court séjour c'est

58 vraiment du... voilà quoi et les personnes âgées on leur demande jamais leur avis, parce qu'ils
59 sont vieux on croit qu'ils sont tous séniles (rires) que... Mais nan c'est euh... ouais...

60 **OK. Euh... alors est-ce que tu peux me donner la différence pour toi de l'autonomie et de**
61 **la dépendance ? Quelle différence tu fais entre les deux ?**

62 Euh... mmh... L'autonomie et la dépendance... Bah en fait euh... Pfff comment te dire ça...
63 Euh l'autonomie euh... c'est plus euh... Au niveau, moi j'dirais que l'autonomie c'est plus au
64 niveau intellectuel, de dire que le patient est autonome dans ses choix euh... tout ça alors que
65 la dépendance j'dirais que c'est plus au niveau euh physique où on est là pour aider. C'est pas
66 parce que le patient il est plus capable de faire sa toilette qu'il est plus capable de donner son
67 avis en fait.

68 **OK.**

69 Y a des jours où ça compte (rires).

70 **(rires) Est-ce que tu peux me raconter ta dernière prise en charge d'un patient autonome ?**

71 Alors ici on en a pas souvent !

72 **Ouais c'est euh...**

73 Euh... un patient autonome euh... (silence) bonne question... (silence) un patient autonome...
74 (silence). Si on a eu un monsieur y a pas longtemps... euh oui qui savait très bien ce qu'il
75 voulait (rires) du coup euh.. bah en fait euh il était comme à l'hôtel hein... il nous appelait
76 quand il avait besoin euh... voilà des fois on lui proposait des trucs pour essayer de (rires) de
77 négocier (rires) parce que souvent après on a pas mal de gens aussi qui, qui sont en incurie en
78 fait.

79 **Oui.**

80 Et du coup, bon on négocie une petite douche euh..

81 **De temps en temps (rires)**

82 Voilà, bon on la fait pas tous les jours (rires). Voilà après j'ai pas un exemple en particulier
83 mais j'pense que voilà les gens qui sont autonomes c'est arriver à négocier euh certaines
84 choses... parce qu'ils sont peut-être un peu en capacité de comprendre et que... que c'est pour
85 leur bien et que c'est pas euh... c'est pas pour les embêter qu'on fait ça et...

86 **OK.**

87 Et c'est vrai que des patients autonomes ici on en a pas (rires).

88 **Vous en avez pas beaucoup j'imagine (rires). Et du coup est-ce que tu peux me raconter**
89 **maintenant une prise en charge d'un patient dépendant ?**

90 Euh... bah en ce moment on a une patiente qui est, c'est une sclérose en plaque. Alors ça c'est
91 des patients qui sont très compliqués euh à gérer, parce qu'en fait ils, ils ont toute leur tête, et
92 en fait y a plus rien qui bouge quoi, mise à part la tête... et c'est des gens qui sont très
93 demandeurs euh... et des fois même en faisant tout ce que, tout ce qu'ils veulent bah ça va
94 jamais quoi (rires). Parce qu'en fait, ce qu'ils, ce qu'ils voudraient c'est retrouver leur
95 autonomie, sauf que bah malheureusement euh... c'est des maladies qui vont très vite et... et
96 puis c'est horrible quoi, fin c'est juste horrible... Et euh... bon voilà et on essaye vraiment de,
97 de s'adapter à... Après ces gens ils sont dans des lits ils bougent pas, si elle a pas envie qu'on
98 lui fasse sa toilette euh franchement moi j'suis... je lui fais juste euh une petite toilette euh et
99 puis basta fin, après on les masse beaucoup parce que ça c'est des choses qui en général les
100 gens apprécient, mais euh... voilà on... on essaye de leur apporter des petits trucs euh... ouais
101 des petits plaisirs... de ce qu'il leur reste...

102 **Ouais.**

103 Voilà on essaye de... de faire attention euh, de pas leur imposer des choses en fait parce que
104 des fois quand les gens sont pas autonomes on a tendance à prendre des décisions à leur place
105 parce que bah on pense qu'ils sont pas capables. C'est comme les levers, ici nous on... on, si
106 ils veulent pas on les lève pas. Voilà, après des fois on négocie « *bon allez on vous lève une*
107 *heure* » euh on le lève juste 1h parce qu'on a le temps de venir une heure après pour le
108 recoucher, ce qui n'est pas forcément faisable dans les autres services... Euh voilà c'est des
109 petites négociations...

110 **D'accord.**

111 Voilà du jour au jour euh, puis d'un jour à l'autre ça sera autre chose et puis...

112 **OK.**

113 Voilà.

114 **Euh... est-ce que euh dans ta pratique des fois t'as l'impression de... d'être euh fin de**
115 **prendre en charge les patients différemment selon leur degré plutôt d'autonomie ou plutôt**
116 **de dépendance ?**

117 Alors je... j'essaye de faire attention, c'est comme ce que je te disais hein euh j'pense que plus
118 les gens sont autonomes et plus on a tendance à écouter euh... leurs besoins et euh... moins ils
119 sont autonomes et moins on fait attention.

120 **Ouais.**

121 Donc euh du coup j'essaye de... de faire attention euh... voilà

122 **D'accord. Bah parfait c'était la dernière !**

123 Bah voilà (rires).

124 **Merci beaucoup !**

125 Bah de rien, j'espère que j'ai pu t'apporter quelque chose.

126 **Oui c'est sûr ! Merci !**

Annexe III.III : Entretien aux urgences

1 **Chloé : Alors du coup bah je m'appelle Chloé, je suis étudiante en troisième année à**
2 **Avignon, et euh je fais mon travail de fin d'études sur la relation soignant-soigné.**

3 IDE : D'accord.

4 **Donc euh je vais te poser euh plusieurs questions en lien. Mais avant est-ce que tu pourrais**
5 **te présenter, quand est-ce que tu as été diplômée, où est-ce que tu as travaillé... ?**

6 Donc euh C., euh infirmière. Donc je suis diplômée depuis 2008. Euh j'ai travaillé d'abord dans
7 le privé, donc j'ai d'abord travaillé 4 ans en faisant de la chirurgie générale... euh j'ai travaillé
8 2 ans ensuite en salle de réveil, euh après j'ai fait un petit peu de libéral, j'ai fait un petit peu
9 d'intérim, toujours en étant dans le contexte chirurgie dans les cliniques. Euh et donc après je
10 suis venue aux urgences et donc je suis aux urgences depuis... 7 ans, 7/8 ans à peu près.

11 **D'accord, OK.**

12 Ouais.

13 **Super ! Alors première question, quelle définition donnerais-tu au consentement ?**

14 (silence) La définition du consentement... euh... (silence). Bah je dirais que c'est l'accord que
15 le patient va donner, euh... euh face à un... à un soin, une prise en charge qu'on va lui proposer.

16 **Euh est-ce que tu penses être toujours à la recherche du consentement des patients ?**

17 (silence) euh... Oui ? Euh on cherche, fin on cherche toujours à avoir le consentement du
18 patient dans le sens où de toute façon euh bah il est nécessaire. Donc euh... oui, alors après
19 dans le contexte des urgences en gros on leur explique pourquoi on va faire euh, pourquoi on
20 fait tel soin, dans quel but euh, ce qu'on va chercher. Et euh... et donc après si besoin
21 d'hospitaliser, si besoin de chirurgie ou quoi, on leur explique toujours aussi l'intérêt, fin
22 pourquoi c'est nécessaire, et comment ça va se passer. Euh... en général ils donnent toujours
23 leur consentement hein c'est, c'est, c'est, c'est, c'est souvent, fin après bien sûr y a des cas où,
24 où ils ne le donnent pas et dans ce cas-là en fait euh... bah on essaye toujours de... on essaye
25 toujours de discuter euh... pour les... pour les convaincre en gros. Et après bon bah si vraiment,
26 si ils ont toute leur tête, s'ils sont capables de prendre des décisions pour eux-mêmes euh... si
27 vraiment ils veulent pas, malgré qu'on ait essayé de les convaincre nous en tant que soignants,
28 et euh après de toute façon quand nous on n'y arrive pas non plus fin y a le médecin aussi qui,

29 c'est, c'est en équipe hein en général que ça se passe si le médecin il galère nous on essaye
30 aussi en tant qu'infirmières d'aller derrière tout ça, euh bah après y a la sortie contre avis
31 médical. Euh le patient signe en étant conscient des risques encourus.

32 **D'accord. Euh quelle place accordes-tu à la relation soignant-soigné dans ta pratique ?**

33 Euh... (silence) Bah euh (rires) c'est une place primordiale j'ai envie de te dire. C'est... fin...
34 c'est, c'est, c'est pas que des actes euh... fin quand tu soignes t'es obligé de prendre la relation
35 en compte. Euh elle est euh d'ailleurs... elle est, elle est primordiale et principale parce que si
36 ton patient il a pas confiance en toi, euh de toute façon le soin en général se passe pas bien.

37 **Ouais.**

38 Donc euh... Donc faut déjà établir un contact en premier, euh avant de, avant de, de faire euh
39 quoique ce soit, rien qu'une prise de sang ou quoi faut... Voilà alors c'est vrai qu'après parfois
40 aux urgences c'est un peu... C'est à la chaîne...

41 **C'est ce que j'allais te demander ouais. Est-ce qu'aux urgences c'est plus spécifique, fin**
42 **tu trouves, tu pourrais te dire que y a une différence par rapport à un service euh classique**
43 **où ils sont peut-être hospitalisés sur plusieurs jours ?**

44 Oui alors bah en gros ils... ils arrivent, alors en plus t'as, t'as, t'as parfois un contexte de stress
45 puisque les urgences ils arrivent avec un problème particulier, où, où ils ont peur, ils sont
46 inquiets fin voilà, selon, selon pour les raisons pour lesquelles ils viennent ça... le côté, le côté
47 urgences, voilà c'était pas programmé qu'ils viennent donc euh, donc euh t'as, t'as toute une,
48 toute une relation où il faut les rassurer quand même, où il faut, il faut bien leur expliquer ce
49 qu'il va se passer, le pourquoi du comment... Euh donc euh... Donc oui les urgences c'est un
50 peu spécifique dans ce sens-là, même si c'est pas un suivi, si tu veux la relation elle est, elle est
51 quand même là et tu vas quand même euh, tu vas quand même créer un lien en fait euh même
52 sur une durée plus courte qu'une hospitalisation mais euh... mais tu crées quand même une
53 relation de confiance quoi.

