

DELON Marine
Promotion 2019-2022
Année 2021-2022

La vulnérabilité du patient liée à ses incapacités physiques sur la relation de soins



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

Directeur de mémoire : Madame BOUGADBA Aicha

Date de rendu : 23/05/2022

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

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de mon Travail de Fin d'Étude, sans chacun de vous rien de tout cela n'aurait été possible.

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma directrice de mémoire Mme Bougadba qui a toujours su se montrer disponible et ce même jusqu'à la fin. Merci pour votre patience et vos conseils dans la réalisation de ce mémoire vous m'avez été d'un grand soutien.

Je souhaiterai également remercier l'équipe pédagogique pour ces trois années de formation. Je remercie plus particulièrement ma référente pédagogique Mme Nicolas qui a su me motiver durant ces trois années, merci pour votre bienveillance.

Je voulais remercier ma famille et mes amis d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenu durant les moments plus difficiles de la formation, c'est votre fierté qui m'a permis d'avancer. Merci pour votre partage, merci de m'avoir donné de belles et de solides racines qui me permettent d'avoir cet équilibre afin d'exercer cette profession.

Je remercie notamment Axelle, qui exercera ce métier également et qui m'est d'une grande aide et d'un grand soutien émotionnel. Merci d'être là pour moi, merci du soutien quotidien, merci pour tout.

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
1. Présentation de la situation d'appel	2
1.1 Ma situation d'appel	2
1.2 Synthèse des questionnements.....	5
1.3 Ma question de départ	6
2. Cadre de référence	6
2.1 Cadre réglementaire	6
2.1.1 Le soignant – La profession d'IDE	6
2.1.2 Le patient	8
2.2 Les patients présentant des incapacités physiques.....	8
2.2.1 La définition	8
2.2.2 Impacts de ces incapacités physiques sur l'autonomie	10
2.2.3 La personne humaine et ses 5 dimensions.....	10
2.3 La vulnérabilité	12
2.3.1 La définition de la notion de vulnérabilité	12
2.3.2 La vulnérabilité liée aux situations de handicap physique	12
2.4 Impacts de cette vulnérabilité dans la relation de soins	13
2.4.1 Qu'est-ce qu'une relation ?	13
2.4.2 Qu'est-ce que soigner ?.....	14
2.4.3 À quoi ressemble la relation du soignant face au patient dit vulnérable ?.....	15
3. Enquête d'exploration	16
3.1 Méthodologie	16
3.1.1 Outil utilisé	16
3.1.2 Population choisie	16
3.1.3 Lieu d'investigation	17
3.2 Présentation et analyse des résultats de l'enquête	17
3.2.1 Représentation de la population interrogée	19
3.2.2 Les représentations du soignant à l'égard de la vulnérabilité du patient	20
3.2.5 Les impacts de l'état de vulnérabilité du patient présentant des incapacités physiques dans la relation de soins.....	24
3.2.6 Le regard et les besoins du soignant pour optimiser la relation avec ces patients vulnérables ..	25
3.3 Analyse critique de l'enquête exploratoire.....	27
4. La problématique	28
<i>Conclusion</i>	29
<i>Bibliographie</i>	30
<i>Annexes</i>	32

Introduction

Lors de ma première année d'étude infirmière j'ai effectué un stage en soins de longue durée dans lequel je me suis questionnée sur le sujet de la relation de soins avec des personnes en situation de vulnérabilité.

Dans la vie de tous les jours nous sommes tous les uns les autres confrontés aux situations avec des personnes dites vulnérables.

Les personnes « différentes », les personnes que certains regardent sans lâcher les yeux, les personnes pour qui d'autres ressentent de la peine voire de la pitié.

La situation de handicap notamment physique induit cette différence qui bien qu'elle devrait s'inscrire dans notre vie en société aujourd'hui fait l'objet parfois d'incompréhension d'intolérance voire de rejet susceptibles d'entraver la relation.

Ces représentations de l'handicap physique perdurent dans le domaine sanitaires et peuvent conduire les soignants à porter un regard dévalorisant sur cette personne si différente.

Mes interrogations et ma réflexion vont porter essentiellement sur l'impact de ce regard dans la relation de soins.

Dans un premier temps je présenterai ma situation d'appel, ensuite je vous présenterai mes questionnements.

Dans un second temps, je mettrai en évidence le cadre de référence et développerai les notions qu'il sous-entend.

Par la suite j'expliquerai l'enquête d'exploration, les outils utilisés, la population choisie ainsi que les lieux d'investigation.

Pour finir je conclurai.

1. Présentation de la situation d'appel

1.1 Ma situation d'appel

Je suis en première année d'étude infirmière à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), la situation se déroule pendant mon premier stage clinique au semestre 1 dans une clinique en service de Rééducation Fonctionnelle Neurologie dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) pour une durée de 5 semaines.

Ce service a pour but d'accompagner les patients souffrant d'affections locomotrices et neurovasculaires grâce à plusieurs types de soins tels que de la kinésithérapie, de l'ergothérapie et de la balnéothérapie.

Mon premier jour de stage se passe bien, je commence à 9h par un rendez-vous avec la cadre qui me dit que la première semaine je travaillerai avec les Aides-Soignantes (AS) afin de pouvoir appréhender l'accompagnement des personnes dans les actes de la vie courante, ce sont les soins de confort et de bien-être ce qui correspondent au rôle propre de l'Infirmière Diplômée d'État (IDE). Je serai ensuite au cours des 4 semaines suivantes affectée au sein des IDE pour découvrir et réaliser des soins dits prescrits, cela égale a des soins techniques et invasifs.

Au cours de la deuxième journée de mon stage, je suis avec Iris une aide-soignante diplômée depuis une quinzaine d'années. Elle m'explique que le service est divisé en 2 secteurs, qu'elles se répartissent la charge de travail avec son autre collègue aide-soignante et que l'infirmière doit aussi gérer la toilette de 3 patients.

Elle m'informe ensuite que nous allons commencer la toilette d'un monsieur âgé d'une cinquantaine d'années, que je nommerai Monsieur Aloès.

Je me renseigne donc dans le dossier de soins et lors des transmissions orales d'Iris et j'apprends que Monsieur Aloès présente une aphasie et une hémiplégie gauche suite à une endocardite infectieuse compliquée d'emboles cérébraux, cependant il ne présente pas de troubles cognitifs. Mr Aloès présente un déficit dans les auto-soins et a donc besoin d'une aide totale pour tous ses soins, il est également dans l'incapacité de se mouvoir c'est pourquoi il se déplace en fauteuil roulant électrique avec une commande à la main droite. Monsieur Aloès est confronté à un risque de fausses routes, il est dans l'incapacité de s'alimenter et de s'hydrater par voie orale, il est de ce fait porteur d'une gastrostomie (création d'un orifice de l'estomac avec

l'extérieur du corps). Par ailleurs, j'apprends qu'il est incontinent urinaire et fécal, il porte donc un change complet.

Iris me propose lors de cette toilette à observer plutôt que de participer de façon active et de prendre note de ses gestes compte tenu de mon inexpérience dans ce domaine.

Nous arrivons dans la chambre, l'AS le salue et je constate alors que Mr Aloès a le regard figé vers le bas.

Je me présente à mon tour, « Bonjour je suis Marine une étudiante infirmière je suis avec l'aide-soignante aujourd'hui, cela ne vous dérange pas ? ». À ce moment-là, Aloès a levé les yeux, il répond seulement d'un gémissement puis son regard se détourne et s'abaisse de nouveau.

Iris prend les devants et organise l'environnement du patient, elle règle la hauteur du lit, descend les barrières, installe le verticalisateur et amène la chaise douche à côté du lit.

Une fois le patient assis au bord du lit, Iris positionne face à Mr Aloès le verticalisateur et lui demande de venir agripper ses mains sur les poignées prévues à cet effet.

Je vois à ce moment-ci qu'il arrive à garder appui quelques minutes, elle enlève donc son bas de pyjama ainsi que sa protection puis fais son transfert jusqu'à la chaise douche.

Elle accompagne le patient dans la salle de bain et va ouvrir les fenêtres de la chambre afin d'aérer la pièce. Elle revient dans la salle de bain et ferme la porte.

Cette scène m'intrigue, pourquoi ouvrir les fenêtres alors qu'il nous a été enseigné de les fermer ? En effet, les laisser ouvertes ne serait-il pas prendre des risques ?

Il faut plutôt fermer les fenêtres pour éviter les courants d'air et éviter toute congestion ou infection broncho-pulmonaire des patients.

Quand est-il de la pudeur et de l'intimité du patient ?

La toilette commence, Iris demande au patient si la température de l'eau lui convient et elle commence par lui laver son visage.

Tout de suite après elle me propose de faire le shampoing, surprise et flattée de pouvoir participer, j'accepte et attend les consignes de sa part. Je mouille les cheveux, lui les shampoïne et finit par les rincer en essayant de ne pas lui mettre de l'eau et du shampoing dans les yeux.

Iris me dit ensuite de regarder comment on lave le corps lors d'une douche en respectant les règles d'hygiène.

Elle commence par prendre un gant, laver le haut du corps, les bras, le torse, le dos puis le rince.

À ce moment-là nous entendons frapper à la porte, c'est Garance, sa collègue aide-soignante. Iris coupe l'écoulement de l'eau et quitte la salle de bain. Elle se positionne devant la porte de la salle de bain qu'elle laisse ouverte et engage la conversation avec Garance en se racontant leur week-end.

Or Monsieur Aloès est lui, nu sur la chaise douche, sans eau chaude, avec la porte qui est grande ouverte et l'air frais du matin qui s'imisce dans la salle de bain étant donné que les fenêtres sont toujours ouvertes.

Je me retrouve dans une situation qui me semble invraisemblable, je vois le patient avoir la chair de poule, il ne bouge pas, il ne peut pas parler. Il me semble si vulnérable.

Je me sens terriblement mal à l'aise, comment peut-on interrompre un soin comme cela ? Comment le patient doit-il se sentir ? Ne se sentirait-il pas humilié ? Honteux ?

Je me demande quelle est à ce moment précis la priorité pour ces aides-soignantes ? Leur vécu personnel, le récit de leur week-end ou le bien être du patient ?

D'ailleurs que représente ce patient à l'égard de ces AS et à cet instant-là ? Est-ce que les AS se rendent compte de l'inconfort du patient ? Apparemment non : elles discutent pendant encore de longues minutes.

Est-ce que le fait qu'il ne puisse ni parler, ni bouger, ni se plaindre autorise tels agissements ? Est-ce la vulnérabilité qui permettrait des choses comme celles-ci ?

Toutes ces questions se bousculent dans ma tête. Je suis mal à l'aise, je ressens de la peine pour Monsieur Aloès et de la colère face aux AS. J'ai l'impression que son état le banalise et qu'il est perçu à ce moment-là comme une chose.

Les sujets de conversation s'enchaînent et les minutes sont longues autant pour le patient que pour moi.

Sur le moment, je suis si choquée par cette situation que j'ose déployer une serviette sur lui. Lorsque je réalise ce geste, à travers son regard je lis le désarroi, l'inconfort, le mal-être et peut-être même la douleur. Qu'advient-il de l'attention et la considération que nous devons en tant que soignant au patient ? Et qu'en est-il de sa dignité ?

Dix minutes plus tard, Iris se retourne et revient dans la salle de bain en disant au patient « Désolée Monsieur Aloès mais vous savez comment sont les femmes ! Toujours à papoter ! » sur un ton détaché qui me paraît désinvolte.

Quant à moi elle me fait remarquer sur un ton sec et agacé « Mais non pourquoi tu as mis cette serviette sur lui ? La toilette n'est pas finie je n'ai pas lavé le bas tu as tout mélangé le propre et le sale là ! Vraiment c'est n'importe quoi ! ».

Je ne réponds rien et retire la serviette mis quelques minutes plus tôt. Je suis comme tétanisée. Elle continue ensuite la toilette sans m'adresser la parole comme si je n'existais plus.

Mais s'est-elle rendu compte de son geste ? S'est-elle rendu compte qu'elle avait négligé le patient ? Devant moi ? Garance s'est-elle rendu compte qu'elle avait interrompu un soins ? Iris de même ?

Une fois le patient habillé, Iris installe le patient dans son fauteuil roulant électrique.

Nous rangeons la salle de bain, trions le sale et le propre, récupérons les poubelles puis avant de sortir de sa chambre nous veillons à la sécurité de l'environnement du patient, c'est-à-dire à ce que Monsieur Aloès dispose de sa sonnette, sa télécommande, son journal du jour et son téléphone. Nous veillons également à ce que rien ne traîne sur le sol afin que Mr Aloès puisse circuler facilement dans sa chambre.

1.2 Synthèse des questionnements

Au regard de cette situation d'appel vécue et des questions qu'elle a suscitées en moi, plusieurs thématiques et axes de recherches sont envisageables.

Nous pourrions traiter sur le sujet de la vulnérabilité et quelles en sont ses conséquences ?

En quoi le fait d'être aphasique donc dans l'incapacité de parler et d'être en situation de handicap sur le plan physique donc dans l'incapacité de se mouvoir rend vulnérable ?

Ou encore : en quoi les représentations du soignant à l'égard du patient aphasique et en situation de handicap peut influencer sur sa prise en charge et notamment sur la relation de soin ?

En quoi cette vulnérabilité peut mener au patient-objet plutôt qu'au patient-sujet ?

En quoi ce patient ne serait plus une personne humaine ?

Autrement dit en quoi la perception de cette vulnérabilité par le soignant peut le conduire à une objectivation du patient ?

Et quels peuvent en être les impacts sur la relation soignant-soigné ?

Nous pourrions également traiter les concepts d'autonomie, de dignité, de pudeur et d'intimité au vu de ce patient laissé nu sur sa chaise douche.

En quoi les représentations du soignant face au patient aphasique et en situation de handicap peuvent influencer sur la relation de soin et notamment impacter la dignité, le respect de la singularité voire l'autonomie du patient ?

Malgré le temps imparti et ne pouvant pas étudier chaque thématique, je décide de diriger mes recherches sur : **En quoi l'état de vulnérabilité du patient lié à ses incapacités physiques peut influencer sur la relation de soins ?**

1.3 Ma question de départ

En quoi l'état de vulnérabilité du patient lié à ses incapacités physiques peut influencer sur la relation de soins ?

Pour commencer il faut se questionner sur qu'est-ce que l'on entend par « soignants » et « patients » ?

Je vais aussi clarifier le terme de la personne humaine et ses dimensions.

Je vais définir également le terme de vulnérabilité mais également la vulnérabilité liée aux situations de handicap.

Il faut de plus éclaircir le sujet de patient-objet ou patient-sujet ?

Je vais donc essayer de réaliser cela à travers le cadre de référence dans la partie qui suit.

2. Cadre de référence

Le cadre de référence est tourné vers une population adulte ayant des incapacités physiques.

Nous allons donc expliciter les notions que sous-entend ma question de départ dans le cadre de référence.

2.1 Cadre réglementaire

2.1.1 Le soignant – La profession d'IDE

Commençons par définir le mot « soignant ». Selon le dictionnaire Larousse, le soignant est « *une personne qui donne des soins à quelqu'un* ».

Les soignants peuvent regrouper un ensemble de professionnel, par exemple, les infirmières mais aussi les aides-soignantes, les diététiciennes, les kinésithérapeutes, les anesthésistes font

partis des soignants. Ils jouent chacun un rôle différent mais la profession se situe dans la branche des services de santé.

Intéressons-nous maintenant plus précisément aux IDE.

Selon l'Article R4311-2 du Décret de Compétence : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. [...] Ils ont pour objet [...] de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes.* »

Nous pouvons également définir les IDE comme « *toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.* » d'après l'Article L4311-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

En effet, il existe deux rôles que l'infirmier peut exercer : le rôle propre et le rôle prescrit.

Le rôle propre est défini par le décret 2004-802 du 29 juillet dans l'article R4311-3 : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* ».

Le rôle prescrit est également régi par le CSP qui indique que, « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes défini par le décret n°2019-835 du 12 août 2019 – art. 2 soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin* ».

Enfin, il existe le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 du code de déontologie des infirmiers énonçant les devoirs et les valeurs des infirmiers envers leurs patient, il précise les modalités d'exercice de la profession, ainsi que les rapports des infirmiers envers leurs confrères et les membres des autres professionnels de santé.

Dans la situation exposée juste avant le patient est laissé nu au froid sans avoir la capacité de dire quoi que ce soit.

Revenons donc aux devoirs des infirmiers, en effet, selon le code de déontologie, le devoir d'humanité, la non-discrimination, l'assistance, la continuité des soins, la prise en charge de la douleur, le secret professionnel et le recueil du consentement font partie des devoirs des IDE.

Après avoir défini la notion d'infirmière, il est préférable de définir ce qu'est un patient mais aussi un patient présentant des incapacités physiques en rappel avec notre situation.

2.1.2 Le patient

Définissons à présent la notion de « patient ».

Intéressons-nous à l'étymologie du mot « patient », du latin *patiens, patientis* « qui supporte, endurent ». Ainsi le patient est voué à attendre, à être patient et à endurer.

Un individu devient un patient lorsqu'il a besoin de soins.

Comme traite le sujet de ce mémoire, nous allons nous intéresser à présent aux patients avec des incapacités physiques.

D'après la loi du 4 mars 2002 dite la « loi Kouchner », « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* »

La loi relative aux droits des malades nous dit également que « *La personne malade a le droit au respect de sa dignité* », et que « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins* ».

Le patient a souvent la capacité de prendre en charge sa maladie et son parcours de soin or dans cette situation le patient est en incapacité physique. Qu'en est-il ?

2.2 Les patients présentant des incapacités physiques

2.2.1 La définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *l'incapacité correspond à toute restriction dans les capacités à réaliser une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.* »

Ici, l'incapacité est physique, cela réduit le malade à une situation de handicap. De plus les impacts des déficits physiques portent donc atteinte à l'autonomie du patient.

Et la capacité dans tout cela ? Les capacités d'un individu renvoient le plus souvent aux normes posées par la société dans laquelle il vit, elle concerne l'ensemble du fonctionnement d'un individu comme personne et comme citoyen.

Selon Jean-Yves Barreyre « *La notion de capacité telle qu'elle ... concerne l'ensemble du fonctionnement d'un individu comme personne et comme citoyen. Cette capacité fonctionnelle peut être modifiée, atteinte ou restreinte par le manque, par la perte, par la déficience* ».

Les incapacités sont étrangement liées aux situations de handicap. Mais le handicap, qu'en est-il ?

La loi du 11 février 2005, portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne la définition du handicap suivante : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Il existe différents types de handicap dont le handicap moteur, sensoriel, mental, cognitif et psychique. Autrement dit, certains handicaps sont visibles aux yeux de la société, tandis que d'autres ne le sont pas.

Le handicap sensoriel comprend le handicap auditif et visuel, ici, la communication est altérée une fois qu'une relation entre en jeu.

Les handicaps mentaux, cognitifs et psychiques sont également des handicaps dit « non visibles ». Effectivement, ils regroupent des pathologies de la déficience mentale, des fonctions cognitives et touchant le psychisme ce qui signifie que ces personnes n'ont également pas de traits physiques de leur handicap.

Le handicap moteur se caractérise par une limitation de certaines fonctions physiques, ainsi c'est un des handicaps visibles. Ce handicap atteint le corps et sa représentation, ainsi, la personne humaine devient différente, vulnérable, rejetée ou même exclue.

Le patient en situation de handicap physique devient malheureusement dans la plupart des situations réduit à son handicap. C'est-à-dire qu'il n'est plus vu comme une personne humaine à part entière mais seulement une personne ayant des incapacités.

Le mot « handicap » apparaît dans le monde social afin de désigner les manques, les entraves, les gênes ou l'infériorité.

Dans cette situation Monsieur Aloès est en situation d'aphasie, il est donc laissé nu sur la chaise douche sans pouvoir se défendre et défendre son corps, sa personne. Sa dignité est touchée, altérée, suspendue. La situation de handicap fait des patients des personnes vulnérables.

Monsieur Aloès n'a plus la capacité de réaliser seul les gestes de la vie courante, c'est-à-dire, se lever, se mobiliser, s'hydrater, s'habiller ou même se tourner. Ce monsieur a également perdu l'usage de sa parole dû à ces lésions irréversibles, il ne peut plus parler, il comprend tout, il entend tout mais il est comme enfermé dans son propre corps.

La parole, cette faculté qui nous différencie des animaux, ce pouvoir singulier qui nous permet à nous, être humain, d'exprimer des besoins, pensées, sentiments, souffrances ou aspirations.

Il serait intéressant de clarifier en quoi ses incapacités, sa situation de handicap et sa perte de parole altère son autonomie.

2.2.2 Impacts de ces incapacités physiques sur l'autonomie

L'autonomie est définie comme capacité à agir par soi-même, à choisir par soi-même et à penser par soi-même est une ressource dont nous avons besoin.

Dans un contexte biomédical, le principe d'autonomie vient fonder la revendication par le malade d'exprimer librement son autorité sur sa propre personne, à commencer par son corps. L'autonomie est une étape vers la constitution de soi, de sa propre identité, nous nous gouvernons par nous-même et personne ne décide à notre place. Or lorsqu'il existe des incapacités physiques le principe d'autonomie est entravé.

Différents impacts sur l'autonomie de la personne peuvent être observés, ainsi, lorsque la personne se retrouve confrontée à ne plus pouvoir lever le bras, ne plus pouvoir se mouvoir, se changer de position, se lever ou même marcher, elle se retrouve en situation d'inconfort, de vulnérabilité et de dépendance face aux soignants. L'autonomie est inévitablement altérée.

Les personnes en situation de handicap physique ne sont plus libres, ils sont dépendants, ils n'ont plus la capacité de se gouverner eux-mêmes.

Cette phrase fait écho à notre situation, l'autonomie de Monsieur Aloès est altérée ce qui le rend d'autant plus vulnérable et qui peut porter atteinte à la personne humaine.

Il n'est plus en capacité d'exprimer ses choix, ses acceptations ou ses refus, il est privé de sa parole, il subit.

Ainsi, nous pouvons comprendre qu'une atteinte quelle qu'elle soit à cette capacité rend donc la personne moins humaine et donc vulnérable.

2.2.3 La personne humaine et ses 5 dimensions

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) la personne humaine se définit comme « *étant un individu de l'espèce humaine qui se distingue du simple individu biologique et a droit à la considération parce que doué d'une conscience morale* ».

Selon Peter SINGER, philosophe, une personne est « *un être intelligent pensant, qui a raison et réflexion, et peut se considérer soi-même, la même chose pensante en des temps et des lieux différents* ».

Eric DELASSUS Professeur agrégé et Docteur en philosophie nous informe qu'il y aurait 5 dimensions pour définir la personne « humaine », ces 5 dimensions sont les suivantes : l'intersubjectivité, la singularité, l'altérité, l'autonomie et la vulnérabilité.

L'intersubjectivité désigne ce qui se tisse entre des sujets, une relation entre deux personnes.

Emmanuel Kant définit l'intersubjectivité comme étant « *la faculté de juger tient compte, dans sa réflexion, du mode de représentation de tous les autres humains* ». Ce qui signifie que chacun se perçoit comme sujet parce que d'autres sujets le perçoivent comme tel.

La singularité est une distinction entre chaque individu, en effet, c'est ce qui nous différencie des autres. Nous possédons tous une singularité, c'est le fait que nous ne nous confondons pas avec les autres, nous sommes foncièrement différent(e)s.

La singularité est par exemple, notre caractère, notre personnalité, nos valeurs, nos qualités ou même nos défauts. Ainsi, c'est ce qui fait de nous ce que nous sommes, il n'en existe pas deux comme nous.

L'altérité rejoint finalement la singularité puisque c'est un caractère de ce qui est autre, c'est le fait d'être différent. Même si l'autre en réalité peut me ressembler, il n'est pas moi. L'altérité est également la reconnaissance de l'autre dans sa différence peut importe son origine.

L'autonomie est le droit de se gouverner par ses propres lois, c'est le fait de pouvoir prendre des décisions libres, d'avoir possession de son corps, de se mouvoir totalement, c'est un ensemble de chose qui fait que la personne est entièrement indépendante.

La vulnérabilité quant à elle est une faiblesse, une atteinte ou une fragilité, elle représente un manque d'autonomie, une dépendance.

La personne humaine est donc tout un ensemble d'état, elle pense, réfléchit, entretient des relations avec autrui et est capable de donner un sens moral à ses actes.

Dans notre situation il existe une atteinte du corps dû aux incapacités physiques de Monsieur Aloès.

L'incapacité physique peut altérer l'image qu'il a de lui-même, il peut se sentir humilié intrinsèquement. Avoir perdu l'usage de la parole peut également être une altération de l'estime de soi, de la considération qu'il peut se porter à lui-même. Et tout cela peut alimenter cette vulnérabilité.

Approfondissons donc dans la prochaine partie cette notion.

2.3 La vulnérabilité

2.3.1 La définition de la notion de vulnérabilité

Du latin *vulnus*, *vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), le vulnérable est selon le dictionnaire Larousse, celui « *qui peut être blessé, frappé* », « *qui peut être facilement atteint, qui se défend mal* ».

En effet, la vulnérabilité peut être perçue comme une atteinte à l'intégrité de la personne, ce mot est devenu omniprésent dans la société

Le Code Pénal présente ainsi une liste de six états dits « vulnérable », ce sont des états de faiblesse physiques ou mentaux : l'âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique et la grossesse.