54 **Mmh, quelles sont les limites selon toi à la création de cette relation ?**

55 Euh (silence). Le temps c'est une limite. C'est vrai que nous par exemple aux urgences euh on
56 est très limité euh par le, par le temps, parce que c'est du travail à la chaîne, parce qu'on n'est
57 pas assez nombreux, parce que des fois t'aimerais passer un peu plus de temps euh auprès du
58 patient, pour justement le rassurer tout ça sauf qu'en fait bah t'en a 10 derrière qui arrivent, qui

59 ont mal, qui sont... T'as les, t'as les critères d'urgence aussi tu vois fin, je vais te donner un
60 exemple je sais pas t'as une... t'es avec une personne âgée qui va être inquiète, qui va être
61 anxieuse machin, bah tu vas parler un petit peu tout ça, tu vas sentir qu'elle est anxieuse donc
62 tu vas prendre un petit peu de temps. Sauf qu'entre-temps t'as une douleur thoracique qui arrive,
63 qui... qui est plutôt inquiétante euh bah faut la prendre en charge en priorité donc bah forcément
64 tu vas lâcher euh cet entretien d'aide en gros que t'étais en train de faire pour euh pour aller
65 vers l'urgence vitale qui prime quoi.

66 **OK**

67 Donc euh ça c'est... j'ai envie de te dire vraiment le temps je trouve que c'est la première limite.
68 Euh... et... Donc forcément on manque de personnel hein ça va avec le temps euh... et euh...
69 Et après t'as euh tout ce qui est euh, fin le patient en soit aussi hein, t'as des patients qui sont...
70 qui sont pas du tout... qui sont là en gros contre, fin tu vas avoir des patients qui vont être agités,
71 euh t'as la, t'as la douleur aussi qui des fois qui, qui peut, qui peut faire que ton patient il va se
72 fermer, il va être agressif, il va être euh... Donc fin, donc après c'est... ça dépend du patient
73 aussi tout ça, tout simplement.

74 **OK. Euh est-ce que tu peux me dire quelle différence tu fais entre l'autonomie et la**
75 **dépendance ?**

76 L'autonomie et la dépendance... Euh... Bah déjà c'est les opposés. Pour moi c'est les opposés,
77 euh... (silence) Ouais j'ai du mal à comprendre la question.

78 **Comment tu définirais euh chaque terme en fait. Qu'est-ce que, ça va être plus simple,**
79 **qu'est-ce que c'est pour toi l'autonomie, qu'est-ce que c'est pour toi la dépendance ?**

80 D'accord, euh... Bah l'autonomie ça va être euh... pour moi un patient autonome euh... c'est
81 un patient qui est euh... qui ne va pas avoir besoin d'aide pour les actes du quotidien euh...
82 Voilà donc euh c'est-à-dire que euh, je sais pas, il va, il est capable de manger seul, il est capable
83 de se, de se déplacer, avec plus ou moins d'aide hein parce que après bon bah t'as tout ce qui
84 est déambulateur par exemple mais du coup on dit quand même que c'est quelqu'un qui est à
85 peu près autonome. Euh... voilà. Et après quelqu'un de dépendant c'est quelqu'un qui va
86 nécessiter une aide pour les...

87 **L'inverse quoi.**

88 Voilà (rires).

89 **OK. Est-ce que tu peux me raconter une des dernières prise en charge que tu as faite d'un**
90 **patient qui était autonome ?**

91 Euh... Bah là ce matin par exemple fin... N'importe quelle euh pathologie ?

92 **Oui oui peu importe !**

93 Bah une douleur abdominale chez une personne jeune de 50 ans qui est donc autonome, euh
94 sans pathologie associée qui créerai un manque d'autonomie ou une dépendance. Euh... Et
95 donc euh douleur abdominale donc euh je l'ai perfusé, je lui ai mis des antalgiques pour le
96 soulager, euh... je lui demande de faire euh... une analyse d'urines donc je lui donne le pot, je
97 lui dis « *les toilettes sont dans le couloir voilà deuxième porte à gauche quand vous aurez envie*
98 *d'y aller* », euh... Et du coup comme ça après il se gère au moment où il euh, où il a envie
99 d'uriner. Fin voilà la suite de la prise en charge. Voilà je lui ai expliqué qu'on avait fait la prise
100 de sang, qu'il fallait à peu près 2h pour avoir les résultats, et que quand on en saurait plus on
101 verrait et qu'en fonction il y aurait éventuellement des examens complémentaires du genre
102 scanner ou échographie si, si nécessaire.

103 **OK. Et maintenant est-ce que tu peux me raconter pour un patient dépendant, une prise**
104 **en charge ?**

105 Euh... (silence) Bah là par exemple, bah pareil donc euh ce matin euh une personne âgée de 85
106 ans qui... suspicion de, de fracture de col de fémur, qui... qu'on a donc perfusé pour le... pour
107 le soulager euh... avant de le déshabiller pour qu'il puisse après aller à la radio. Donc on s'est
108 mise à deux, deux infirmières pour le déshabiller, pour éviter de lui faire trop mal, euh... par
109 exemple on lui a mis... l'urinal à côté de lui pour qu'il puisse euh uriner s'il en a envie, et puis
110 euh, et puis voilà. Alors que le patient d'avant que je t'ai dit pour la douleur abdominale qui est
111 autonome par exemple, bah je lui ai donné de quoi se déshabiller pour faire les examens et donc
112 je lui ai expliqué comment faire et donc il s'est déshabillé seul tout ça. Là par exemple lui
113 comme il a une fracture et qu'il peut pas bouger, euh on l'a fait à deux.

114 **D'accord. Tu, t'as l'impression des fois dans ta pratique, c'est peut-être inconscient, mais**
115 **du coup de faire une différence dans ta prise en charge entre un patient qui est autonome**
116 **et un patient qui est plutôt dépendant ?**

117 Euh... Oui c'est certain tu vas, tu vas prendre plus de temps, tu vas... tu vas faire plus attention
118 à la personne qui est dépendante forcément et puis tu vas anticiper en fait les besoins qu'il

119 risque d'avoir euh, parce que, bah parce que la personne âgée par exemple qui est dépendante
120 comme ça, qui va pas pouvoir se lever ou euh... et bah elle , quand elle va avoir envie d'uriner,
121 qu'elle va avoir soif ou qu'elle va, bah en fait elle pourra pas venir te voir pour te dire euh, euh,
122 j'ai envie de faire pipi ou... Donc du coup tu vas déjà , tu vois là on a mis l'urinal à côté de lui,
123 quand il aura envie de faire pipi au moins il pourra uriner euh... sachant qu'on a des sonnettes
124 hein dans les urgences mais... Ou alors tu vas mettre une protection parce que c'est quelqu'un
125 de, de, qui a de l'incontinence donc tu vois tu vas, tu vas prendre les devants en te disant déjà
126 bah je vais lui mettre une protection, je vais, je vais faire en sorte qu'il ait la sonnette. Mais si
127 il est dément bah du coup tu lui mets déjà la protection d'emblée parce que, parce que bah il va
128 pas pouvoir se lever et te demander, ou aller aux toilettes tout seul ou...

129 **OK.**

130 Donc c'est prendre tout, c'est penser à tout en fait. Alors qu'avec quelqu'un d'autonome tu, t'as
131 pas besoin de te poser toutes ces questions-là en fait.

132 **OK, bah c'était la dernière question.**

133 OK.

134 **Merci beaucoup !**

135 Bah de rien !

Annexe III.IV : Entretien en USLD

1 **Chloé : Donc je m'appelle Chloé.**

2 IDE : OK.

3 **Moi je fais mon travail sur eux la relation soignant-soigné.**

4 D'accord.

5 **Donc c'est eux le gros thème. Après je parle aussi du consentement et de l'autonomie, c'est**
6 **pour ça que je vais te poser des questions en rapport.**

7 OK.

8 **Donc avant de commencer, est-ce que tu peux te présenter, quand est-ce que tu as été**
9 **diplômée, eux quels services, dans quels services tu as exercé ?**

10 Alors euh moi j'ai un cursus différent. Donc déjà je m'appelle A, euh j'ai fait la formation IFSI,
11 je faisais partie de la promotion 2016-2019 donc c'est récent. Euh, je suis un parcours
12 professionnel parce que j'étais ancienne aide-soignante à l'hôpital, mon entrée elle est de 2009.
13 Donc les services que j'ai fait en tant qu'aide-soignante, neurologie, réa, urgences,
14 hémodialyse, et après je suis rentrée à l'école, et moi ma spécialité c'est la gériatrie, du coup
15 c'est mon propre choix d'être ici.

16 **D'accord.**

17 Voilà.

18 **Donc depuis que t'as été diplômée tu travailles sur l'USLD ?**

19 Ici ouais à l'USLD.

20 **OK. Allez parfait. Donc ma première question c'est quelle définition tu pourrais donner**
21 **au consentement ?**

22 Le consentement c'est un mot large pour moi. Le consentement c'est normalement avoir
23 l'accord de la personne à qui on demande d'obtenir quelque chose. Donc ça peut être un soin,
24 ça peut être une alimentation, ça peut être euh un soin de nursing. Quoiqu'il en soit euh il faut
25 demander, comme on dit la liberté de chacun s'arrête là où commence celle des autres, donc en
26 fait pour moi le consentement c'est être en accord avec la personne qui est face à nous.

27 **D'accord. Est-ce que tu penses être toujours à la recherche du consentement dans ta**
28 **pratique ?**

29 Oui et non. Parce que le pôle personnes âgées en fait c'est spécifique. C'est-à-dire euh en fait
30 il y a plusieurs cases. T'as le pôle personnes âgées, après t'as tout ce qui est euh technicité,
31 quand je parle c'est le pôle chirurgie d'accord ? Même la réa je l'englobe dedans parce que ça
32 paraît énorme mais c'est que de la robinetterie, c'est-à-dire à partir du moment où on connaît
33 nos dosages, nos robinets et notre façon de faire ça c'est simple. Par contre la gériatrie faut
34 prendre en compte plusieurs facteurs. C'est-à-dire la personne elle est démente, par exemple,
35 elle est pas apte à dire je veux ou je veux pas. Donc là mécaniquement on fait en sorte que ça
36 se passe en douceur. À partir du moment où y a de l'agressivité, on comprend que euh elle n'est
37 pas en accord avec ce qu'on veut lui faire faire en fait.

38 **Ouais.**

39 Donc après le travail est euh, est euh, est, est compliqué en fait. Y a plusieurs facteurs, la
40 manière de détourner, la manière de euh d'impliquer la positivité au niveau de, au niveau euh
41 de la pensée. Donc on ne saura jamais en fait euh si ils sont d'accord ou pas. En fait c'est pour
42 nous dans un sens, c'est si ça se passe calmement et qu'ils se laissent faire, c'est accepter, mais
43 peut-être qu'on se trompe. Peut-être qu'il subit en baissant les bras, et ça on n'aura jamais la
44 réponse malheureusement.