Nous pouvons considérer qu'une personne devient vulnérable dès lors qu'elle n'a plus la capacité de faire face de manière autonome à la gestion de ses intérêts.

Selon le dictionnaire Larousse, est dit vulnérable ce « *qui peut être facilement atteint, ou se défend mal* ». Peut qualifier la personne de vulnérable, qu'elle soit jeune ou âgée, plus fragile, moins apte à se défendre que les autres, en raison des circonstances, d'une maladie, d'une faiblesse physique ou mentale.

2.3.2 La vulnérabilité liée aux situations de handicap physique

La vulnérabilité dans la relation de soin est présente, en effet, nul doute : le vulnérable, c'est le patient.

Au premier regard dans la relation soignant-soigné il existe des disproportions notables, ainsi, l'un est en général debout, l'autre allongé ou assis ; l'un vêtu d'une blouse blanche au titre de sa fonction l'autre en pyjama ou dénudé.

Mais qu'en est-il de la vulnérabilité liée à la situation de handicap ?

Un patient dit en situation de handicap est donc forcément vulnérable, comme dit dans la définition du Code Pénal six états dits « vulnérables » existent, dont la déficience physique ou psychique.

Autrement dit, le mot « handicap » place directement la personne dans une situation de vulnérabilité.

Nous noterons que la place du patient dans la relation de soins est déjà particulière, vraisemblablement, le « patient » est exposé à la maladie, à une altération physique, à la douleur et il devient dépendant d'une équipe soignante.

Le fait qu'une personne soit en incapacité physique mais aussi orale, le rend forcément vulnérable, le patient subit, il n'est plus capable.

2.4 Impacts de cette vulnérabilité dans la relation de soins

2.4.1 Qu'est-ce qu'une relation ?

Une relation est en effet selon le dictionnaire Larousse « *L'ensemble des rapports et des liens existant entre des personnes qui se rencontrent, qui se fréquentent et qui communiquent entre elles.* ». Une relation implique deux personnes ou plus et il existe ainsi plusieurs définitions selon les points de vue.

Pour Weber, une relation sociale « *désigne le comportement de plusieurs individus en tant que, par son contenu significatif, celui des uns se règle sur celui des autres et s'oriente en conséquence.* ».

En psychologie, les relations définissent un aspect essentiel de l'être social mais cette notion reste très diversifiée et vaste à définir.

Plusieurs notions viennent se mélanger à celle de relation, la communication par exemple est la notion clé de la relation. Sans communication il n'y a pas de relation. C'est un moyen d'entretenir une relation avec les autres, d'avoir des échanges. La relation est donc un processus par lequel les personnes s'expriment dans leur vie sociale et individuelle.

La relation de soins est un échange entre deux êtres, plusieurs facteurs entrent en jeu comme le toucher, le regard, la posture.

Mais lorsque le soin prend sa place dans une relation, celle-ci peut changer. En effet, une relation asymétrique s'installe.

Les relations soignants-soignés sont imprévisibles ce qui les rend délicates. Mais comment prendre soin lors de ces relations de soins ?

2.4.2 Qu'est-ce que soigner ?

Nous ne pouvons pas répondre à cette question sans citer Winnicott et son récit sur le care et le cure.

Ce célèbre pédiatre et psychanalyste britannique nous éclaire très bien sur la question.

Qu'est-ce que le cure ? La tentative d'éradiquer la maladie, guérir et pas seulement soigner, objectiver la maladie pour traiter le plus indépendamment du sujet qui l'éprouve.

Le care, lui, sous-entend autre chose : le sujet précisément, la relation avec le médecin, la confiance qu'on lui témoigne, une sorte de parachèvement du holding mais surtout un sentiment d'inégalité malgré la dépendance.

Denis Piveteau nous dit que « *Il est sûr en tout cas, qu'il ne faut pas confondre ce que la langue anglaise ne confond pas, elle qui distingue le to cure, qui est le soin qui guérit ou s'efforce de guérir, et le to care, qui est le prendre soin attentif, le soin qui aide, qui accompagne mais ne vise ni n'ambitionne aucune guérison.* »

Par cet écrit, l'auteur met en évidence que soigner ne signifie pas seulement guérir, soigner est parfois simplement soulager, ces deux notions se rejoignent bien évidemment mais il est tout de même important de souligner la différence.

Soigner revient à agir pour le malade et prendre soin revient à accepter un état d'incapacité et de « faire avec », le soignant va donc soulager le malade en partageant cet état de vulnérabilité.

Michel Fontaine appui cette pensée en disant que « *Il me semble, en effet, que dans chacune de nos interventions de soignant, quelque chose du devenir de l'humanité est en jeu, parce que nous engageons ce que nous sommes comme être humain, au-delà de nos compétences, de notre savoir-faire.* »

Effectivement, soigner apparaît bien comme un acte qui implique au-delà du soin, le soignant engage le devenir de celle ou de celui qu'il soigne, il est confronté à la question du sens de ce qu'il est en train de faire et aux trois questions essentielles des pratiques soignantes : qui je soigne ? Pourquoi je soigne ? Et comment je soigne ?

Le soin reste avant tout un acte pensé, réfléchi, il y a une intention dans celui-ci, il y a également un but, une attente. On ne fait pas un soin sans finalité. Avant, pendant et après le soin on y pense, on se questionne, on essaie de s'adapter au patient et à sa singularité.

Ainsi penser le soin dans toutes les circonstances n'est-il pas une façon de ne pas induire une objectivation justement ? Cette objectivation est-elle plus présente lorsque ce patient est en situation de vulnérabilité ? Cela impacte-t-il la relation de soin ?

2.4.3 À quoi ressemble la relation du soignant face au patient dit vulnérable ?

La relation de soin est traditionnellement caractérisée par l'asymétrie. La première responsabilité du soignant est en effet de faire usage des connaissances et des compétences dont il tire son pouvoir en vue du bien de l'autre et avec son accord.

La volonté de réduire cette asymétrie passe donc par le devoir d'informer et par la recherche de la participation du malade à la décision le concernant.

Ici, le patient est en situation de handicap, comme dit auparavant, il n'a plus la capacité d'éprouver ses désirs.

Néanmoins la recherche du consentement, le respect et la dignité sont des notions primordiales afin de ne pas entraver la relation de soins et de ne pas affecter la dignité du patient.

Être exposé à l'intrusion du soin c'est la condition du malade, être exposé à la souffrance de l'autre c'est la condition du soignant. Ce qui lie le malade et le soignant est l'altération qu'est la relation en elle-même.

D'après Walter HESBEEN « *Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie.* ».

Ainsi, il ne suffit pas de bien faire tout ce qu'il y a à faire pour que l'humain soit bien traité et se sente bien traité.

Le patient devient objet lorsque nous banalisons les soins, banalisons l'être humain, c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, c'est l'oubli de la singularité et de la sensibilité.

Nous devons donc lutter contre les pratiques répétitives.

Michel Caillol nous informe qu'il existe une antinomie fondamentale en médecine : « *Prendre en charge une personne, c'est-à-dire un être humain avec toute sa subjectivité, toute sa biographie mais rester pourtant efficace dans le traitement, ce qui nécessite alors d'objectiver cette personne qui se confie, c'est-à-dire la rendre objet, de la réduire à son corps.* »

Ici, l'auteur nous dit que dans le soin, l'objectivation est existante voire nécessaire pour prendre soin, le patient objet n'est donc plus perçu comme une personne à part entière, il est réduit à sa maladie, à son corps.

Mais quelle différence entre le patient objet et le patient en situation de handicap ? Le patient devient objet lorsqu'il est en situation de handicap ?

Quels sont les impacts de cette vulnérabilité dans la relation de soins ? Quels sont les impacts de ce corps devenu banal ?

3. Enquête d'exploration

3.1 Méthodologie

3.1.1 Outil utilisé

Pour mon enquête l'outil que j'ai utilisé est l'entretien semi-directif (cf. Annexe I). C'est une méthode d'étude qualitative, son but est de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuves à un travail de recherche.

En effet, l'entretien semi-directif m'a servi à comprendre le point de vue de différents soignants face à mon sujet.

J'ai choisi cet outil car il permet de diriger l'entretien afin de bien cibler et répondre à mes attentes tout en laissant le professionnel parler librement et pouvoir s'éloigner parfois de la question, c'est celui qui, je pense, correspond le mieux à mes attentes.

Concernant la création de mon outil, j'ai d'abord cherché à savoir ce que les professionnels pourraient m'apporter avec leur vécu sur mon sujet. J'ai ensuite formulé des questions puis je les ai triés grâce à ma directrice de mémoire dans un ordre de façon à ce que l'analyse soit plus simple ensuite.

Enfin, en ce qui concerne le dérouler des entretiens, j'ai demandé dans un premier temps à l'oral si les professionnels que j'interrogeais étaient d'accord pour que je les enregistre en leur disant que c'était tout de même anonyme et que cela était seulement pour retranscrire et ensuite analyser.

En seconde partie j'ai commencé par une présentation brève de moi-même et de mes interlocuteurs. Ensuite j'ai abordé le thème de mon mémoire et puis j'ai traité les thèmes et les questions de mon guide d'entretien ?

Afin qu'ils se déroulent au mieux j'ai gardé l'entretien semi-directif en version papier devant moi, grâce à cela j'ai réussi je pense à mener des entretiens de façon structurée.

3.1.2 Population choisie

Au vu de mon questionnement, je décide d'interroger les soignants les plus proches des patients présentant des incapacités physiques. Des infirmiers.eres ainsi que des aides-soignants.es car ce sont donc eux qui sont le plus amenés à avoir une vraie relation de soin avec le patient.

Ces professionnels sont au cœur de la relation soignant-soigné, ils me seront d'une grande richesse face à ma problématique. En effet, ils sont forcément amenés à prendre soin de ces patients vulnérables qui n'ont très souvent que ces soignants pour repères. Ils font parties de la vie intégrante des patients.

J'ai donc interrogé deux infirmières, une infirmière coordinatrice, une aide-soignante et une aide-soignante en VAE (Validation des Acquis d'Expériences).

Enfin, l'âge, l'année d'obtention du diplôme et le parcours professionnel sont des critères non négligeables car cela me permettra d'avoir des avis différents.

3.1.3 Lieu d'investigation

Mon sujet de mémoire fait appel à une population de patients assez spécifique, cependant, la vulnérabilité des personnes est rencontrée dans tous les services.

C'est pourquoi j'ai décidé de mener mes entretiens en service de Neurologie ainsi que dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Je pourrai donc avoir des récits de professionnels côtoyant ces personnes au quotidien.

Le service de Neurologie m'a permis d'avoir de vraies réponses quant à l'incapacité physique et l'EHPAD m'a permis d'avoir des résultats plus marqués sur la vulnérabilité du patient.

3.2 Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Concernant la partie méthodologique, elle s'est plutôt bien déroulée. Même avis sur la partie recherche des établissements afin de mener les entretiens.

Dans un premier temps j'ai rédigé avec ma directrice de mémoire une lettre de demande d'entretien (cf. Annexe II) dans laquelle nous avons choisi d'exposer seulement une petite partie des questions et de la problématique afin de ne pas guider les professionnels de santé et d'avoir les réponses les plus spontanées possibles.

J'ai ensuite envoyé un mail à la direction des soins du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes afin de demander le service qui m'intéressait. Ils m'ont répondu relativement vite d'une réponse positive en me demandant de prendre ensuite contact avec le cadre (cf. Annexe III).

Afin d'être le plus rapide possible je me suis permise de le contacter directement par appel téléphonique. Il a donc accepté ma demande le lendemain et nous avons trouvé un jour dans la semaine qui suivait afin de passer les entretiens.

J'ai réussi à mener trois entretiens le même jour dans le même service : deux infirmières et une aide-soignante.

Mes entretiens se sont plutôt bien déroulés, nous étions dans une pièce assez isolée et nous n'avons pas eu d'interruptions au fil des entretiens, ce qui, je dois l'admettre, a été très agréable. Suite à cela j'ai rapidement pu retranscrire mes entretiens.

Vient une période où j'ai plutôt mis de côté le mémoire, puis un échange avec ma directrice de mémoire m'a fait prendre conscience que je devais m'y remettre.

J'appelle alors un EHPAD à Nîmes toujours, où l'Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice (IDEC) m'a répondu que ces entretiens étaient possible le jour même et que je pouvais m'y rendre tout de suite.

Nous étions dans la salle de soins et les entretiens ont deux des entretiens sur trois ont été interrompus, mais nous n'avons pas d'autre salle à disposition.

J'ai pu donc m'entretenir avec : une infirmière, l'infirmière coordinatrice et une aide-soignante en VAE.

Lors de mes entretiens j'ai trouvé les conversations plutôt agréables et les enchaînements de questions plutôt fluides étant donné que je connaissais bien mon sujet, cependant j'ai essayé de respecter toujours l'ordre de mes questions par peur de m'éparpiller.