45 **OK. Euh est-ce que tu peux me donner un exemple de euh, fin comment tu fais du coup**
46 **pour rechercher le consentement ?**

47 Alors. Bah là y a un cas clinique qu'on a eu là récemment qui a causé conflit avec l'équipe.

48 **D'accord.**

49 C'est-à-dire nous avons un patient qui est dialysé d'accord. Sachant que moi déjà je viens de
50 dialyse donc j'ai des connaissances de dialyse et j'ai cette euh faculté à, à mieux comprendre la
51 chronicité. Pourquoi ? Bah parce qu'un dialysé en fait c'est euh, c'est très contraignant. C'est
52 une pathologie qui, ça n'a rien à voir avec le diabète, c'est-à-dire ils ont encore plus de
53 restrictions qu'un diabétique. Et donc là on a un patient, donc malheureusement il a une
54 démence, et à ça on lui colle euh un régime très, euh très sévère. Lui il ne le comprend pas, il
55 est dans l'agressivité. Donc du coup euh, donc en fait y avait deux équipes. Donc y a l'équipe
56 qui euh, qui n'avait aucune notion de la dialyse, qui se conta, qui se euh oh ! Qui se cantonne à

57 cette prescription régime sans sel, restriction hydrique et blablabla. Et euh sauf que qu'est-ce
58 qui se passe ? Le patient devient violent, mais quand je dis violent il est violent, c'est-à-dire
59 qu'il casse tout, euh dans le refus de soin, il ne s'alimente pas, il frappe, refuse la toilette, refuse
60 fin, dans le refus total.

61 **D'accord.**

62 Et euh moi j'arrive comme une fleur, et je suis pas au courant de ça. Donc j'arrive comme une
63 fleur et en fait ce qu'il se passe, étant donné que je, parce qu'en fait ce monsieur est en
64 hémodialyse palliative. Donc quand je dis dialyse palliative ça veut pas dire qu'il va décéder
65 euh...

66 **Oui.**

67 Là maintenant tout de suite. C'est-à-dire qu'il est passé à deux séances semaine, et en fait c'est
68 pour le confort, c'est pour le soulager de manière à ce qu'il puisse respirer mieux etc, etc... Moi
69 j'arrive en fait, et comme je vois qu'il est réfractaire, je casse cette prescription pour obtenir ce
70 que je veux, c'est-à-dire c'est ce qu'on appelle cette fameuse alliance thérapeutique et
71 compromis. Donc je casse euh cette thérapeutique et je lui donne un croissant. Alors je sais très
72 bien que le croissant va être délétère, je le sais hein, je sais très bien ce que je fais. Et euh ce
73 qu'il se passe c'est que le lendemain y a un changement d'équipe. Donc nous la journée se
74 passe bien, du coup on a obtenu tout ce qu'on voulait. Et le lendemain changement d'équipe,
75 ils ne comprennent pas. Donc y a une AS qui arrive qui dit « *oui on comprend plus très bien,*
76 *un il donne, un il donne pas* » euh c'est le cas typique hein. Donc euh mon collègue me contacte
77 et il me dit « *mais je comprends pas, vous faites n'importe quoi* », il était de suite dans le
78 jugement parce qu'en fait, malheureusement il a peu d'expérience, malgré que c'est un super
79 infirmière, un super infirmier, et c'est parti en conflit.

80 **Oui.**

81 Et pourquoi ci et pourquoi ça, donc nous on se défend en disant c'est pas parce qu'il y a une
82 prescription que on doit l'appliquer à la lettre. En fait faut vous poser la question de qu'est-ce
83 qui a fait que ton collègue il l'a pas fait. Ça veut pas dire que c'est un rebelle ou il veut pas faire
84 ce que dit le médecin. On a négocié avec la diététicienne, parce que le résultat c'est qu'il avait
85 un bilan qui n'était pas bon.

86 **Oui.**

87 Le néphro bien sûr, il est suivi à l'ATIR il est pas suivi chez nous, donc eux ils ont pas l'habitude
88 de la prise en charge de la personne âgée, donc euh ils ont euh entre guillemets enguirlandé la
89 diet, et après on a discuté avec la diet. Donc on lui a expliqué le pourquoi du comment, elle
90 nous dit effectivement il est connu, il est réputé pour ça, et en fait on a obtenu un croissant tous
91 les matins.

92 **D'accord.**

93 Et c'est ça en fait la complexité, c'est-à-dire que la démence c'est comme le lait sur le feu. En
94 fait la personne âgée plutôt c'est comme le lait sur le feu. C'est y a des moments tout va bien,
95 c'est super tout nickel. Mais quand ça va pas, si on trouve pas des solutions, et forcément c'est
96 hors norme et hors cadre, on ne, on ne peut pas les prendre en charge correctement. C'est ça en
97 fait qui est compliqué. Et au final on a réussi à trouver une solution. C'est, on a réussi à, mais
98 ça a été avec pertes et fracas, c'est-à-dire c'était euh les anti et les pour en fait.

99 **Ouais.**

100 Et c'est ça qui est compliqué dans notre métier. C'est, c'est, c'est vraiment, c'est, c'est ce qui
101 est compliqué.

102 **D'accord. Euh est-ce que, fin euh non est-ce que non. Quelle place accordes-tu à la relation**
103 **soignant soigné dans ta pratique ?**

104 Alors, elle a beaucoup plus d'importance pour moi, alors je parle pour euh...

105 **Dans ton service oui.**

106 Oui dans le pôle personnes âgées.

107 **Exactement.**

108 Pour le pôle personnes âgées, c'est l'essentiel. Si on n'a pas cette relation-là euh, en fait le pôle
109 personnes âgées ne demande pas de la technicité. Il demande de la réflexivité et il demande de
110 la philosophie du soin. Si on n'a pas ça, euh on passe à côté de, à côté du patient. Parce que
111 c'est très spécifique et euh si on n'a pas ce relationnel, ce toucher, c'est-à-dire ils sont apeurés,
112 euh si on a pas euh cette faculté à, à trouver les bons mots, le regard aussi ! Si on les regarde
113 pas, si on les touche pas, si on leur fait pas comprendre que ils sont en sécurité, alors on a beau
114 être la meilleure des infirmières, on, on arrive à rien, on a un mur face à nous. Par contre nous
115 ici on utilise énormément, fin du moins nous dans notre, certains qui ont cette philosophie-là,

116 cette faculté, on est plus à qu'est-ce qui est bon pour lui en fait. C'est, en fait c'est ça le plus
117 important.

118 **Ouais.**

119 Par exemple euh, le diabète ici, on n'a pas de régime diabétique. Le, le, le protocole insuline
120 par exemple à une personne lambda, on corrige à partir, au-dessus de 1,50. Ici on les corrige à
121 partir de 2, supérieur à 2.

122 **D'accord.**

123 Pourquoi ? Parce que à leur âge, l'alimentation c'est leur seule alimentation de plaisir. Donc
124 penses-tu bien que le régime à cet âge-là euh, bah ils s'en cognent en fait ! C'est, c'est, c'est ça
125 en fait. Nous le relationnel est super important et, et sans ça, euh on est pas apte à, à travailler
126 avec la personne âgée. Et après c'est un profil, je, je le dis bien, c'est pas tout le monde qui est
127 apte à travailler avec euh... Y a plusieurs profils, y a le profil personnes âgées, y a le profil
128 pédiatrie aussi c'est un autre monde, c'est les deux pôles opposés, et après y a toutes les
129 technicités. Quand on sait de quoi on parle, ok c'est ça, on met tel traitement on obtient ça c'est
130 réglé. Là, on a beau mettre ce traitement là, ça ne sera pas réglé forcément. C'est ça en fait.

131 **D'accord. Euh quelles limites il peut y avoir selon toi à l'instauration d'une euh, d'une**
132 **relation ?**

133 Moi je dirais euh... y a pas de limites. C'est-à-dire, pour moi à mon sens y a pas de limites, tout
134 en respectant cette distance de la sphère privée de la personne bien évidemment. Euh quand je
135 dis euh en respectant ça, c'est-à-dire le tutoiement non, euh l'appeler par son prénom non, sauf
136 cas exceptionnel, on a un patient-là qui est trisomique, là c'est pas pareil. Par contre euh leur
137 identité, leur entité elle doit rester propre à, c'est ce qui permet en fait de... bah c'est leur
138 identité, c'est eux en fait, leur propre reconnaissance. Même si on se dit euh « *il a Alzheimer, il*
139 *se rappelle pas, il est dément* » bah ne serait-ce que d'entendre son nom, ça lui donne une
140 identité propre. Ça c'est le plus important. Après y a pas de limites, euh c'est des gens en fait
141 que si on n'a pas cette proximité, ce contact, ce toucher, y a, y a pas de lien en fait.

142 **Ouais.**

143 Parce qu'ils sont isolés en fait, y a plus que nous ici ! Y a plus personne qui vient les voir hein.
144 Très très peu de familles viennent.

145 **Ok. Euh quelle différence tu fais entre l'autonomie et la dépendance ?**

146 Alors, quelle différence je fais entre l'autonomie et la dépendance... Bah la dépendance ça veut
147 bien dire ce que ça veut dire « *je dépends de* », l'autonomie « *je n'ai besoin de personne* ». Sauf
148 qu'ici, beaucoup donnent le change, on a l'impression qu'ils sont autonomes, mais ils ne sont
149 pas autonomes. Parce que ça peut être de la dépendance affective, ça peut être de la dépendance
150 mentale, ça peut être motrice, psychique, y a énormément de... Et euh normalement autonome,
151 on est autonome, on n'a pas de problèmes, on n'a pas besoin de nous en fait. A partir du moment
152 où y a un soignant, une tierce personne, la personne est dépendante.

153 **D'accord. Donc si je te demande de me raconter une prise en charge d'un patient en USLD**
154 **tu as une expérience ou...**

155 Alors. Euh oui, autonome, euh autonome dans les gestes, dans les gestes quotidiens, la vie de
156 tous les jours, bah on en a pas mal quand même ! Y a monsieur A., monsieur L., euh c'est des
157 gens en fait ils sont autonomes sur le plan physique, d'accord ? Mais ils sont dépendants sur le
158 plan psychique.

159 **D'accord.**

160 C'est ça en fait qui est complexe. Euh par exemple euh, tu vas être nouvelle, tu vas venir et tu
161 vas dire « *oh bah lui il est autonome* » parce qu'il est capable de prendre son verre, il est capable
162 de s'alimenter, il est capable de prendre un gant, il est capable de se lever, de se laver, d'accord ?
163 Par contre, sur le plan psychique, euh il perd la notion du temps, il va faire des black out, c'est-
164 à-dire il va être sur pause, il va plus se rappeler pourquoi il est là et pourquoi il fait ça, ou alors
165 il va, il va oublier qu'il est, que c'est le repas de midi et il va oublier que c'est l'heure de manger
166 par exemple.

167 **D'accord.**

168 Et nous on est là justement pour euh, là c'est de la dépendance euh temporo-spatiale d'accord ?
169 Donc là, nous on est là justement pour essayer de redonner des repères.

170 **D'accord.**

171 Et on a très peu de, on en a, on en a pas du tout, si ! Peut-être madame G, mais non même pas,
172 madame G elle a aussi euh... quelque... C'est ça qui est complexe en fait, parce que ça dépend
173 qu'est-ce qu'on met comme mots dans dépendance et autonomie.

174 **Exactement.**

175 Et moi je dirais euh... ils sont autonomes et dépendants à la fois. C'est, c'est ça. Sinon ils
176 seraient pas en institution. Si on regarde bien, si vraiment y avait, il était autonome, il n'y aurait
177 pas d'institution.

178 **Ok.**

179 Ils ne seraient pas là.

180 **Et est-ce que dans ta pratique, t'as l'impression de faire euh une différence euh entre un**
181 **patient qui serait plus autonome qu'un autre, ou plus dépendant ?**

182 Non, moi je suis, je suis quasi pareille pour tout le monde.

183 **D'accord.**

184 Je ne fais aucune différence. Après on fait comme on peut malheureusement. Euh il est certain
185 que si y a des matins j'ai des personnes qui décompensent, bah malheureusement mon temps
186 d'urgence d'action sera pour ces patients-là. Heureusement qu'on a une équipe, donc du coup
187 l'équipe va palier pour les autres. Après mon contact relationnel, ma façon de faire et ma façon
188 euh d'être avec eux, c'est pour tout le monde pareil.

189 **D'accord.**

190 D'ailleurs j'ai pas de préférence pour l'un ou pour l'autre, et euh, soins égaux, personnes égaux,
191 fin tout pareil. Exactement pareil. Par contre on s'adapte, il est certain que par exemple madame
192 L. je vais pas communiquer avec elle de la même manière que je vais communiquer avec
193 madame G. parce que c'est deux personnes différentes, deux entités différentes.

194 **D'accord.**

195 C'est ça qui est compliqué chez nous.

196 **Ok. C'était ma dernière question.**

197 Ah déjà ?

198 **Ouais (rires)**

199 D'accord. Après c'est un vaste sujet hein, c'est un vaste sujet.

200 **Exactement ! Je te remercie en tout cas !**

201 Mais de rien, ça m'a rappelé des souvenirs (rires).

Annexe III.V : Entretien en psychiatrie

1 **Chloé : Donc je m'appelle Chloé, je suis étudiante en troisième année à Avignon, et je fais**
2 **mon mémoire sur la relation soignant-soigné.**

3 IDE : Ouais.

4 **Donc je vais vous poser plusieurs questions qui seront en rapport. Est-ce que d'abord vous**
5 **pouvez vous présenter, quand est-ce que vous avez été diplômée, où est-ce que vous avez**
6 **travaillé... ?**

7 Alors, euh, donc je m'appelle M, j'ai été diplômée, je suis infirmière, j'ai été diplômée en 1997.

8 **D'accord.**

9 Et j'ai travaillé quasiment tout de suite à l'hôpital de Montfavet.

10 **Ok.**

11 Donc j'ai fait euh... trois ans d'accueil crise, pavillon d'accueil crise, une dizaine d'années en
12 pédopsychiatrie, et une dizaine d'années en CMP.

13 **D'accord, donc essentiellement de la psy ?**

14 Ah que de la psy ! (rires)

15 **Ok super. Alors ma première question c'est quelle définition donneriez-vous au**
16 **consentement ?**

17 Au consentement... (silence). Euh... au consentement... (silence). C'est une bonne question !
18 (rires). Euh... Donc on parle du consentement du patient ?

19 **Oui.**

20 Euh le consentement... ça serait... l'avis euh... l'accord d'un patient, du patient euh... mais un
21 accord qui peut être euh... euh... euh... qui peut être entendu différemment suivant euh l'état
22 du patient.

23 **C'est-à-dire ?**

24 C'est-à-dire que si le patient est stable euh l'accord est tout à fait entendable, euh... si il est très
25 délirant, ça va dépendre de ce qu'est... peut-être ! Parce que j'ai, ici, moi ici j'ai pas trop affaire
26 à ça, mais ce qu'est euh son avis, ça dépend pourquoi.

27 **Mmh.**

28 Parce que je sais qu'en intra par exemple, quand même, même si ils sont très délirants, si le
29 patient refuse euh... qu'on donne euh des documents à la famille, ils ne le font pas.

30 **Mmh.**

31 Voilà. Même si il est très délirant.

32 **D'accord.**

33 Donc ils essayent d'arriver à le convaincre par la suite.

34 **Ok. Est-ce que vous êtes euh, vous pensez être toujours à la recherche du consentement**
35 **du patient ?**

36 Euh... Alors euh au maximum. Oui au maximum. Ici euh, en général, on, on a facilement accès
37 au consentement dans le sens où euh, où le patient peut le donner. Quand il vient et qu'il est
38 très délirant et que par exemple il refuse une hospitalisation, euh... et qu'on voit qu'il peut se
39 mettre en danger, ou mettre en danger les autres, là euh... on est obligé de faire sans son
40 consentement.

41 **Ouais.**

42 Mais sinon, dans le, au maximum, on essaie de faire euh avec le consentement.

43 **Ok. Euh quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné dans votre pratique ?**

44 Une énoorme place !

45 **Ouais.**

46 Une énoorme place. Ici c'est euh, même ailleurs hein, je dis ici mais même ailleurs aussi, euh
47 c'est, c'est tout ce qui va faire que le patient pourra peut-être aller mieux par la suite aussi.
48 C'est-à-dire que euh, on accueille quelqu'un pour la première fois, il faut qu'il se sente accueilli,
49 il faut qu'il se sente entendu, pas jugé, euh... Voilà, et y a tout un, un, un, un tricotage à faire
50 euh, pour qu'il y ait quelque chose qui se passe, entre la personne qui vient dire quelque chose
51 et la personne qui écoute, euh... Voilà, on essaie de pas avoir de, de... c'est parfois pas simple,
52 mais de pas avoir de position haute, hein on est là, on est censé être humble face à ce que nous
53 dit le patient.

54 **Mmh.**

55 Et elle est primordiale !

56 **Euh quelles seraient selon vous les, les limites à l'instauration d'une, d'une bonne**
57 **relation ?**

58 Alors là du coup je vois pas le sens de la question.

59 **Euh, pour vous qu'est-ce qui freine euh... l'instauration d'une relation avec le patient ?**
60 **Qu'est-ce qui pourrait freiner une relation ? Alors peut-être qu'en CMP vous le voyez pas**
61 **vraiment, mais quand vous avez travaillé dans les services d'hospitalisation peut-être ?**

62 Bah, de la part du soignant euh on va dire que, si c'est de la part du soignant ça peut être sa
63 façon d'être, sa façon de répondre.

64 **Ouais.**

65 Euh... voilà euh globalement. Et, et, si c'est du côté du patient c'est euh... bah après ça peut
66 être l'état délirant, qui peut compliquer, qui peut complexifier les choses.

67 **Ok. Est-ce que euh à votre avis, la relation avec le patient en psychiatrie elle est différente**
68 **de la relation qu'on peut avoir avec un patient qui est en soins généraux, en service de**
69 **médecine par exemple ?**

70 ... Elle est différente dans le sens où euh nous c'est ce qui fait notre soin. Dans les soins
71 généraux y a euh... ça fait soin aussi la relation, mais y a l'acte, le pansement, le machin, euh
72 prises de sang tout ça. Ici euh, en psychiatrie, c'est uniquement la, la relation qui fait le
73 traitement. Y a les médicaments aussi, mais y a beaucoup la relation qui fait soin.

74 **D'accord. Ok. Euh qu'elle différence faites-vous entre l'autonomie et la dépendance ?**

75 (silence) Euh... l'autonomie et la dépendance...

76 **Vous pouvez me définir les deux termes si vous préférez.**

77 Alors, du point de vue du patient toujours ?

78 **Oui toujours.**

79 Bah euh l'autonomie y a plusieurs euh stades d'autonomie hein c'est euh... c'est un peu
80 complexe comme euh... comme question. Y a l'autonomie physique, l'autonomie psychique
81 euh... y a tout ce que le patient peut faire euh par lui-même, pour lui-même... euh... de

82 bienveillant. Parce qu'il peut faire des choses par lui-même mais qui lui sont pas, qui lui sont
83 pas euh...

84 **Qui lui sont délétères.**

85 Voilà. Et... et la dépendance ça serait euh... Alors euh c'est pareil y a la dépendance physique,
86 dépendance psychique, dépendance euh... dépendance financière, fin y a tout un tas de critères
87 euh sur euh, sur la dépendance. À partir du moment où on a besoin de l'autre.

88 **Ok.**

89 Je dirais, grosso modo.

90 **Ouais. Est-ce que vous pouvez me raconter une prise en charge d'un patient autonome ?**

91 (silence) D'un patient autonome... Alors autonome sur quoi ?

92 **À vous de voir.**

93 À vous de voir... Euh... j'ai plusieurs patientes, alors je les mets dans le cadre de patientes
94 autonomes, je sais pas trop pourquoi, mais euh... autonomes dans le sens où ce sont des
95 personnes qui ont besoin de venir parler mais qui n'ont pas forcément besoin de traitement, qui
96 n'ont pas forcément besoin d'aide de l'assistante sociale.

97 **Ouais.**

98 Euh... et qui ont besoin surtout d'être écouté.

99 **D'accord.**

100 Et accompagné. Donc là oui j'ai des patientes même que je vois depuis plusieurs années.

101 **D'accord. Et euh, et du coup une prise en charge d'un patient qui est plutôt dépendant ?**

102 Alors la prise en charge d'un patient qui est plutôt dépendant, qui est... beaucoup plus lourde.
103 Alors je le mettrai dans le cadre d'un patient qui euh, qui est par exemple sous tutelle, qui est
104 euh... qui a un traitement qu'il doit respecter, qui est euh par exemple sous euh, sous contrainte
105 encore à l'extérieur, je sais pas si euh vous connaissez euh.

106 **Oui.**

107 Les mesures euh voilà de protection.

108 **Oui, oui.**

109 Donc là c'est un patient avec lequel il faut travailler, pour obtenir au maximum son
110 consentement. Mais aussi il faut travailler avec sa tutrice ou se curatrice, euh... il faut travailler
111 avec la famille, il faut travailler avec les partenaires sociaux, euh... c'est, c'est, c'est, c'est
112 quand même beaucoup plus complexe.