Ces échanges ont été enrichissants et les professionnels ont pu m'apporter différentes informations et une complémentarité entre eux.

Pour l'analyse des entretiens, j'ai fait le choix de procéder par thèmes. Pour ce faire, je me suis basée sur les axes de recherche préétabli de mon guide d'entretien (cf. Annexe I).

À chacun de ces thèmes, j'ai pu apporter du contenu grâce aux réponses des professionnels lors des entretiens.

3.2.1 Représentation de la population interrogée

Entretien numéro 1 : (cf. Annexe IV)

Le premier entretien que je réalise est avec Flore âgée de 24 ans. Elle a directement après de le Baccalauréat passer le concours infirmière et a été diplômée en juillet 2020. Flore a tout de suite commencé à travailler dans le service de neurologie du CHU de Nîmes. Elle a également trois mois après été formé aux soins intensifs de neurologie.

Entretien numéro 2 : (cf. Annexe V)

Le deuxième entretien se passe avec Capucine qui est âgée de 29 ans. Capucine a été diplômée en juillet 2018, elle a d'abord commencé à travailler en EHPAD où elle faisait des remplacements puis fin septembre 2018 elle a intégré le service de neurologie du CHU de Nîmes. Tout comme Flore, elle a été formée aux soins intensifs neurologie.

Entretien numéro 3 : (cf. Annexe VI)

Le troisième entretien se déroule avec Rose, elle est âgée e 21 ans et elle est aide-soignante depuis bientôt 3 ans. Elle a été diplômée en juillet 2019, elle travaille dans le service de neurologie du CHU de Nîmes depuis août 2019 et depuis 6 mois Rose a également été formé à l'unité de soins intensif de neurologie.

Entretien numéro 4 : (cf. Annexe VII)

Le quatrième entretien est avec Violette, elle travaille depuis 2018 dans l'EHPAD et elle a été diplômé infirmière en 2015. Lors de cet entretien j'ai été assez déstabilisé dès le début car j'avais l'impression de déranger, je n'ai pas pensé sur le moment à lui demander quel était son parcours professionnel avant d'être diplômée infirmière et où avait-elle travaillé lors des 3 ans entre son diplôme et son arrivée dans cette structure. Ce que je trouve dommage car Violette avait le plus d'ancienneté de diplôme parmi les personnes que j'ai interrogé.

Entretien numéro 5 : (cf. Annexe VIII)

Le cinquième entretien que je réalise est avec Garance, une infirmière coordinatrice. Elle a été diplômée en juillet 2016 du DEI et a commencé à travailler dans un EHPAD où ils lui ont proposé quelques mois plus tard de devenir IDEC, offre qu'elle a accepté. Suite à un

changement de direction Garance est partie de cet établissement pour effectuer des remplacements en tant qu'IDEC dans l'EHPAD depuis novembre 2021.

Entretien numéro 6 : (cf. Annexe IV)

Le sixième et dernier entretien se déroule avec Hortense âgée de 32 ans, c'est une aide-soignante pas encore diplômée car en VAE. Elle a été auxiliaire de vie puis gouvernante pendant six ans dans l'EHPAD et décide maintenant de passer aide-soignante car elle aime être au plus proche des résidents.

3.2.2 Les représentations du soignant à l'égard de la vulnérabilité du patient

À l'unanimité les 6 professionnels sont d'accord sur le fait qu'un patient est vulnérable quand « *il n'est plus autonome, ni dans ses mouvements, ni dans ses choix et il nécessite donc de dépendre de quelqu'un* » (Flore, L26-27). Rose nous dit même que « *c'est un mot assez péjoratif* » (L. 32).

Capucine, Flore et Rose se sont accordés à dire qu'un synonyme du mot « vulnérabilité » serait le mot « faiblesse ».

En effet, lorsque j'ai demandé à Capucine de dire 3 ou 4 mots auxquels le terme de vulnérabilité lui faisait penser, elle m'a répondu « *faiblesse, diminution et fragilité* » (L. 36). Ce à quoi Flore a répondu « *faiblesse, risques, manque de compréhension et euh allez la perte d'autonomie* » (L. 40-41). Pour finir Rose a répondu à cette même question « *fragilité, faiblesse et perte d'autonomie* » (L. 31).

Ce qui est intéressant de noter est que lors de leurs réponses elles ont abordé la notion d'autonomie, notion que je voulais définir juste après.

L'autonomie pour cinq d'entre elles est une notion facile à définir, elle représente pour elles « *toutes les choses qu'elle va pouvoir faire seule* » (Hortense, L. 39-40).

Garance quant à elle définit l'autonomie comme quelque chose d'assez « *fluctuant d'une personne à l'autre* » (L. 46) et comme quelque chose de « *difficile à quantifier* » (L. 48).

Pour Garance c'est assez propre à chacun mais l'autonomie reste importante à ses yeux car il faut la préserver (L. 49-52).

Enfin, lorsque nous avons abordé le sujet de lien entre les deux notions présentées juste avant elles ont toutes été d'accord exceptée Hortense sur le fait que la vulnérabilité et l'autonomie était intimement liées.

« *Forcément* » (Garance, L. 57), « *Ah oui totalement* » (Flore, L. 47), « *Oui clairement* » (Rose, L. 39), « *Ah oui oui évidemment* » (Capucine, L.51), toutes ces réponses nous font bien prendre conscience de cela. Hortense nous dit (L. 43-44) que cela est plausible mais qu'une personne peut être vulnérable et autonome mais qu'une personne dépendante n'est pas synonyme d'une personne vulnérable.

Rose et Flore ont abordé la notion d'incapacité physique, pour elles deux cette notion est également liée à la vulnérabilité et à l'autonomie. En effet Flore nous affirme que pour elle en découvrant la neurologie elle a pu constater que les personnes vulnérables pourraient être « *des personnes ayant des troubles neurologiques, qui ne serait plus tout à fait cohérentes ou adaptées ou qui seraient aussi victimes de déficits moteurs* » (L. 31-33). Rose nous dit que la vulnérabilité lui fait « *plus penser aux personnes âgées en particulier* » (L. 25-26) mais que « *les personnes en situation de handicap* » (L. 26) et « *les personnes atteintes de maladies psy ou motrices* » (L. 27) sont aussi victimes de vulnérabilité.

La notion d'incapacité physique est donc une notion que nous allons aborder et approfondir dans la partie suivant.

3.2.3 La corrélation entre la vulnérabilité et les incapacités physiques selon le soignant

La totalité des infirmières interrogées est d'accord pour dire que les incapacités physiques sont des « *limitations moteurs* » (Capucine, L. 61).

Elles sont donc toute d'accord sur le fait que ce serait un empêchement de liberté des mouvements, Rose parle même d'une privation de « *liberté de son corps* » (L. 46).

Garance quant à elle vient sur le fait que l'incapacité physique peut également être une incapacité à « *exprimer tout ce qu'on ressent du moins verbalement* » (L. 65-66), elle nous dit par la suite qu'il « *faut accompagner ses personnes au quotidien et donc ça les limite dans les actes de la vie quotidienne* » (L. 74-75), elle énumère ensuite des exemples concrets « *dans le fait de pouvoir marcher, de pouvoir manger, de pouvoir se doucher* » (L. 75-76). Ici Garance nous montre l'importance de ces incapacités physiques, elle insiste sur le fait que ces personnes sont dépendantes, elle aborde même la notion de « *limite* » (L. 75).

Capucine appui le fait qu'elle est confrontée à des « *patients qui peuvent pas se lever du lit, qui peuvent pas marcher jusqu'aux toilettes ou qui peuvent même pas manger seul* » (L. 68-69).

En effet, comme vu dans le cadre de référence, dès que l'autonomie de la personne est altérée dans les gestes de la vie quotidienne, celle-ci se retrouve dépendante.

Flore, Violette, Capucine et Rose nous indique que les incapacités physiques du patient altèrent l'autonomie, effectivement comme nous le dit Flore « *si on part du principe que l'autonomie c'est la capacité de se déplacer alors l'incapacité physique elle altère forcément l'autonomie* » (L. 75-76). Capucine nous parle de dépendance, ainsi, pour elle, si nous dépendons de quelqu'un (aide humaine) ou de quelque chose (aide technique) alors l'autonomie est forcément altérée (L. 74-75).

Pour l'ensemble du personnel il existe bien une corrélation entre la vulnérabilité du patient lié à ses incapacités physiques et la vulnérabilité, « *tout est un fil conducteur* » (Garance, L. 78).

Capucine nous dit que depuis le début de l'entretien toutes les notions abordées sont liées car « *dès qu'il y a une incapacité physique* » (L.78-79), le patient se « *retrouve vulnérable, dépendant, plus autonome* » (L. 79), toutes ces notions lui sont familières car c'est son quotidien.

Le résultat est plutôt concluant sur le fait que l'autonomie est altérée à la suite des incapacités physiques et que cette situation rend le patient vulnérable, « *quand il a des incapacités il est plus autonome et donc bah il est vulnérable* » (Rose, L. 65-66).

3.2.4 La prise en charge du patient présentant des incapacités physiques à travers le vécu professionnel

Concernant la prise en charge du patient présentant des incapacités physiques, tous les professionnels que j'ai interrogés en ont été confronté, véritablement, c'est leur quotidien au sein de leur service.

Seulement deux n'ont pas souhaité me raconter une prise en charge car « *j'ai rien qui ressort de l'ordinaire, ils sont tous pareil* » (Violette, L. 70) ou « *j'ai que ça à dire, ça me vient pas* » (Hortense, L. 77).

Les quatre autres personnes interrogées m'ont volontiers raconté leur prise en charge, elles m'ont toutes parlé d'un patient ayant fait un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Visiblement ces patients présentent tous une hémiplégie « *il était totalement paralysé de son hémicorps droit* » (Flore, L. 105), « *il est devenue hémiplégique* » (Rose, L. 100), « *il était complètement plégique de son côté droit* » (Capucine, L. 92-93), « *donc y avait une hémiplégie* » (Garance, L. 86). Capucine rajoute le fait que ce patient était aphasique (L. 94).

Lors de ces situations, ces patients leur ont tous semblé devenir vulnérable « *perte d'autonomie et derrière donc grosse vulnérabilité* » (Garance, L. 91-92), « *oui il était carrément vulnérable* » (Rose, L. 117), « *ce patient oui je l'ai senti vulnérable parce qu'il est totalement en incapacité de communiquer verbalement avec tout le monde et sur le plan physique il dépend totalement de nous, des soignants* » (Flore, L. 130-132), « *le patient il est totalement vulnérable à la suite de son incapacité physique* » (Capucine, L. 111-112).

Cela fait écho au cadre de référence, vraisemblablement dès que le patient présente des incapacités physiques il devient dépendant et donc vulnérable, ce sont ces incapacités physiques qui les mettent dans cette situation.

Les risques les plus courants que j'ai pu relever suite à ces échanges, seraient le risque de chute et le risque de dépression. «

Rose nous dit que « *le risque de chute bien évidemment, en première position je dirai même, quand ils sont pas bien conscient de leur état et qu'ils essaient de se lever seul sans aide bah inévitablement ils chutent* » (L. 130-132), « *pour ces patients c'est beaucoup, beaucoup, beaucoup de changement, ils se retrouvent seul, des fois enfermés dans leur corps, sans la parole, sans pouvoir bouger* » (L. 140-142).

« *Le plus gros c'est le risque de dépression, fin tu comprends, ces patients ils sont là ils ont perdu la mobilité, la parole, fin tout quoi... leur dignité...leur pudeur... c'est dur quoi* » (Capucine, L. 118-120).

Garance relève le risque de « *devenir objet* » (L. 98), elle poursuit avec les termes « *c'est pas parce qu'on a une moitié de corps qui ne fonctionne plus qu'on ne ressens plus rien* » (L. 99-100) et « *être vulgarisé au terme de corps* » (L. 102).

Les mots de Rose font totalement écho à notre patient Monsieur Aloès, il devient emprisonné dans son corps, dépendant aux soignants, seul pour gérer tout ce tas d'émotions sans pouvoir extérioriser verbalement.

Plusieurs émotions peuvent survenir lors des prises en charge des patients présentant des incapacités physiques, Rose par exemple ressent de l'empathie et de la peine (L. 173), Capucine s'est sentie touchée par cette situation (L. 132).

Concernant la gestion des émotions pour ces soignantes, visiblement pour la majorité, elle se fait grâce à l'équipe, « *avec l'équipe on est très soudés, on parle beaucoup* » (Rose, L. 175), « *on en a beaucoup parlé avec les collègues* » (Capucine, L. 140), « *c'est très important le partage de ressenti dans l'équipe ou avec ses proches en gardant l'anonymat des patients évidemment, ça permet d'extérioriser et de mettre des mots sur nos émotions* » (Flore, L. 155-157). Violette en revanche dit « *personnellement j'arrive à gérer* » (L. 102), elle rajoute « *finalement on s'habitue* » (L. 103) et « *on relativise* » (L. 105).

Lors de ces échanges j'ai pu constater une ressemblance des situations avec la situation de notre patient Monsieur Aloès, patient présentant une aphasie, ce patient est vulnérable du fait qu'il soit totalement incapable de s'exprimer verbalement. En effet, la capacité de parler est essentielle pour exprimer son consentement, ou non, chez les patients aphasiques la relation de soins devient délicate et particulière car cet état de vulnérabilité peut avoir des répercussions sur cette prise en charge. C'est ce que nous allons voir tout de suite dans la partie qui suit.

3.2.5 Les impacts de l'état de vulnérabilité du patient présentant des incapacités physiques dans la relation de soins

Hortense, Violette, Flore, Capucine, ont été d'accord sur le fait qu'elles passaient plus de temps avec ces patients et que ce type de prise en charge était plus particulière.

« *Nous prenons le temps d'évaluer les besoins* » (Capucine, L. 149-150), « *c'est sûr qu'une personne plus vulnérable on va avoir tendance à la rassurer en permanence* » (Hortense, L. 113-114), Violette nous affirme que « *quand ils ont une incapacité on passe plus de temps avec eux* » (L.110) et rajoute « *alors que quelqu'un d'autonome on fait juste un passage, c'est bref* » (L.112), « *alors que quand quelqu'un a besoin d'aide, une incapacité physique on est là on prend plus de temps* » (L. 113-114).

Quant à Garance elle nous parle de l'impact de supériorité que peut avoir le soignant face aux patients présentant des incapacités physiques. Elle nous dit que « *on est pas tous bienveillants* » (L. 127) et « *cet effet de supériorité et de dire bah voilà maintenant elle peut plus rien faire* » (L. 127-128).

Rose ne nous dit pas vraiment les impacts de l'état de vulnérabilité, elle nous raconte plus son vécu en nous disant qu'elle a, de son point de vu, « *toujours gardé sa pudeur et son respect* »

(L. 191), « *je suis pas aller dans le jugement* » (L. 193). Elle rejoint l'avis de Garance concernant l'intolérance qui peut s'installer lors de la répétition des soins.

En effet, Rose nous dit « *ya des jours ou t'as moins de tolérance ? de patience ?* » (L. 196), elle rajoute « *il faut pas tomber dans l'intolérance* » (L. 206).

Elle nous informe que la perception de l'état de vulnérabilité du patient est un atout pour elle et sa prise en charge car « *quand on s'en rend compte on évite de tomber dans la maltraitance et euh l'objectivation en fait* » (L. 209-210).

Flore a un avis qui diffère, en effet elle pense que la perception de l'état de vulnérabilité peut être autant un atout qu'un frein à la relation. Elle nous explique son ressenti « *Ma perception sur l'état de vulnérabilité du patient va plus ou moins m'impliquer dans la relation de soins mais je pense qu'elle est bénéfique pour le patient. Lorsque le sentiment implique beaucoup d'empathie alors le soignant va prendre le temps de discuter avec le patient et son entourage et il va donc créer un lien de confiance* » (L. 199-202). Elle rajoute « *Par contre le point négatif c'est lorsqu'on est pas capable d'apporter cette empathie, ce temps aux patients en raison de la charge de travail. Il peut autant y avoir de répercussions sur le patient, sur la relation avec le soignant que sur la satisfaction du soignant quant à son travail* » (L. 204-207).

Ainsi les sentiments et le temps accordé semble être un vrai atout à la relation tandis que ce temps perdu et cet état de marbre ou de banalité semble être un vrai frein pour la relation de soins.

Les impacts seraient nombreux, en effet ils peuvent être positifs comme négatifs, passer plus de temps avec les personnes pourraient être perçu comme une meilleure prise en charge et un atout à la relation mais l'empathie et le temps accordé reste des critères propre à chacun.

3.2.6 Le regard et les besoins du soignant pour optimiser la relation avec ces patients vulnérables

Les soignantes Flore, Rose et Capucine travaillant au CHU de Nîmes en service de neurologie semblent être toutes d'accord sur le fait qu'il manquerai de l'effectif afin d'optimiser la prise en charge des patients présentant des incapacités physiques.

« *Plus d'effectif serait pas de refus, (rire), non sans blague, moins de patients pris en charge par les infirmières et donc plus de temps pour chacun d'entre eux et donc on aurait la possibilité de s'adapter encore plus à eux* » (Flore, L. 211-213), « *je pense qu'on est limité dans le temps*

et dans le personnel » (Capucine, L. 218-219), *« l'effectif, sans hésiter (rire), compte tenu des patients qu'on a là, nous en neuro il nous faut plus d'effectif au niveau AS ça saute aux yeux »* (Rose, L. 219-220), *« Cela dit, même niveau inf on est en manque »* (Rose, L. 222).

Capucine relève un point positif tout de même en disant que *« on est jamais en manque de matériel et ça c'est un super point »* (L. 227).

Dans le service de neurologie il n'y aurait à priori pas de travail au sein de l'équipe ayant été fait.

Le projet de ce service serait de passer en 12H, ce qui visiblement arrangerait les soignantes car *« on pourrait étaler nos soins sur toute la journée »* (Rose, L. 239-240).

Le cadre serait au courant des difficultés rencontrées par son personnel mais n'aurait *« pas de solution à nous apporter »* (Flore, L. 237-238) et *« la direction n'accorde pas plus de personnel au sein du service »* (Flore, L. 240-241).

Concernant l'EHPAD dans lequel j'ai mené également les entretiens, les principales réponses que j'ai eu serait qu'il n'y aurait besoin de rien de plus niveau aide humaine comme aide matériel.

« Niveau matériel on a ce qu'il faut en tout cas, quand on en a besoin » (Hortense, L. 123), *« vraiment ici, ya tout quoi, on est une structure ou ya pas de problème sur ça, même niveau personnel on est pas forcément en manque, du moins euh j'en ressens pas le besoin »* (Violette, L. 127-128).

Les trois soignantes Violette, Hortense et Garance sont d'accord pour dire que la prise en charge des patients n'a pas déjà fait l'objet d'un travail au sein de l'équipe mais que pour discuter de tout cela des réunions pluridisciplinaires sont réalisées.

« On a des réunions pluridisciplinaires toutes les semaines » (Garance, L. 140), *« Alors ya des réunions qui se font avec les équipes, c'est des réunions pluridisciplinaires, on prend les cas par cas, on discute, que ce soit avec l'infirmière coordinatrice, le médecin, l'ergo, la psychologue, les infirmiers, les aides-soignants, ya vraiment tout le monde, on présente la personne, on parle et on voit ce qu'on peut améliorer ou pas »* (Violette, L. 134-137).

Visiblement les soignants de cet établissement ne ressentent pas le besoin de plus concernant la prise en charge des patients présentant des incapacités physiques, elles trouvent que le temps accordé lors des réunions pluridisciplinaires est suffisant pour échanger.

Néanmoins la prise en charge des patients présentant des incapacités physiques doit être en perpétuelle questionnement afin de, peut-être un jour, satisfaire pleinement tous les besoins des patients.

3.3 Analyse critique de l'enquête exploratoire

Les entretiens ont donc été pour moi complets et d'une grande richesse. De plus je trouve que les soignants dans leurs singularités m'ont beaucoup apporté.

J'ai trouvé appréciable le fait que certaines soignantes me parlent ouvertement de la possibilité de maltraitance et d'objectivation du patient car c'est encore un sujet tabou mais qui existe bel et bien dans la prise en soins des patients présentant des incapacités physiques.

J'ai également apprécié avoir leur retour et leur vécu pour comprendre au mieux la relation de soins particulière qu'elles peuvent avoir avec ces patients et cela a été un atout majeur pour l'analyse.

Néanmoins j'ai été déçue des solutions auxquelles les soignants auraient pu avoir besoin. J'aurai trouvé cela intéressant de savoir concrètement comment on pourrait améliorer la prise en charge des patients car c'est une notion qui doit être sans cesse remise en question et je pense qu'il existe une amélioration permanente des pratiques professionnelles pour optimiser la relation de soins.

En conclusion de cette enquête, malgré tout le positif qu'il en ressort et la satisfaction que j'ai pu retirer de ces entretiens je pense qu'une étude plus complète serait plus significative.

L'échantillon des six soignants que j'ai interrogé ne peut être représentatif pour permettre une généralisation.

Cette étude plus complète serait donc fortement intéressante afin d'approfondir le sujet qu'est la vulnérabilité des patients présentant des incapacités physiques dans la relation de soins et comment justement un travail de réflexivité ou une analyse de pratique permet de considérer le patient comme sujet et non objet de soins.

4. La problématique

À la suite de l'analyse du sujet au travers du cadre de référence et de l'enquête exploratoire une notion semble être intéressante à approfondir et semble pouvoir s'installer dans la continuité du travail : la notion d'objectivation du patient et de démarche réflexive.

Les notions définies dans le cadre de référence sont plutôt similaires aux pensées des soignants interrogés mais le temps et la répétition des soins sur ces personnes présentant des incapacités physiques peut justement induire une objectivation du patient et les soignants peuvent avoir moins de réflexivité vis-à-vis de leurs soins dispensés.

Dans la mesure où les soignants sont confrontés à dans de certains cas des prises en charge dites « lourdes », où ils sont amenés à s'occuper presque tous les jours de patients présentant des incapacités physiques, ils peuvent être amené à avoir une sorte de répétition de soins, une répétition de gestes.

Lorsque cette routine s'installe, elle peut induire donc une non-réflexivité et donc une objectivation de soins. Cependant la réflexivité soignante et la remise en question professionnelle reste à portée de tous, il est même important de l'avoir car elle permet un renouvellement des idées et un renouvellement des pratiques professionnelles.

Sans communication verbale et non maître de son corps le patient n'est plus acteur de sa propre vie, il se retrouve spectateur et à vivre en fonction de ce qui l'entoure. La réflexivité soignante serait donc essentielle afin d'optimiser cette prise en charge.

Il pourrait être donc intéressant également d'interroger la place de l'analyse de pratique dans ce contexte car une démarche réflexive ou une analyse de pratique pourrait éventuellement contribuer à préserver l'autonomie du patient, à prendre en charge de façon optimale et globale le patient et donc à avoir une considération du patient comme sujet et non comme objet de soins. L'hypothèse de recherche pouvant faire suite à ce mémoire pourrait par conséquent approfondir ces notions de considération du patient grâce à un travail de réflexivité.

Dans cette éventualité-là, nous pourrions par exemple poursuivre ce travail : En quoi les modalités de prise en charge des patients présentant des incapacités physiques peuvent inhiber la réflexivité des soins et induire une objectivation des patients ?

Conclusion

Ce Travail de Fin d'Étude m'a permis de mieux comprendre la représentation des patients en situation de vulnérabilité. Plus encore, il m'a permis de prendre conscience de l'importance de la réflexivité soignante et de la remise en question professionnelle.

De part ce mémoire je voulais mettre en avant la relation de soins particulière et asymétrique avec ces patients et la vulnérabilité qu'induit les incapacités physiques.

Je voulais également présenter et donner de la visibilité des risques que pouvaient exposer cette prise en charge particulière et le besoin des soignants pour y remédier.

Nous avons donc pu répondre aux questions et attentes que je m'étais fixée pour ce mémoire.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons grâce au cadre de référence et aux entretiens avec les professionnels pu confirmer que les patients présentant des incapacités physiques pouvaient être en situation de vulnérabilité et que leur autonomie était altérée. Nous avons pu également constater toute la délicatesse du sujet à travers les entretiens.

En effet, les soignants ont bien investi leurs réponses ce qui nous a permis d'approfondir quelques fois sur les impacts négatifs que peut avoir la perception du soignant de l'état de vulnérabilité du patient.

Mon Travail de Fin d'Étude m'a permis de découvrir ces concepts qui me paraissent à présent essentiels dans l'exercice de mes fonctions. J'envisage dorénavant mes analyses de pratiques professionnelles comme des outils permettant une meilleure prise en charge des patients afin d'établir des relations de soins optimales et bénéfiques pour les patients mais également pour moi.

La rédaction de ce mémoire fût un travail long et laborieux mais la satisfaction de le terminer n'est que plus grande. Grâce à ce Travail de Fin d'Étude j'en ai appris plus sur moi, sur la remise en question et la perception d'autrui, la perception de la différence.

C'est un travail qui me sera utile tout au long de ma carrière professionnelle peu importe le service où je me trouverai finalement car c'est une profession en constante évolution.

Bibliographie

BRODIEZ-DOLINO, A. (2016). *Le concept de vulnérabilité*.

Disponible à l'adresse en ligne suivante : < <https://laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html> >

LEBOUL, D. & DOUCET, C. (2012). *Le patient est un malade, une personne, un sujet*.