113 **D'accord, est-ce que euh vous avez l'impression euh peut-être inconsciemment dans votre**
114 **pratique, de euh, de faire euh, d'avoir des prises en charge différentes selon si c'est un**
115 **patient qui est autonome ou un patient qui est plutôt dépendant ?**

116 *[Une alarme se met à retentir]*

117 Pardon, juste on peut euh...

118 **Pas de soucis**

119 Je regarde l'alerte.

120 *[L'IDE sort puis revient 30 secondes plus tard]*

121 C'est l'alarme anti-agression, c'est pour ça...

122 **Y a pas de soucis.**

123 Alors euh, redites-moi ?

124 **Euh est-ce que vous avez l'impression de faire euh, une différence entre la prise en charge**
125 **d'un patient qui est autonome ou un patient qui est dépendant ?**

126 Ah oui, la, la différence peut se faire oui, oui. Quoiqu'on, quoiqu'on le dise ou quoiqu'on
127 veuille euh... la prise en charge d'un patient dépendant est beaucoup plus lourde, beaucoup
128 plus épuisante.

129 **Ouais.**

130 Donc on peut facilement s'essouffler, et, et moins s'investir.

131 **D'accord. Bah c'était ma dernière question.**

132 Bon et bah.

133 **C'est parfait, je vous remercie.**

134 Bah de rien ça m'a fait plaisir.

Annexe III.VI : Entretien en médecine

1 **Chloé : Je m'appelle Chloé, je suis en troisième année à Avignon et je travaille sur la**
2 **relation soignant-soigné.**

3 IDE : D'accord.

4 **Donc je vais te poser des questions en rapport. Est-ce que avant tu peux te présenter s'il-**
5 **te-plaît, me dire quand est-ce que tu as été diplômée, où est-ce que tu as travaillé ?**

6 Bah moi du coup c'est L., euh je suis diplômé depuis... 2017. Euh je sors de l'école d'Avignon
7 et j'avais déjà fait mon stage en deuxième ici au *service* et j'ai été embauchée euh direct
8 après mon diplôme ici, et depuis je, je suis restée ici.

9 **T'as toujours travaillé ici ?**

10 Ouais.

11 **OK. Alors première question, quelle définition peux-tu donner au consentement ?**

12 Euh... le consentement, bah c'est... C'est en gros bah demander la permission au patient de
13 faire euh, de lui procurer le soin dont il a besoin.

14 **D'accord.**

15 C'est pas, fin c'est en gros faire le soin avec son accord quoi.

16 **OK. Est-ce que tu penses être toujours à la recherche du consentement du patient ?**

17 (Silence)

18 Alors (elle souffle). Ça c'est une autre histoire. On essaye au maximum de le, de l'avoir, après
19 ça dépend des situations. Déjà, premièrement, euh nous ici on a beaucoup affaire à des patients
20 déments... oui dément, et du coup, là, le consentement il est compliqué à avoir parce que dans
21 tous les cas ils sont dans l'opposition. Euh et après faut voir du coup bah ce qui est le mieux
22 pour lui, si du coup bah on, on le fait sans son consentement mais que c'est pour en gros bah le
23 sauver, ou si on a son consentement mais qu'on fait pas du coup. Après euh le... on essaye au
24 maximum de l'avoir, après... je dirais pas toujours quoi.

25 **Tu peux me donner un exemple ?**

26 Bah là en ce moment en exemple, ça peut être un truc tout bête mais euh, la mise au fauteuil
27 des patients Covid, parce que bon c'est très important qu'ils soient au fauteuil par rapport à la

28 respiration, mais ils sont pas toujours euh... Fin, encore le fauteuil on est obligé d'avoir le
29 consentement à moitié quand même, sinon euh... dans l'ensemble, la majorité ils sont, ils ont,
30 ils disent oui, mais ça arrive qu'il y en a qui veulent pas du coup on négocie forcément.

31 **Mmh**

32 On négocie, donc au lieu de les avoir euh toute une matinée, on arrive à négocier une heure
33 donc euh... Le consentement on finit par l'avoir mais il faut le négocier un petit moment quoi.

34 **OK. Euh quelle place accordes-tu à la relation soignant-soigné dans ta pratique et**
35 **pourquoi ?**

36 (Silence)

37 Bah je dirais que c'est la place la plus importante hein c'est la relation. Fin être infirmière
38 c'est... c'est une relation avec le patient en permanence. Alors certes avec l'équipe médicale,
39 l'équipe aide-soignante, etc. mais le patient a la place principale dans cette situation. Euh moi
40 pourquoi j'apporte cette importance-là, bah parce que moi je fais ce métier pour euh, bah pour
41 aider les autres, pour euh... pour faire les choses avec les autres et pas... pas contre quoi.

42 **D'accord. Selon toi, quelles pourraient être les limites à l'instauration d'une relation avec**
43 **le patient ?**

44 (Silence)

45 Je sais pas. C'est-à-dire que la relation, fin que y en ait pas quoi ?

46 **Ouais, qu'est-ce qui pourrait...**

47 Faire que y ait pas de relation soignant-soigné ?

48 **Complicquer la relation avec le patient.**

49 Euh bah compliquer déjà c'est quand... La relation soignant-soigné déjà elle est compliquée
50 quand le patient il parle pas.

51 **Mmh mmh.**

52 Après bon y a tout d'autres choses qu'on pourrait mettre en place, on peut... voilà être là,
53 essayer de rassurer etc, mais après quand il parle pas, que y a la barrière de la langue c'est
54 compliqué. Ça complique un peu la relation pour moi, euh... voilà, après...

55 **Du coup pour toi la communication c'est important dans la relation ?**

56 Oui. C'est important parce que déjà surtout avec le contexte actuel où y a...

57 *[Le cadre entre dans la pièce et vient consulter l'ordinateur.]*

58 Où y a pas, par exemple y a pas le droit aux visites. En fait les patients ils ont pas le droit aux
59 visites, du coup bah ils se, ils se retrouvent tous seuls, ils sont angoissés bah parce que le covid
60 ça angoisse. Du coup s'ils ont...

61 *Cadre : Désolé ! [Il ressort]*

62 Non c'est bon. S'ils ont personne avec qui parler, ou pouvoir un peu euh je sais pas sur leurs
63 craintes, sur euh, sur leurs envies, etc. c'est compliqué. Donc pour moi la communication oui,
64 d'autant plus en ce moment. Euh... après on essaye toujours de, de faire au mieux, mais c'est
65 sûr qu'avec le contexte là ils peuvent pas voir leurs familles, certains ils ont pas forcément, ils
66 savent pas se servir d'un téléphone, déjà ils en ont pas forcément, donc ce lien qu'ils ont c'est
67 nous donc euh pour moi oui c'est important.

68 **D'accord. Ok, super. Est-ce que, fin quelle différence fais-tu entre l'autonomie et la**
69 **dépendance ?**

70 (Silence)

71 Euh... Alors l'autonomie pour moi c'est quand un patient, euh... bah sait se... En gros faire
72 les actes de la vie quotidienne seul. Après dans la dépendance y a des degrés de dépendance.
73 C'est-à-dire, par exemple quelqu'un qui est complètement autonome normalement, là en ce
74 moment nous avec les Optiflow ils deviennent dépendants un petit peu dans le sens où il peut
75 pas tout faire tout seul. La toilette on est obligé de l'installer étant donné que la machine elle a
76 pas de batterie on peut pas les, les déplacer. Donc y a des degrés de dépendance. Puis après y a
77 la personne totalement dépendante qui... qui n'arrive ni à manger, ni à se laver toute seule, à
78 se bouger etc.

79 **D'accord. Est-ce que tu peux me raconter une des dernières prises en charge d'un patient**
80 **autonome que t'as eu ?**

81 (Silence)

82 Euh... Alors est-ce que j'en ai aujourd'hui... Hier, hier. Bah prise en charge d'un patient
83 autonome, euh, bah, déjà euh, on prend les constantes le matin, euh ensuite on distribue les
84 traitements pour lui, on vérifie que, généralement ils nous demandent un peu ce qu'ils ont donc

85 on leur explique le traitement qu'ils ont. Ensuite s'ils ont des KT on vérifie le KT, euh... bon
86 là il avait pas d'oxygène, donc on n'a pas donné le fil à oxygène, et ensuite on passe pour
87 vérifier s'ils ont besoin de quelque chose pour la toilette, t'sais s'ils sont leurs affaires, étant
88 donné que voilà en plus ils ont pas forcément euh tous leurs affaires, euh on vérifie voilà s'ils
89 ont besoin de quelque chose. Après y a les repas à midi, donc ça c'est les AS. Et ensuite à 16h
90 bah y a la... on refait les constantes, si y a des soins généralement là, bah par exemple Lovenox,
91 souvent t'as les anticoagulants fin sur l'hôpital, Lovenox, et puis après y a le tour de 18h euh...
92 Quand y a pas d'examen, après sinon bah on les prépare pour les examens quand y a besoin, et
93 puis voilà. Passage du médecin, ils nous posent souvent des questions. Les patients autonomes
94 c'est plus euh voilà ils posent des questions sur euh, sur les résultats de leurs examens, les
95 traitements qu'ils ont.

96 **Ok. Et tu peux me raconter maintenant une prise en charge d'un patient dépendant ?**

97 Euh un patient dépendant du coup bon bah y a les même signes euh... y a les même déroulement
98 de la journée, sauf qu'en plus bah selon le degré de dépendance il faut euh du coup bin leur
99 donner leurs traitements puisqu'ils n'y arrivent pas tous seuls, euh... ça généralement c'est nous
100 ou c'est les AS en même temps que le petit-déjeuner. Y a la toilette euh du coup après, qui est
101 forcément du coup bah plus... on fait tout du coup, on passe un peu plus de temps pour la
102 toilette. Généralement on les installe au fauteuil, la matinée, pour qu'ils puissent manger à midi
103 au fauteuil. Et puis après bah on les couche, il faut surveiller en plus bah tout ce qui est problème
104 d'alitement, donc euh tout ce qui est... tout ce qui est les points d'appuis, talons, sacrum etc,
105 mettre en place si y a besoin les matelas, euh... surveiller les régimes, souvent quand ils sont
106 comme ça ils sont souvent dénutris, donc euh on met en place des compléments etc. Voilà les
107 changes à 16h, les constantes... Après ils peuvent être dépendants et avoir leur tête donc euh
108 du coup bah pareil hein pour les, fin pour les résultats d'examen, les traitements qu'on donne
109 euh... Moi j'avais un patient tout à fait dépendant, parce qu'il avait une SEP de stade très
110 avancé mais il avait toute sa tête donc euh il savait nous dire s'il voulait qu'on le mette d'un
111 côté, de l'autre, mais par contre il avait rien, il arrivait à rien faire tout seul quoi, fallait le
112 laver...