Disponible à l'adresse en ligne suivante : < <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2012-3-page-25.htm> >

LECORPS, P. (2004). *Éducation du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ?*

CNRTL. *Singularité* [en ligne]. < <https://www.cnrtl.fr/definition/singularite/> >

HESBEEN, W. (2014). *Pour une éthique du quotidien des soins*.

Disponible à l'adresse en ligne suivante : < <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2014-1-page-173.htm> >

CNRTL. *Personne* [en ligne]. < <https://www.cnrtl.fr/definition/personne> >

CNRTL. *Vulnérabilité* [en ligne]. < <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/vulnerabilite> >

DICTIONNAIRE LAROUSSE, « *Relation* » [en ligne]. < [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845) >

FÉDÉRATION NATIONALE DES INFIRMIERS. *Décret de Compétence. Article R4311-2*

LÉGIFRANCE. *Code de la Santé Publique. Article L4311-1. Article R4311-3.*

Disponible à l'adresse en ligne suivante : < <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/> >

DICTIONNAIRE LAROUSSE, « *Soignant* » [en ligne]. < <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228> >

SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances.*

Disponible à l'adresse en ligne suivante : < <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances> >

LÉGIFRANCE. *Loi du 4 mars 2002.*

Disponible à l'adresse en ligne suivante : < <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/> >

MANOUKIAN, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} édition. Éditions Lamarre. 202p.

BRUGGEMAN, M. (2013). *Personnalité, incapacité... vulnérabilité* issue du livre « *La personnalité juridique* »

BOUDAUD, A. (2008). *Du handicap à la reconnaissance de la situation de handicap.*

ZIELINSKI, A. (2011). *La vulnérabilité dans la relation de soin.*

LÉGIFRANCE. *Code de déontologie infirmier. Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016.*

Disponible à l'adresse en ligne suivante : < <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578> >

FISHER, G.N (1999). *Le concept de relation en psychologie sociale. Recherche en soins infirmiers*. N°56.

CAILLOL, M. (2019). *L'objectivation nécessaire dans la pratique soignante*. Issue du livre « *Cancer(s) et psy(s)* » p133-142.

FORMARIER, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers*. N° 89. p33-42.

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien.....	I
Annexe II : Lettre de demande d'entretien.....	III
Annexe III : Accord par mail avec la direction des soins du CHU de Nîmes.....	IV
Annexe IV : Entretien numéro 1- Flore, Infirmière (15'36).....	V
Annexe V : Entretien numéro 2 – Capucine, infirmière (17'31).....	X
Annexe VI : Entretien numéro 3 – Rose, Aide-Soignante (22,24).....	XVI
Annexe VII : Entretien numéro 4 – Violette, Infirmière (11,03).....	XXII
Annexe VIII : Entretien numéro 5 – Garance, IDEC (13'51).....	XXVI
Annexe IX : Entretien numéro 6 – Hortense, Aide-Soignante en VAE (8'59).....	XXX
Annexe X : Synthèse par thème des entretiens.....	XXXIV

Thème N°1 : Présentation des caractéristiques de la population interrogée.

Cf. Question suivante :

- Pouvez-vous, vous présenter ? (Sexe, âge, année d'obtention du D.E., parcours professionnel...).

Thème N°2 : Les représentations du soignant à l'égard de la vulnérabilité du patient.

Cf. Questions suivantes :

- Que représente pour vous la vulnérabilité du patient ? Que vous évoque-t-elle ? A-t-elle une connotation particulière ? Laquelle ? Sous quelle forme peut-elle s'exprimer ?
- Quels sont les 3 ou 4 mots (noms communs ou adjectifs) que vous utiliseriez pour qualifier la vulnérabilité ?
- Quant à l'autonomie, comment la définiriez-vous ?
- Selon vous, y a-t-il un lien entre vulnérabilité et autonomie ?

Thème N°3 : La corrélation entre vulnérabilité et les incapacités physiques selon le soignant.

Cf. Questions suivantes :

- Comment définiriez-vous les incapacités physiques ? Que vous évoquent ces incapacités physiques ?
- Sous quelles formes peuvent-elles s'observer ? Pouvez-vous m'en donner des exemples ?
- En quoi ces incapacités physiques peuvent altérer l'autonomie du patient ?
- Selon vous, existe-t-il un lien entre la vulnérabilité, les incapacités physiques et voire l'autonomie du patient ? Pouvez-vous préciser votre réponse ?

Thème N°4 : La prise en charge du patient présentant des incapacités physiques à travers le vécu professionnel.

Cf. Questions suivantes :

- Avez-vous déjà été confronté(e) à la prise en charge de patients présentant des incapacités physiques ?
Si oui : pouvez-vous me raconter une ou deux situation(s) vécue(s) ? Celles qui vous auraient le plus marquées ?

Si non : pouvez-vous m'indiquer comment pensez-vous réagir face à l'accueil, à la prise en charge du patient présentant des incapacités physiques (handicaps moteurs, perte de la parole, altération de la communication verbale mais pas de troubles cognitifs ?)

- Lors de ces situations, est-ce que les incapacités physiques des patients vous ont semblées les rendre vulnérables ? Oui – Non – Pourquoi ?

- Selon vous quels sont les risques encourus par ces patients compte tenu de leur état de vulnérabilité ?
- Est-ce que cet état de vulnérabilité perçu chez ces patients a suscité des réactions et/ou des émotions particulières pour vous ? À l'égard du patient lui-même ? Auprès de sa famille/son entourage ? Et pour l'équipe ? Est-ce que cette perception était partagée avec l'équipe ?
- Comment avez-vous géré ces situations à titre personnel ? Et avec l'équipe ?

Thème N°5 : Les impacts de l'état de vulnérabilité du patient présentant des incapacités physiques dans la relation de soins.

Cf. Questions suivantes :

- **Oui** ⇨ A quoi ressemblait la relation que vous avez entretenue avec ces patients présentant des incapacités physiques ?
- En quoi ces incapacités physiques et la vulnérabilité qu'elles induisent, peuvent modifier la relation avec le patient ? Avec sa famille/son entourage ?
- **Non** ⇨ Pour vous, en quoi ces incapacités physiques et la vulnérabilité qu'elles induisent, pourraient modifier la relation avec le patient ?
- Est-ce que votre ressenti, votre perception ou pas, de cet état de vulnérabilité est un atout ou plutôt un frein à la relation avec le patient, avec sa famille/son entourage ? En quoi – Pourquoi ?
- Quel est votre regard, votre position face à la prise en charge du patient présentant des incapacités physiques ?

Thème N°6 : Le regard et les besoins du soignant pour optimiser la relation avec ces patients vulnérables car présentant des incapacités physiques.

Cf. Questions suivantes :

- Quels seraient vos besoins pour dispenser des prises en soins adaptées, optimales à ces patients vulnérables compte tenu de leurs incapacités physiques ?
- Est-ce que la prise en charge de ces patients a fait l'objet d'un travail au sein de l'équipe ? Si oui, pouvez-vous préciser ? Sous quelle forme a été mené ce travail ? A-t-il conduit à la formalisation de pratiques particulières ? En quoi ce travail a fédéré l'équipe (ou pas) ? Quels sont les atouts, les limites de ce travail ?
- Si non, pensez-vous qu'un travail de réflexion au sein de l'équipe pourrait être nécessaire, intéressant pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Annexe II : Lettre de demande d'entretien

Nîmes, le 23 mars 2022

Mme Marine DELON

Téléphone : 06.10.67.08.62
Mail : delonmarine28@gmail.com

À l'attention de la Direction des Soins
Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes
4 Rue du Professeur Robert Debré
30 900 Nîmes

Objet : Demande d'une autorisation afin de mener des entretiens auprès du personnel infirmier dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous adresser ce courrier pour vous demander une autorisation afin de mener des entretiens auprès du personnel infirmier exerçant au sein de votre établissement.

Étudiante en soins infirmiers, ces entretiens s'imposent dans le cadre de mon travail de recherche qui a pour thème : « Les impacts de la vulnérabilité du patient présentant des incapacités physiques sur la relation de soins ».

Je souhaite interroger dans la mesure du possible, 1 ou 2 infirmier(e) qui exerce dans l'Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire.

L'entretien serait semi-directif et les principales questions seraient les suivantes :

- Pouvez-vous, vous présenter ? (âge, année obtention du D.E., parcours professionnel...)
- Que représente pour vous la vulnérabilité du patient ? Sous quelle forme peut-elle s'exprimer ? Quant à l'autonomie, comment la définiriez-vous ?
- Selon vous, existe-t-il un lien entre la vulnérabilité, les incapacités physiques et l'autonomie du patient ? Pouvez-vous préciser votre réponse ?
- Pouvez-vous me raconter une ou deux situation(s) vécue(s) lors de la prise en charge de patients présentant des incapacités physiques ? Celles qui vous auraient le plus marquées ?
- Lors de ces situations, est-ce que les incapacités physiques des patients vous ont semblées les rendre vulnérables ? Oui – Non – Pourquoi ?
- Est-ce que cet état de vulnérabilité perçu chez ces patients a suscité des réactions et/ou des émotions particulières pour vous ? Est-ce que cette perception était partagée avec l'équipe ? Comment avez-vous géré ces situations à titre personnel ? Et avec l'équipe ?
- En quoi ces incapacités physiques et la vulnérabilité qu'elles induisent, peuvent modifier la relation avec le patient ? Avec sa famille/son entourage ?
- Quel est votre regard, votre position face à la prise en charge du patient présentant des incapacités physiques ?

Je vous remercie pour l'intérêt que vous accorderez à ma demande.

Je reste à votre disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Marine DELON

Annexe III : Accord par mail avec la direction des soins du CHU de Nîmes



SECRETARIAT.DS

31 mars 2022 à 12:56

TR: [MAIL EXTERNE] Demande entretiens infirmiers - Mme DELON

À : Marine Delon, Cc : SCHOENHENZ Sophie et 2 de plus

[Détails](#)

Bonjour,

J'ai bien reçu votre demande d'entretien et je suis en mesure de répondre favorablement.

Il vous appartient de prendre contact avec :

- Monsieur BOYER, Cadre de santé au 04.66.68.51.05 ou par mail david.boyer@chu-nimes.fr

Je vous prie de croire, Madame, à l'expression de mes salutations distinguées.

Le secrétariat
P/O Sophie SCHOENHENZ
Cadre Supérieur de santé
Direction Coordination Générale des Soins
CHU de Nîmes
Tel 04 66 68 38 43

Annexe IV : Entretien numéro 1 – Flore, Infirmière (15'36) :

Moi / Flore

- 1 Bonjour !
2 Bonjour
3 Est-ce que je peux enregistrer l'entretien ? C'est seulement pour retranscrire après tu sais
4 Oui, pas de soucis
5 Du coup moi c'est Marine je suis étudiante infirmière en 3^{ème} année à l'école d'Avignon. Je
6 fais mon mémoire sur tout ce qui tourne autour euh des patients présentant des incapacités
7 physiques et comment cela peut influencer sur la relation de soins.
8 Ok ça marche, t'es bien tombée ici donc
9 Aha oui c'est cool. Du coup je te laisse te présenter un peu ?
10 Moi c'est Flore, j'ai 24 ans et je suis infirmière en Neurologie Hospitalisation Complète mais
11 aussi en Unité de Soins Intensif Neuro-Vasculaire, on dira USINV hein ça sera plus court
12 (rire), je travaille ici depuis juillet 2020, y'a pas si longtemps.
13 D'accord, t'as été diplômée quand ? En juillet 2020 aussi ?
14 Oui tout à fait, en fait j'ai directement commencé à travailler ici après le diplôme et 3 mois
15 après on m'a donc formé aux soins intensifs.
16 D'accord, du coup si ça te va je te pose quelques questions et t'y répond comme tu le sens,
17 puis si moi je cherche des réponses plus précises je te le dis au fur et à mesure, c'est bon ?
18 Oui oui parfait, hésite pas à me couper si je parle trop (rire) je fais que parler
19 (Rire) ok ça marche, du coup, la vulnérabilité du patient ça représente quoi pour toi ?
20 Pour moi la vulnérabilité du patient ça représente un positionnement dans lequel le patient il
21 n'est plus autonome, ni dans ses mouvements ni dans ses choix et il nécessite donc de
22 dépendre de quelqu'un. Du coup, je dirai que ça s'exprime à la fois sur le plan moteur et
23 cognitif. Pour moi, ça évoque les personnes âgées, les enfants et les personnes avec des
24 troubles psychiatriques.
25 D'accord...
26 Mais avec la neuro, j'ai découvert que ça peut aussi évoquer des personnes ayant des troubles
27 neurologiques, qui ne serait plus tout à fait cohérentes et adaptées ou qui seraient aussi
28 victimes de déficits moteurs, quelque soit l'âge ou les antécédents médicaux.
29 Ah oui d'accord
30 Voilà
31 T'aurai 3 ou 4 mots qui pourrait la qualifier ?
32 Qualifier quoi ? La vulnérabilité ?
33 Oui
34 Mmhhh je dirai, euh attend laisse-moi 2 minutes, faiblesse, risques, manque de
35 compréhension et euh allez la perte d'autonomie
36 Ok merci, justement vu que tu parles de ça, l'autonomie tu la définirais comment ?
37 Pour moi l'autonomie c'est la possibilité de réaliser des choses, des gestes seules. Mais aussi
38 de prendre des décisions libres et éclairées, de faire ses propres choix.
39 D'accord, et euh selon toi est-ce qu'il existe un lien entre la vulnérabilité et l'autonomie du
40 coup ?
41 Ah oui totalement, je pense qu'en étant vulnérable on n'a pas une pleine autonomie, les 2
42 notions se complètent, enfin, se euh se (fait un geste avec ses mains) s'accordent
43 Ok d'accord
44 Blanc
45 Je peux passer à la question suivante ?

46 Oui vas y (rire)
47 Comment tu définirais les incapacités physiques ? Et qu'est-ce qu'elles évoquent pour toi ?
48 Alors, mh, les incapacités physiques je les définirai comme des déficits moteurs qui
49 empêcheraient la liberté de mouvements.
50 D'accord
51 Ca évoque pour moi forcément une perte d'autonomie nécessitant du matériel médical pour
52 compenser l'incapacité comme un fauteuil roulant ou un déambulateur je dirai.
53 Oui je vois et du coup t'aurai des exemples à me donner d'incapacités physiques ? Par rapport
54 à la neuro ?
55 Oui j'en ai pleins je pense, mais euh je vais t'en donner un ou deux sinon je m'arrêterai pas
56 (rire)
57 (Rire)
58 Du coup en neuro souvent on a des patients victimes d'AVC et ils sont souvent hémiplésiques
59 donc impossible pour eux de se déplacer, même le maintien genre assis c'est impossible quoi
60 donc là c'est clairement une incapacité physique pour moi
61 Ouais, et donc tu penses que les incapacités physiques comme là avec les patients victimes
62 d'AVC ça altère l'autonomie ?
63 Mais carrément
64 Mh
65 Si on part du principe que l'autonomie c'est la capacité de se déplacer alors l'incapacité
66 physiques elle altère forcément l'autonomie non ?
67 Oui oui (sourire)
68 (Rire) une personne avec une incapacité physique est souvent voire tout le temps dépendante
69 et la dépendance c'est le contraire de l'autonomie
70 C'est vrai
71 Oui
72 Et du coup euh, après toutes ces réponses pour toi il existe un lien entre la vulnérabilité, les
73 incapacités physiques et l'autonomie du patient ?
74 Tout est lié oui
75 Mh
76 Fin pour moi en tout cas, un patient ayant des incapacités physiques va devenir dépendant de
77 quelqu'un ou de quelque chose
78 Quelque chose ?
79 Du matériel médical quoi
80 Ah oui oui !
81 Voilà, et donc forcément cette dépendance elle altère l'autonomie du patient
82 Oui
83 Puis même au niveau psychologique en vrai, on n'y pense pas forcément mais ils se sentent
84 diminué, ils se voient changer.... Fin c'est compliqué...
85 Ouais... c'est vrai... donc toi en travaillant ici t'as été confronté à la prise en charge de
86 patients présentant des incapacités physiques ?
87 Tous les jours
88 Et du coup ? tu pourrais me raconter une situation vécue ? celle qui t'as le plus marquée ?
89 Oui, mh, attend, Je pense aujourd'hui à un homme de 43 ans sans antécédents particuliers, qui
90 a été retrouvé dans sa baignoire un matin, inconscient et qui avait en fait fait un AVC
91 ischémique. Il n'a pas été thrombolysé ni thrombectomisé car aucune notion d'heure de
92 l'AVC. Peut être la veille peut être au petit matin impossible de savoir. Le patient qui
93 paraissait tellement jeune est arrivé très somnolent mais réveillable et il était totalement

94 paralysé de son hémicorps droit. Le lendemain le patient semble plus éveillé mais il reste
95 muet parce que l'AVC avait touché la partie du cerveau qui permet la parole. Il y avait
96 tellement de tristesse et de désespoir dans son regard je te jure que lorsqu'on lui a demandé
97 s'il sentait ou s'il arrivait à bouger les doigts sur son côté plégique. Bah là j'ai senti tout
98 l'impact psychologique qu'allait représenter son incapacité physique.
99 Ah ouais..
100 Ouais.. T'imagines, le patient il peut pas faire sa toilette seul, il ne mange pas seul. Il y a un
101 vrai déficit et un risque de fausse route lié à l'AVC et ça le rend dépendant pour tout geste de
102 la vie quotidienne. Le fait qu'il soit euh mutique euh le bloque totalement de la
103 communication avec les soignants ou même plus grave, sa famille. Je l'ai senti complètement
104 désemparé face à cette situation, il n'arrive pas à s'exprimer et en plus il est dépendant pour
105 tout. Du coup dans un premier temps il s'est renfermé sur lui-même et détournait souvent le
106 regard quand on lui parlait. Après il a découvert une nouvelle forme de communication, la
107 communication non verbale.. ça lui permettait de faire comprendre ses demandes ou ses
108 envies. Mais franchement à 45 ans il reste sur le plan physique totalement dépendant et c'était
109 très dur à vivre pour lui mais même pour moi dans sa prise en charge.
110 L'âge dans tout ça ça y fait en plus..
111 Oui franchement là 45 ans tu t'imagines pleins de choses, tu transfère un peu sur ta famille..
112 Je vois
113 Mh
114 Et là ce patient tu l'as senti vulnérable par rapport à ses incapacités physiques ?
115 Ce patient oui je l'ai senti vulnérable parce qu'il est totalement en incapacité de communiquer
116 verbalement avec tout le monde et sur le plan physique il dépend totalement de nous, des
117 soignants.
118 Oui, et quand tu l'as pris en charge ce patient t'as ressenti quoi ? fin je veux dire, t'as eu des
119 émotions particulières sur sa prise en charge ?
120 Beaucoup d'émotions effectivement, pour moi mais même pour toute l'équipe, on a suivi son
121 évolution malgré le fait que ce soit pas forcément un patient de notre secteur, on écoutait les
122 transmissions, on prenait 5 minutes pour aller le voir, c'est vrai que ce patient on l'a suivi de
123 près
124 C'est son histoire qui vous a touché ?
125 Son jeune âge, la manière dont il a été retrouvé, l'inquiétude de ses proches et
126 l'incompréhension des causes de son AVC à 45 ans sans antécédents médicaux, tout ça ça a
127 rendu ce patient très « attachant » (fait les gestes avec ses mains)
128 Mh oui je vois
129 Voilà
130 Du coup ses émotions vous les avez gérées comment ? enfin surtout toi à titre personnel ?
131 Les premiers jours d'hospitalisation j'ai été plutôt affectée par son état, avec un pronostic vital
132 assez négatif. J'ai ressenti le besoin d'en parler le soir en rentrant chez moi parce que de
133 penser que la vie pouvait être bouleversée en un claquement de doigt sans forcément avoir fait
134 d'excès c'était assez angoissant je vais pas te mentir. Et puis rapidement au travail en
135 discutant avec l'équipe je me suis aperçue que beaucoup ont été touchés par ce patient et on était
136 tous intéressés de savoir son évolution. Je pense que quand une situation nous touche
137 particulièrement c'est la parole et le partage qui permet de continuer à soigner de manière
138 professionnelle tu vois ? C'est très important le partage de ressenti dans l'équipe ou avec ses
139 proches en gardant l'anonymat du patient évidemment, ça permet d'extérioriser et de mettre des
140 mots sur nos émotions. Ça permet l'empathie nécessaire du soignant sans jamais tomber dans
141 la compassion.

142 C'est super intéressant

143 Ah ouais ? Contente que je te barbe pas (rire)

144 Non (rire) Et je reviens un peu dessus mais tu penses qu'il y a quoi comme risques encourus

145 pour lui ?

146 Comment ça ?

147 Euh par exemple pour ce patient qui ne peut plus parler qui est dépendant pour presque tout,

148 les risques c'est quoi ?

149 Genre risque dépressif etc ?

150 Oui ! voilà !

151 Ah ! bah euh oula oui yen a plusieurs, mais le plus gros pour moi du coup c'est le risque de

152 syndrome dépressif, risque d'isolement social ou même familial

153 D'accord, on peut continuer t'as encore du temps ?

154 Euh bah oui t'inquiète pas on continue

155 D'accord, du coup la relation que t'as eu avec ce patient elle ressemblait à quoi ? t'as trouvé

156 cette relation particulière ? changée ?

157 Je pense que j'ai passé plus de temps avec lui, ou même avec sa famille en vrai, ce temps là

158 m'a permis de créer une alliance thérapeutique, ça peut paraître bête dis comme ça mais je te

159 promets que ce temps accordé a été précieux.

160 Ça t'a permis la confiance pour les soins ?

161 Mais carrément ! ça réduit l'inconfort pendant les soins d'hygiène, ça permet de mieux le

162 connaître, créer la confiance et pouvoir le rassurer. Mais aussi de lui faire remarquer les

163 progrès qui semblent toujours trop peu du point de vue du patient.

164 D'accord

165 La relation reste après très professionnelle mais les émotions ressentis nous guide vers une

166 prise en soin assez adaptée à chaque patient.

167 Parfois on prend aussi le temps de rassurer les familles ou de les écouter tout simplement

168 parce qu'il ne faut pas oublier que les situations sont parfois très dures aussi pour eux. C'est

169 vrai que parfois des liens se créaient et certaines familles laissent des mots de remerciement

170 ou des chocolats pour nous remercier des soins mais aussi d'avoir pris le temps pour le patient

171 et pour eux. Et je trouve que c'est assez gratifiant d'avoir eu un impact à la fois sur le patient

172 et son entourage en prenant simplement le temps.

173 Mh oui, et tu penses que tes émotions envers cet état de vulnérabilité c'est plutôt un frein ou

174 un atout à la relation ? ou peut être même les deux ?

175 Bah c'est ce que j'allais te dire, je pense les deux

176 C'est-à-dire ?

177 Euh, il peut arriver que l'état du patient modifie la relation ou plutôt la prise en soin avec le

178 patient.

179 Et toi du coup ? Ta perception ?

180 Ma perception sur l'état de vulnérabilité du patient va plus ou moins m'impliquer dans la

181 relation de soin mais je pense qu'elle est bénéfique pour le patient. Lorsque le sentiment

182 implique beaucoup d'empathie alors le soignant va prendre le temps de discuter avec le

183 patient et son entourage et il va donc créer un lien de confiance.

184 D'accord

185 Par contre le point négatif c'est lorsqu'on est pas capable d'apporter cette empathie, ce temps

186 aux patients en raison de la charge de travail. Il peut autant y avoir de répercussion sur le

187 patient, sur la relation avec le soignant que sur la satisfaction du soignant quant à son travail.

188 Je vois et justement puisque tu parles de ça, il y aurait des besoins pour prendre en charge de

189 façon plus optimale les patients ? En prenant compte de leurs incapacités physiques biensur ?

190 Je pense que plus d'effectif serait pas de refus (rire), non sans blague, moins de patients pris
191 en charge par les infirmières et donc plus de temps pour chacun d'entre eux et donc on aurait
192 la possibilité de s'adapter encore plus à eux.
193 D'accord, c'est souvent le même problème qui ressort (rire) l'effectif... ou le temps (rire)
194 (Rire) c'est ça, j'en doute pas
195 Est-ce la prise en charge des patients comme celui dont tu m'as parlé a déjà fait l'objet d'un
196 travail au sein de l'équipe ?
197 Non pas de réel travail au sein de l'équipe
198 D'accord
199 Ce que je peux quand même te dire c'est que par exemple après un AVC le patient en phase
200 aiguë il va en USINV pour être scopé pendant 48 ou 72h.
201 Mh
202 Et que l'avantage là bas c'est que chaque infirmière a maximum 4 patients en charge
203 Oui
204 Et du coup elle travaille en binome avec l'aide soignante et ça permet de prendre en charge les
205 patients avec des incapacités physiques de façon super optimale là pour le coup
206 D'accord je vois mh
207 Mais après on en a discuté avec le cadre déjà du manque de temps mais bon..
208 C'était ma prochaine question aha
209 Ah bah voilà, dis moi ça peut m'aider à formuler ?
210 En gros est-ce que tu penses qu'un travail de réflexion justement pourrait être intéressant pour
211 améliorer la prise en charge de ces patients ?
212 Je sais pas trop, en tout cas le cadre il est conscient des difficultés des soignants pour apporter
213 une meilleure prise en charge des patients hein mais il n'a pas de solutions à nous apporter.
214 D'accord..
215 Car lui même a des difficultés à recruter du personnel et la direction n'accorde pas plus de
216 personnels au sein du service.
217 D'accord
218 Voilà
219 Bon bah super, je crois qu'on a fait le tour de mes questions en tout cas
220 Super, rien d'autre t'es sure ?
221 Normalement ça devrait aller, merci du temps que tu m'as accordé en tout cas
222 Bah derrien ! c'était sympa, je te laisse mon mail si t'as besoin.
223 Cool merci encore, au revoir
224 Salut !