113 **C'était une dépendance physique quoi ?**

114 Oui dépendance physique, mais par contre euh il était tout à fait conscient, et tout à fait capable
115 de nous dire de qu'il voulait qu'on lui fasse etc.

116 **D'accord.**

117 Donc euh il nous demandait, parce qu'il pouvait, il était tétraplégique, du coup à cause de sa,
118 sa SEP.

119 **Est-ce que dans ta prise en charge, t'as l'impression des fois de faire une différence entre**
120 **un patient qui est plutôt autonome ou un patient qui est plutôt dépendant ?**

121 Une différence, bah la prise en charge est différente dans tous les cas, parce que on peut pas...
122 le but en plus à l'hôpital on dit toujours qu'il faut réautonomiser les gens. La prise en charge
123 est forcément différente. Après pour moi un patient c'est un patient, qu'il soit autonome ou pas
124 autonome en tout cas je lui procure les soins dont il a besoin. Et... et voilà. Fin pour moi y a fin
125 j'ai pas de différent mise à part bah que je mets, je mets pas les mêmes actions en place pour
126 un patient qui n'a en gros pas besoin de moi pour les actes de la vie quotidienne et quelqu'un
127 qui a besoin de... Après forcément on passera beaucoup plus de temps avec quelqu'un qui est
128 dépendant que avec quelqu'un qui est autonome.

129 **D'accord.**

130 Ça c'est, c'est obligé, parce que du coup bah quelqu'un d'autonome euh dès qu'il a besoin
131 d'aller à la selle par exemple ou faire pipi, si ils sont encore continants bah il faut leur mettre le
132 bassin etc, donc forcément on y passe plus de temps.

133 **Ok, c'était ma dernière question. Merci beaucoup.**

134 Bah de rien

Annexe IV : Grilles d'analyses vierges

Annexe IV.I : Grille d'analyse des entretiens

Quelle définition donnez-vous au consentement ?	Êtes-vous toujours à la recherche du consentement ?	Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?	Racontez-moi une PEC d'un patient autonome	Racontez-moi une PEC d'un patient dépendant
<i>Réponse</i>	<i>Réponse</i>	<i>Réponse</i>	<i>Réponse</i>	<i>Réponse</i>

Annexe IV.II : Grille d'analyse des questions

Question		Cadre de références
Libéral	<i>Réponse</i>	...
Soins pal	<i>Réponse</i>	
Urgences	<i>Réponse</i>	
USLD	<i>Réponse</i>	
Psy	<i>Réponse</i>	
Médecine	<i>Réponse</i>	

Annexe V : Grille d'analyse des entretiens

Annexe V.I : Entretien en libéral

Quelle définition donnez-vous au consentement ?	Êtes-vous toujours à la recherche du consentement ?	Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?	Racontez-moi une PEC d'un patient autonome	Racontez-moi une PEC d'un patient dépendant
<p>Le consentement, c'est rechercher l'accord, la véritable volonté du patient. C'est donner à la personne le droit de choisir. C'est un accord qu'on doit obtenir avant tout acte.</p>	<p>Oui toujours. Si la personne exprime un désaccord au départ, on essaie de trouver un compromis. Si elle refuse encore, on ne la force jamais et on trouve une solution pour s'adapter.</p>	<p>La relation est primordiale et essentielle. C'est le cœur même du métier. En libéral, on va chez les gens, on rentre dans leur intimité. S'il n'y a pas de relation il ne peut pas y avoir de prise en charge. Il est fondamental d'avoir une relation de confiance et d'empathie. Quand on fait un soin, on a une présence forte dans la vie des gens, on est vrai face à eux, on ne fait pas semblant. Le temps peut toutefois être un frein à la relation. En libéral il y a beaucoup de monde à voir en peu de temps. Il faut donc établir des règles au préalable avec chaque patient car on ne peut pas se permettre de passer trop de temps avec chacun d'entre eux. Ça peut à long terme dégrader la relation car certains ne comprennent pas que nous sommes pressés par le temps.</p>	<p>Un patient autonome est un patient qui se gère lui-même. On lui fait un soin, mais elle reste autonome par la suite. On va être moins attentif à son environnement.</p>	<p>Ce sont des patients qui ont besoin de nous, de leurs proches. Il faut les aider pour se laver, s'habiller, manger, se coucher, etc. On sera plus attentif dans notre prise en charge à son environnement, à ce qu'il ne manque rien pour qu'elle puisse se débrouiller quand on aura quitté le domicile.</p>

Annexe V.II : Entretien en soins palliatifs

Quelle définition donnez-vous au consentement ?	Êtes-vous toujours à la recherche du consentement ?	Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?	Racontez-moi une PEC d'un patient autonome	Racontez-moi une PEC d'un patient dépendant
<p>Respecter le consentement c'est demander l'accord au patient lorsqu'on fait un soin.</p>	<p>Dans les services de médecine gériatrique non : il y a des soins à faire, on n'a pas le temps, on ne réfléchit pas et on les fait sans savoir ce que les gens veulent ou pas. On ne leur demande jamais leur avis car on considère que les personnes âgées sont toutes séniles.</p> <p>En soins pal oui car on prend le temps d'écouter. On a le temps de réfléchir notre soin : est-il utile, le patient en a-t-il besoin ? On demande sans arrêt le consentement des patients, et s'ils ne veulent pas, même après négociation, on ne fait pas.</p> <p>Quand les personnes ne sont pas autonomes, on a tendance à prendre des décisions à leur place parce qu'on pense qu'ils n'en sont plus capables. Dans ce service on ne leur impose rien car on a le temps : on ne leur impose jamais rien.</p>	<p>La relation est très importante. C'est un service où on parle avec les patients, on met au centre de la prise en charge leurs besoins personnalisés. On n'est pas sur des soins agressifs mais sur de l'écoute.</p> <p>On réfléchit nos soins : on ne va pas faire des soins s'ils ne sont pas adaptés, et c'est ce qui permet d'établir une relation sur le long terme. Les patients se sentent écoutés.</p>	<p>L'autonomie s'exprime au niveau intellectuel : le patient est autonome dans ses choix.</p> <p>Le but de la prise en charge va être de négocier avec lui, car il a la capacité de comprendre ce qui peut lui faire du bien. En règle générale, ce sont des patients qu'on écoute plus, à qui ont fait plus confiance.</p>	<p>La dépendance c'est plus sur un plan physique où on est là pour aider. Mais ça ne veut pas dire qu'il n'est plus capable de donner son avis : il peut être autonome et dépendant. Par exemple pour une SEP, le patient a toute sa tête mais son corps ne bouge plus.</p> <p>C'est une prise en charge où on d'adapte au patient, on essaie de leur apporter des petits plaisirs.</p>

Annexe V.III : Entretien aux urgences

Quelle définition donnez-vous au consentement ?	Êtes-vous toujours à la recherche du consentement ?	Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?	Racontez-moi une PEC d'un patient autonome	Racontez-moi une PEC d'un patient dépendant
<p>Le consentement correspond à l'accord que va donner le patient face à un soin, une prise en charge qu'on va lui proposer. Le consentement est nécessaire.</p>	<p>Les personnes viennent par elles-mêmes aux urgences donc on part du principe qu'elles sont consentantes. Dans le contexte des urgences, on explique au patient ce qui va être fait, recherché et dans quel but, quel est l'intérêt. S'ils n'expriment pas de refus, on estime qu'ils consentent. S'ils ne sont pas d'accord, il y a une négociation par l'équipe soignante pour tenter de convaincre le patient, et s'il n'est toujours pas d'accord, il signe une décharge de sortie contre avis médical</p>	<p>La relation est primordiale. Le soin ne concerne pas que les actes, il faut prendre en compte la relation. Pour qu'un soin se passe bien, il faut une relation de confiance. Le contexte des urgences est particulier : les patients ont peur, sont anxieux. Il faut donc les rassurer et tout ça se passe par la formation d'un lien, d'une relation. Le temps reste une limite : c'est du travail à la chaîne. Parfois, on manque de temps, on doit privilégier les urgences vitales et donc nous n'avons pas le temps d'établir la relation qu'on veut avec les patients. Les patients agressifs, agités, vont également freiner la relation.</p>	<p>Un patient autonome est un patient qui n'a pas besoin d'aide pour les actes du quotidien. C'est une personne jeune, qui n'a pas de pathologie impliquant une dépendance. Si des soins sont nécessaires, ils sont expliqués mais le patient peut se débrouiller seul (aller au scanner, faire un ECBU).</p>	<p>Un patient dépendant va quant à lui nécessiter une aide. Ce sont des personnes plutôt âgées, qu'on doit aider. La prise en charge prend plus de temps, il faut anticiper ses besoins car elle ne pourra pas se débrouiller seule. Si la personne est démente, on lui met une protection directement.</p>

Annexe V.IV : Entretien en USLD

Quelle définition donnez-vous au consentement ?	Êtes-vous toujours à la recherche du consentement ?	Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?	Racontez-moi une PEC d'un patient autonome	Racontez-moi une PEC d'un patient dépendant
<p>Le consentement est un mot large. C'est avoir l'accord de la personne à qui on demande quelque chose. La personne est libre de le donner ou pas. Il faut être en accord avec la personne qui est face à nous.</p>	<p>Si la personne est démente, elle n'est pas apte à dire ce qu'elle veut ou pas. Dans ce cas, on considère que si le soin se passe en douceur, la personne est d'accord. S'il y a de l'agressivité, elle est en désaccord et dans ce cas on trouve un compromis. C'est créer une alliance thérapeutique pour obtenir ce qu'on veut.</p> <p>La personne âgée c'est comme le lait sur le feu : tout peut changer à tout moment, et dans ce cas il faut trouver des solutions si on veut les prendre en charge correctement.</p>	<p>La relation est essentielle avec les personnes âgées, car ce n'est pas un pôle qui demande de la technicité mais de la réflexivité.</p> <p>Le toucher, le regard, la faculté à trouver les bons mots sont primordiaux pour leur faire comprendre qu'ils sont en sécurité. Sans ça, il est impossible d'entrer en relation et on n'arrive à rien. Le but de la relation est de redonner des repères à la personne. Les appeler par leur noms pour respecter leur propre identité. Il faut adapter sa relation en fonction de la personne, car ce sont des entités différentes, et il faut les prendre en charge dans leur individualité. Il faut une proximité mais il faut aussi respecter une distance en préservant la sphère privée de la personne.</p> <p>Il faut rechercher ce qui est bon pour chaque patient (ex : pas de régime diabétique car l'alimentation est un plaisir)</p>	<p>L'autonomie signifie « je n'ai besoin de personne ». Dans le service, même si les patients donnent le change, ils ne sont pas autonomes car ils ont besoin des soignants. Même s'ils sont autonomes sur le plan physique, dans les gestes, ils ne le sont pas sur le plan psychique. Si les patients étaient autonomes ils ne seraient pas en institution.</p>	<p>La dépendance veut dire « je dépend de ». Il y a plusieurs types : affective, mentale, motrice, psychique, temporo-spatiale. Si la personne a besoin d'une tierce personne, elle est dépendante.</p> <p>Il y a toujours une dépendance sur le plan psychique.</p>

Annexe V.V : Entretien en psychiatrie

Quelle définition donnez-vous au consentement ?	Êtes-vous toujours à la recherche du consentement ?	Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?	Racontez-moi une PEC d'un patient autonome	Racontez-moi une PEC d'un patient dépendant
<p>Le consentement peut se définir par l'accord donné par le patient, qui peut être entendu différemment selon l'état du patient (ex : délire).</p>	<p>Tout dépend de l'état du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> -s'il est stable, son accord sera clair et entendable -s'il est délirant ça dépend car il peut être un danger ou se mettre en danger <p>Il faut essayer au maximum de faire avec le consentement.</p>	<p>La relation a une très grande place car c'est ce qui va permettre une amélioration de l'état de santé du patient. C'est ce qui fait le soin, à l'inverse des soins généraux où il y a l'acte. Le patient doit se sentir accueilli, écouté, pas jugé.</p> <p>Le soignant semble pouvoir freiner la relation par sa façon d'être ou de répondre. Pour le patient, c'est l'état délirant qui peut compliquer la relation</p>	<p>Il y a plusieurs stades d'autonomie (physique, psychique) : c'est ce que le patient peut faire par lui-même et pour lui-même qui ne lui sera pas délétère. Les patients autonomes n'ont pas besoin de traitement, ni d'aide d'ASS, mais besoin d'être écouté et accompagné.</p>	<p>Plusieurs stades aussi (physique, psychique, financière) : on est dépendant quand on a besoin de l'autre. C'est une PEC beaucoup plus lourde et épuisante, le patient doit respecter un traitement, est sous contrainte, il faut obtenir son consentement</p>

Annexe V.VI : Entretien en médecine

Quelle définition donnez-vous au consentement ?	Êtes-vous toujours à la recherche du consentement ?	Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné ?	Racontez-moi une PEC d'un patient autonome	Racontez-moi une PEC d'un patient dépendant
<p>Le consentement c'est demander la permission au patient de lui procurer le soin dont il a besoin. C'est faire le soin avec son accord.</p>	<p>On essaye au maximum mais tout dépend de la situation.</p> <p>Si la personne est démente, elle va se trouver dans l'opposition et le consentement va être difficile à obtenir. Dans ce cas, on cherche à l'avoir mais si on ne l'obtient pas et que c'est pour la sauver, on fait sans son consentement.</p> <p>Après on essaye toujours de négocier. Dans le service ce sont des patients Covid qui ont besoin d'être mis au fauteuil de temps en temps, donc s'ils ne veulent pas, on essaye toujours de négocier un petit moment.</p>	<p>C'est la place la plus importante. Quand on est infirmière, on est en relation permanente avec le patient. C'est le patient qui a la place principale dans le contexte de soin.</p> <p>Faire ce métier c'est aider les autres, faire les choses avec les autres et pas contre.</p> <p>La communication est très importante dans la relation, surtout avec le contexte actuel. Les patients sont isolés, ils n'ont pas le droit aux visites, ils n'ont parfois pas de téléphone. Les seules personnes qu'ils ont c'est le personnel soignant, c'est avec eux qu'ils pourront parler de leurs craintes, leurs envies. Nous sommes leur seul lien. Donc si le patient ne parle pas ou qu'il y a la barrière de la langue, ça peut compliquer la relation.</p>	<p>Un patient autonome est un patient qui peut faire les actes de la vie quotidienne seul.</p> <p>Les patients autonomes ont toute leur tête, ils sont capables et savent nous dire ce qu'ils veulent. Dans la PEC, on va vérifier s'ils ont besoin de quelque chose mais on ne va pas les assister.</p> <p>En général, ce sont des patients qui posent souvent des questions sur leurs traitements, les résultats de leurs examens.</p> <p>À l'hôpital, on nous dit toujours qu'il faut réautonomiser les gens.</p>	<p>Il y a plusieurs degrés de dépendance. Il y a les patients qui sont autonomes normalement mais qui deviennent dépendants à cause de la pathologie (contexte Covid où ils sont sous Optiflow donc aide par exemple à l'installation). Puis il y a la personne totalement dépendante qui n'arrive pas à manger seule, se laver, bouger, ect.</p> <p>La prise en charge d'un patient dépendant va être similaire sur le déroulement à celle d'un patient autonome. Cependant, elle va nous demander plus de temps : on va leur faire prendre leur traitement, leur faire la toilette, les installer au fauteuil, faire les changes, surveiller les points d'appuis, etc.</p>

Annexe VI. Grilles d'analyse des questions

Annexe VI.1 : Question n°1

Quelle définition donneriez-vous au consentement ?		Cadre de références
Libéral	Le consentement, c'est rechercher l'accord, la véritable volonté du patient. C'est donner à la personne le droit de choisir. C'est un accord qu'on doit obtenir avant tout acte.	Selon le dictionnaire Trésor de la langue française, il est dérivé du verbe consentir et retrouve plusieurs sens. D'un point de vue général, cela correspond à l'action d'accepter qu'une chose se fasse et ne pas l'empêcher de se réaliser. Dans le domaine juridique, il s'agit de donner son accord à un acte légal, soit autoriser. D'après la définition philosophique, le consentement relève de l'acceptation totale et réfléchie d'une valeur reconnue comme vraie ou existante. Au sens de la morale, c'est un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose.
Soins pal	Respecter le consentement c'est demander l'accord au patient lorsqu'on fait un soin.	
Urgences	Le consentement correspond à l'accord que va donner le patient face à un soin, une prise en charge qu'on va lui proposer. Le consentement est nécessaire.	
USLD	Le consentement est un mot large. C'est avoir l'accord de la personne à qui on demande quelque chose. La personne est libre de le donner ou pas. Il faut être en accord avec la personne qui est face à nous.	
Psy	Le consentement peut se définir par l'accord donné par le patient, qui peut être entendu différemment selon l'état du patient (ex : délire).	
Médecine	Le consentement c'est demander la permission au patient de lui procurer le soin dont il a besoin. C'est faire le soin avec son accord.	

Annexe VI.II : Question n°2

Êtes-vous toujours à la recherche du consentement du patient ?		Cadre de références
Libéral	Oui toujours. Si la personne exprime un désaccord au départ, on essaie de trouver un compromis. Si elle refuse encore, on ne la force jamais et on trouve une solution pour s'adapter.	<p>CSP : <i>Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment</i></p>
Soins pal	<p>Dans les services de médecine gériatrique non : il y a des soins à faire, on n'a pas le temps, on ne réfléchit pas et on les fait sans savoir ce que les gens veulent ou pas. On ne leur demande jamais leur avis car on considère que les personnes âgées sont toutes séniles.</p> <p>En soins pal oui car on prend le temps d'écouter. On a le temps de réfléchir notre soin : est-il utile, le patient en a-t-il besoin ? On demande sans arrêt le consentement des patients, et s'ils ne veulent pas, même après négociation, on ne fait pas.</p> <p>Quand les personnes ne sont pas autonomes, on a tendance à prendre des décisions à leur place parce qu'on pense qu'ils n'en sont plus capables. Dans ce service on ne leur impose rien car on a le temps : on ne leur impose jamais rien.</p>	
Urgences	<p>Les personnes viennent par elles-mêmes aux urgences donc on part du principe qu'elles sont consentantes.</p> <p>Dans le contexte des urgences, on explique au patient ce qui va être fait, recherché et dans quel but, quel est l'intérêt. S'ils n'expriment pas de refus, on estime qu'ils consentent.</p> <p>S'ils ne sont pas d'accord, il y a une négociation par l'équipe soignante pour tenter de convaincre le patient, et s'il n'est toujours pas d'accord, il signe une décharge de sortie contre avis médical</p>	
USLD	<p>Si la personne est démente, elle n'est pas apte à dire ce qu'elle veut ou pas. Dans ce cas, on considère que si le soin se passe en douceur, la personne est d'accord. S'il y a de l'agressivité, elle est en désaccord et dans ce cas on trouve un compromis.</p> <p>C'est créer une alliance thérapeutique pour obtenir ce qu'on veut.</p> <p>La personne âgée c'est comme le lait sur le feu : tout peut changer à tout moment, et dans ce cas il faut trouver des solutions si on veut les prendre en charge correctement.</p>	
Psy	<p>Tout dépend de l'état du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> -s'il est stable, son accord sera clair et entendable -s'il est délirant ça dépend car il peut être un danger ou se mettre en danger <p>Il faut essayer au maximum de faire avec le consentement.</p>	
Médecine	<p>On essaye au maximum mais tout dépend de la situation.</p> <p>Si la personne est démente, elle va se trouver dans l'opposition et le consentement va être difficile à obtenir. Dans ce cas, on cherche à l'avoir mais si on ne l'obtient pas et que c'est pour la sauver, on fait sans son consentement.</p> <p>Après on essaye toujours de négocier. Dans le service ce sont des patients Covid qui ont besoin d'être mis au fauteuil de temps en temps, donc s'ils ne veulent pas, on essaye toujours de négocier un petit moment.</p>	

Annexe VI.III : Question n°3

Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné dans votre pratique ?		Cadre de références
Libéral	<p>La relation est primordiale et essentielle. C'est le cœur même du métier. En libéral, on va chez les gens, on rentre dans leur intimité. S'il n'y a pas de relation il ne peut pas y avoir de prise en charge.</p> <p>Il est fondamental d'avoir une relation de confiance et d'empathie. Quand on fait un soin, on a une présence forte dans la vie des gens, on est vrai face à eux, on ne fait pas semblant.</p> <p>Le temps peut toutefois être un frein à la relation. En libéral il y a beaucoup de monde à voir en peu de temps. Il faut donc établir des règles au préalable avec chaque patient car on ne peut pas se permettre de passer trop de temps avec chacun d'entre eux. Ça peut à long terme dégrader la relation car certains ne comprennent pas que nous sommes pressés par le temps.</p>	<p>La relation se définit comme une rencontre entre au moins deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières mais aussi deux histoires de vie différentes. Selon Jacques Chalifour, la relation est un processus circulaire où chacun interagit avec l'autre. Cette relation s'appuie de manière constante sur les interactions entre deux personnes.</p>
Soins pal	<p>La relation est très importante. C'est un service où on parle avec les patients, on met au centre de la prise en charge leurs besoins personnalisés. On n'est pas sur des soins agressifs mais sur de l'écoute.</p> <p>On réfléchit nos soins : on ne va pas faire des soins s'ils ne sont pas adaptés, et c'est ce qui permet d'établir une relation sur le long terme. Les patients se sentent écoutés.</p>	
Urgences	<p>La relation est primordiale. Le soin ne concerne pas que les actes, il faut prendre en compte la relation.</p> <p>Pour qu'un soin se passe bien, il faut une relation de confiance.</p> <p>Le contexte des urgences est particulier : les patients ont peur, sont anxieux. Il faut donc les rassurer et tout ça se passe par la formation d'un lien, d'une relation.</p> <p>Le temps reste une limite : c'est du travail à la chaîne. Parfois, on manque de temps, on doit privilégier les urgences vitales et donc nous n'avons pas le temps d'établir la relation qu'on veut avec les patients.</p> <p>Les patients agressifs, agités, vont également freiner la relation.</p>	
USLD	<p>La relation est essentielle avec les personnes âgées, car ce n'est pas un pôle qui demande de la technicité mais de la réflexivité.</p> <p>Le toucher, le regard, la faculté à trouver les bons mots sont primordiaux pour leur faire comprendre qu'ils sont en sécurité. Sans ça, il est impossible d'entrer en relation et on n'arrive à rien. Le but de la relation est de redonner des repères à la personne. Les appeler par leur noms pour respecter leur propre identité. Il faut adapter sa relation en fonction de la personne, car ce sont des entités différentes, et il faut les prendre en charge dans leur individualité. Il faut une proximité mais il faut aussi respecter une distance en préservant la sphère privée de la personne.</p> <p>Il faut rechercher ce qui est bon pour chaque patient (ex : pas de régime diabétique car l'alimentation est un plaisir)</p>	
Psy	<p>La relation a une très grande place car c'est ce qui va permettre une amélioration de l'état de santé du patient. C'est ce qui fait le soin, à l'inverse des soins généraux où il y a l'acte. Le patient doit se sentir accueilli, écouté, pas jugé.</p> <p>Le soignant semble pouvoir freiner la relation par sa façon d'être ou de répondre. Pour le patient, c'est l'état délirant qui peut compliquer la relation</p>	
Médecine	<p>C'est la place la plus importante. Quand on est infirmière, on est en relation permanente avec le patient. C'est le patient qui a la place principale dans le contexte de soin.</p> <p>Faire ce métier c'est aider les autres, faire les choses avec les autres et pas contre.</p> <p>La communication est très importante dans la relation, surtout avec le contexte actuel. Les patients sont isolés, ils n'ont pas le droit aux visites, ils n'ont parfois pas de téléphone. Les seules personnes qu'ils ont c'est le personnel soignant, c'est avec eux qu'ils pourront parler de leurs craintes, leurs envies. Nous sommes leur seul lien. Donc si le patient ne parle pas ou qu'il y a la barrière de la langue, ça peut compliquer la relation.</p>	

Annexe VI.IV : Question n°4

Racontez-moi votre dernière PEC d'un patient autonome ?		Cadre de références
Libéral	Un patient autonome est un patient qui se gère lui-même. On lui fait un soin, mais elle reste autonome par la suite. On va être moins attentif à son environnement.	<p>Marzano : « <i>Le terme autonomie vient du grec autonomos et indique, en général, le droit de se gouverner par ses propres lois. En philosophie, son usage remonte à Kant, qui l'utilise pour qualifier le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet. En droit, on parle de « principe de l'autonomie de la volonté », en vertu duquel les volontés individuelles déterminent librement les formes, les conditions et les effets des actes juridiques.</i> »</p>
Soins pal	L'autonomie s'exprime au niveau intellectuel : le patient est autonome dans ses choix. Le but de la prise en charge va être de négocier avec lui, car il a la capacité de comprendre ce qui peut lui faire du bien. En règle générale, ce sont des patients qu'on écoute plus, à qui ont fait plus confiance.	
Urgences	Un patient autonome est un patient qui n'a pas besoin d'aide pour les actes du quotidien. C'est une personne jeune, qui n'a pas de pathologie impliquant une dépendance. Si des soins sont nécessaires, ils sont expliqués mais le patient peut se débrouiller seul (aller au scanner, faire un ECBU).	
USLD	L'autonomie signifie « je n'ai besoin de personne ». Dans le service, même si les patients donnent le change, ils ne sont pas autonomes car ils ont besoin des soignants. Même s'ils sont autonomes sur le plan physique, dans les gestes, ils ne le sont pas sur le plan psychique. Si les patients étaient autonomes ils ne seraient pas en institution.	
Psy	Il y a plusieurs stades d'autonomie (physique, psychique) : c'est ce que le patient peut faire par lui-même et pour lui-même qui ne lui sera pas délétère. Les patients autonomes n'ont pas besoin de traitement, ni d'aide d'ASS, mais besoin d'être écouté et accompagné.	
Médecine	Un patient autonome est un patient qui peut faire les actes de la vie quotidienne seul. Les patients autonomes ont toute leur tête, ils sont capables et savent nous dire ce qu'ils veulent. Dans la PEC, on va vérifier s'ils ont besoin de quelque chose mais on ne va pas les assister. En général, ce sont des patients qui posent souvent des questions sur leurs traitements, les résultats de leurs examens. À l'hôpital, on nous dit toujours qu'il faut réautonomiser les gens.	

Annexe VI.V : Question n°5

Racontez-moi votre dernière PEC d'un patient dépendant ?		Cadre de références
Libéral	<p>Ce sont des patients qui ont besoin de nous, de leurs proches. Il faut les aider pour se laver, s'habiller, manger, se coucher, etc.</p> <p>On sera plus attentif dans notre prise en charge à son environnement, à ce qu'il ne manque rien pour qu'elle puisse se débrouiller quand on aura quitté le domicile.</p>	<p>La dépendance constitue le rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre. Il y a là une notion de sujétion, de subordination. Si on prend ceci comme définition, il semble correct de dire qu'être dépendant c'est être humain.</p> <p>Sans dépendance, nous n'aurions besoin de personne. De ce fait, « <i>on ne peut pas concevoir d'autonomie sans dépendance</i> » (Morin, 1981, p. 261) car tout être humain est dépendant.</p>
Soins pal	<p>La dépendance c'est plus sur un plan physique où on est là pour aider. Mais ça ne veut pas dire qu'il n'est plus capable de donner son avis : il peut être autonome et dépendant. Par exemple pour une SEP, le patient a toute sa tête mais son corps ne bouge plus.</p> <p>C'est une prise en charge où on s'adapte au patient, on essaie de leur apporter des petits plaisirs.</p>	
Urgences	<p>Un patient dépendant va quant à lui nécessiter une aide.</p> <p>Ce sont des personnes plutôt âgées, qu'on doit aider.</p> <p>La prise en charge prend plus de temps, il faut anticiper ses besoins car elle ne pourra pas se débrouiller seule.</p> <p>Si la personne est démente, on lui met une protection directement.</p>	
USLD	<p>La dépendance veut dire « je dépends de ». Il y a plusieurs types : affective, mentale, motrice, psychique, temporo-spatiale. Si la personne a besoin d'une tierce personne, elle est dépendante. Il y a toujours une dépendance sur le plan psychique.</p>	
Psy	<p>Plusieurs stades aussi (physique, psychique, financière) : on est dépendant quand on a besoin de l'autre.</p> <p>C'est une PEC beaucoup plus lourde et épuisante, le patient doit respecter un traitement, est sous contrainte, il faut obtenir son consentement</p>	
Médecine	<p>Il y a plusieurs degrés de dépendance. Il y a les patients qui sont autonomes normalement mais qui deviennent dépendants à cause de la pathologie (contexte Covid où ils sont sous Optiflow donc aide par exemple à l'installation). Puis il y a la personne totalement dépendantes qui n'arrive pas à manger seule, se laver, bouger, ect.</p> <p>La prise en charge d'un patient dépendant va être similaire sur le déroulement à celle d'un patient autonome. Cependant, elle va nous demander plus de temps : on va leur faire prendre leur traitement, leur faire la toilette, les installer au fauteuil, faire les changes, surveiller les points d'appuis, etc.</p>	

Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



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 Chloé NOIR

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 :

Consens-tu ? Les enjeux du consentement et de l'autonomie pour la relation soignant-soigné

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 ... 17 mai 2022 Signature :

Consens-tu ?

Les enjeux du consentement et de l'autonomie pour la relation soignant-soigné

Résumé :

Ce travail de recherche aborde le relation soignant-soigné et le respect du consentement et de l'autonomie de la personne soignée. Ces droits fondamentaux des patients vont soulever des interrogations sur l'impact qu'ils peuvent avoir sur la relation lorsqu'ils sont ignorés. La question de départ est la suivante : en quoi le respect du consentement et de l'autonomie du patient impacte la relation soignant-soigné ? Mes lectures m'ont permis de mettre en évidence que le consentement est obligatoire dans le soin mais qu'il existe certaines exceptions comme en psychiatrie. De plus, l'autonomie est souvent confondue avec l'indépendance, ce qui peut altérer la relation soignant-soigné. La méthode clinique utilisée pour cette recherche et les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé dans différents services de soins m'ont permis d'observer que la recherche du consentement et le respect de l'autonomie du patient peuvent dépendre de son état psychique et du temps dont disposent les soignants. Ainsi, la relation soignant-soigné en est impactée car elle se base sur de la confiance et de l'écoute, deux facteurs qui nécessitent du temps quand le patient souffre de troubles cognitifs. C'est sur ces paramètres que s'ouvre une nouvelle perspective de recherche.

194 mots

Mots clés : Autonomie - Communication - Consentement - Dépendance - Relation soignant-soigné

Do you consent ?

The issues of consent and autonomy for the relationship between the carer and the patient

Abstract :

This end of course assignment addresses the relationship between the carer and the patient and the respect of the consent and the autonomy of the person being cared. These patient's fundamental rights will raise questions about the impact they can have on the relationship when they are ignored. The initial question is the following : to what extent the respect for patient consent and autonomy impacts the relationship between the carer and the patient ? My reading enabled me to highlight that consent is mandatory in care but that there are some exceptions, such as in psychiatry. Furthermore, autonomy is often confused with independence, which can alter the relationship between the carer and the patient. The clinical method used for this research and the interviews with healthcare professionals in different health departments enabled me to observe that seeking consent and respecting patient autonomy may depend on his mental state and the time available to the medical staff. Therefore, the relationship between the carer and the patient is impacted because it is based on trust and listening, two factors that also require time when the patient suffers from cognitive disorders. It is on these parameters that a new research perspective opens up.

199 Words

Keywords : Autonomy - Communication - Consent - Dependence - Relationship between the carer and the patient