Annexe V : Entretien numéro 2 – Capucine, Infirmière (17,31)

Moi / Capucine

- 1 Bonjour ?
2 Salut ! Comment tu vas ?
3 Ça va merci aha, et toi ? Prête pour l'entretien ?
4 Oui ça va
5 Est-ce que je peux enregistrer l'entretien ?
6 Oui oui
7 Super merci, donc euh bah moi je suis Marine, je suis étudiante infirmière en 3^{ème} année à
8 l'école d'Avignon et je fais mon mémoire sur les personnes en situation de vulnérabilité, enfin
9 sur euh les patients présentant des incapacités physiques et comment ça peut influencer sur la
10 relation de soins.
11 Ok d'accord, tu veux que je me présente du coup ?
12 Oui vas-y !
13 Je m'appelle Capucine, j'ai 29 ans, j'ai été diplômée en juillet 2018
14 D'accord et t'as tout de suite travaillé ici ?
15 Non j'ai fait des remplacements en EHPAD pendant 2 mois avant mais sinon oui fin
16 septembre 2018 j'ai intégré le CHU et j'ai travaillé dans le service de Neurologie, et là ça fait
17 1 an que je peux aller en Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire c'est l'USINV je sais pas
18 si Flore t'en a parlé ?
19 Oui oui
20 Ah bah voilà elle t'a expliqué un peu aha
21 Oui ! Et du coup avant de faire infirmière tu faisais quoi ?
22 Je faisais de l'aide à la personne, à domicile, donc dans le genre de l'ADMR
23 Ah oui d'accord, merci
24 Blanc
25 Du coup si t'es d'accord je te pose des questions t'y réponds et moi si ça me suffit on passe à
26 autre chose et puis s'il me manque quelques infos je reformule mes questions ou je t'en pose
27 d'autres
28 Oui c'est très bien on fait ça, je t'écoute pour la première question (rire)
29 Donc euh bah en premier la vulnérabilité ça représente quoi en gros pour toi ?
30 La vulnérabilité pour moi mh... je la vois comme une personne qui se retrouve dans une
31 situation de difficulté..., de fragilité, ou d'isolement social aussi.... C'est en quelque sorte
32 une personne qui a besoin d'aide.
33 D'accord, t'aurai 3-4 mots pour qualifier la vulnérabilité ?
34 Ouais biensur, mh, euh
35 T'as 2 minutes hein
36 Oui (rire) allez je me lance, faiblesse, diminution et fragilité
37 Ok super merci, ensuite euh l'autonomie tu la définirais comment ?
38 L'autonomie c'est la possibilité à une personne de pouvoir effectuer des actions
39 D'a
40 Par sa propre personne
41 D'accord pardon (rire gêné)
42 (Rire) Je suis longue à parler, excuse moi je suis fatiguée et un peu préoccupée par le
43 service en ce moment
44 D'accord pas de soucis, si tu veux on peut s'entretenir un autre jour si tu préfères ?

45 Non du tout t'inquiète pas, c'est le temps de me mettre dans le bain
46 Ok comme tu préfères
47 T'inquiète, je t'écoute ?
48 Du coup est-ce que pour toi ya un lien entre les deux notions que tu viens de définir ?
49 Entre la vulnérabilité et l'autonomie ?
50 Oui
51 Ah oui oui évidemment, une personne qui est plus vulnérable elle aura dans certains cas des
52 difficultés dans la vie quotidienne, et c'est là qu'on peut parler d'autonomie dans les gestes de
53 la vie quotidienne. Genre dans la spécialité de la neurologie nous on est en permanence
54 confronté à tout ça.
55 Et oui
56 Les patients qui font des AVC dont les déficits sont essentiellement moteur et ayant un des
57 hémisphères touchés dans la plupart des cas, bah les premiers jours d'hospitalisation ils sont
58 d'autant plus vulnérables, fin leur capacité à effectuer les choses seuls est altérée et
59 automatiquement leur autonomie est affectée également.
60 Je comprends, et les incapacités physiques du coup, tu les définirais comment ?
61 Les incapacités physiques sont des limitations moteur.
62 C'est-à-dire ? Tu pourrais détailler ?
63 C'est-à-dire qu'il y a une diminution des capacités physiques, et donc de l'autonomie, après
64 ça peut être temporaire ou permanent.
65 Oui
66 Quelle soit jeune ou pas d'ailleurs, tout le monde peut être touché par une incapacité physique
67 Ok
68 Par exemple euh nous en service on est avec des patients qui peuvent pas se lever du lit, qui
69 peuvent pas marcher jusqu'aux toilettes ou qui peuvent même pas manger seul quoi
70 Oui, tous les gestes que nous on fait automatiquement bah eux ils peuvent pas, ils se
71 retrouvent dépendant de vous
72 Oui oui carrément dépendant du personnel soignant ou de leur famille
73 Et du coup en quoi ces incapacités physiques peuvent altérer l'autonomie du patient ?
74 Bah c'est un peu ce qu'on vient de dire, si la personne elle dépend de quelqu'un ou de
75 quelque chose forcément son autonomie elle est altérée fin yen a même plus d'autonomie
76 dans certains cas
77 Oui c'est vrai, du coup entre toutes ces notions pour toi il existe un lien ?
78 Oui sur tout ce qu'on parle depuis le début pour moi c'est lié, dès qu'il y a une incapacité
79 physique il se retrouve vulnérable, dépendant, plus autonome... fin tout ce qu'on aimerai pas
80 être quoi
81 C'est vrai... Du coup toi en travaillant ici forcément t'as été confronté à des prises en charge
82 avec des patients présentant des incapacités physiques ?
83 Oui, tous les jours quand je viens travailler
84 Est-ce que tu pourrais en raconter une ?
85 Ouais biensur
86 Je t'écoute
87 C'était un monsieur de 51 ans, il vivait seul, il avait pas d'enfant et très peu de famille, juste
88 son frère dont il était proche. Ce monsieur il était hyper sportif ave une super hygiène de vie
89 fin tu vois la vie normale quoi tranquille. Et bah ce monsieur il a fait un AVC seul chez lui
90 pendant qu'il bricolait dans son garage, sauf que tu te doutes bien qu'en vivant seul personne
91 ne l'a vu et que c'est juste son frère qui s'est inquiété le lendemain soir. Il est resté au sol
92 comme ça après son AVC. Nous quand il est arrivé dans le service il était complètement

93 plégique de son côté droit et en plus il est droitier donc je te dis pas. Il était complètement
94 aphasique aussi.
95 Ah oui d'accord
96 T'as pas besoin que je te décrive les mots ça va ?
97 Non ça va merci, je t'arrête si je comprends pas
98 Oui, du coup ce monsieur est resté presque quatre semaines en soins intensifs, tous les jours
99 ont l'évaluait avec des tests neurologiques et au bout de la deuxième semaine il a réussi à
100 enfin lever sa jambe. Pendant tout ce temps on était bien sûr en collaboration avec les kinés
101 qui ont pu le lever au bout de trois semaines et il a marché ! Dingue n'est-ce pas ?
102 Oui (rire)
103 (Rire) Les ergos eux ont travaillé aussi avec nous pour lui apprendre et trouver une dextérité
104 avec la main gauche. Quelques semaines plus tard on le voyait marcher dans les couloirs de
105 la neuro et on était vraiment tous heureux de le voir comme ça, ça nous a tous marqué.
106 C'est normal je veux bien comprendre...
107 Ensuite il est rentré en centre de rééducation et voilà sa vie continue, mais on n'a pas vraiment de
108 nouvelles.
109 D'accord et pendant cette situation ou même d'autres situations auxquelles tu penses est-ce
110 que les incapacités physiques des patients t'ont semblé les rendre vulnérables ?
111 Ah oui oui vraiment, surtout dans la situation que je viens de te dire, le patient il est
112 totalement vulnérable à la suite de son incapacité physique.
113 Tu le vois à quoi ?
114 C'est-à-dire que tout son quotidien a changé quoi...
115 Mh oui
116 Voilà
117 Et pour toi ces patients-là compte tenu de leur état ils encourent des risques ? Lesquels ?
118 En premier je pense que le risque le plus gros c'est le risque de dépression, fin tu comprends
119 ces patients ils sont là ils ont perdu la mobilité, la parole, fin tout quoi... leur dignité.. leur
120 pudeur... c'est dur
121 Ce qui est dur c'est que c'est souvent du jour au lendemain, leur vie bascule entre guillemet
122 Oui c'est vraiment cette notion de rapidité à laquelle leur vie change, certains patients se
123 laissent glisser ils se disent qu'ils arriveront jamais à sortir de là vu que c'est une situation
124 inconnue
125 Mh..
126 Et d'autres bah retrouvent la force et font d'énormes progrès en peu de temps, ils nous
127 impressionnent beaucoup en neuro
128 Tant mieux, ça fait aussi du bien au moral de voir des progrès
129 Ça c'est clair aha
130 Est-ce que cette situation là avec ce patient de 51 ans ça a suscité des émotions particulières
131 pour toi mais aussi pour le personnel du service ?
132 Oh oui, cette situation nous a franchement tous touchés. Je pense que face à ce genre de
133 situation personne ne peut vraiment rester de marbre, c'est un cas particulier parce que pour
134 lui il y avait zéro facteurs de risque en fait. Il a fait son AVC à cause d'une malformation
135 cardiaque en fait. Et on sentait le patient tellement désemparé par la situation.. son frère qui
136 venait le voir absolument tous les jours.. Il est resté un petit moment en soins intensifs, ce qui
137 est rare, et je pense qu'il a marqué toute l'équipe.
138 Comment t'as géré cette situation ?
139 Je pense que cette situation elle m'a pas impacté négativement déjà, je pense juste que je me
140 rappellerai toujours de lui. On en a beaucoup parlé avec les collègues et les équipes présentes

141 autour de lui, c'est à la fois une situation touchante mais l'issue a été plutôt positive pour le
142 patient, alors on en garde un bon souvenir.
143 D'accord je vois
144 Voilà
145 Et du coup t'as une idée de ce à quoi peut ressembler la relation que t'as avec ces patients ?
146 Bah en réalité ce sont des prises en charges particulières je vais pas te mentir, les patients
147 qu'on accueille ici ils sont dans 80% des cas victimes d'AVC et du jour au lendemain ils se
148 retrouvent dans un état de vulnérabilité, leur capacité physique est impactée et leur autonomie
149 est mise entre parenthèse les premiers jours voir plus. Du coup c'est à ce moment que nous
150 prenons le temps d'évaluer les besoins en fonction des déficits causés par l'AVC. Nous
151 accompagnons au mieux, étape par étape dans les gestes de la vie quotidienne.
152 Et quand les patients sont aphasiques ?
153 Ah bah là... c'est le plus dur pour nous.. enfin pour moi du moins, la prise en charge elle est
154 encore plus particulière parce que parfois t'attend un signe, quelque chose pour avoir le
155 consentement, des fois tu l'as pas mais tu fais les soins quand même.
156 Vous faites comment quand vous arrivez pas à avoir un vrai consentement ?
157 Alors dans ce cas là moi soit j'attend que la contre équipe le prenne en charge comme ça peut
158 être qu'elle trouvera une autre solution tu vois, moi peut être qu'à ce moment là j'arrive plus à
159 capter ce qu'il veut me faire comprendre et peut être que eux auront plus de temps à un autre
160 moment pour déchiffrer, soit bah.. je le fais quand même... si c'est un soin urgent on va dire
161 Du genre ?
162 Du genre euh, un lavement par exemple avec un nombre de jour important sans selles biensur,
163 ou une prise de sang avec un délai court
164 D'accord oui
165 Voilà
166 Et du coup en quoi tout ça tu penses peut modifier la relation avec le patient ?
167 Nous ici en tout cas, on prend le temps d'adapter les prises en charge en fonction des patients
168 et des déficits causés par la pathologie.
169 T'as des exemples ?
170 Oui, par exemple si l'AVC a touché la région du cerveau qui gère la vue, nous on va plutôt
171 l'aider en prenant le temps de bien disposer les choses pour l'aider dans les soins du
172 quotidien, le repas par exemple, on va essayer qu'il mange quand même tout seul en lui disant
173 comment est agencé son plateau, qu'est-ce qu'il y a dedans. Mais au contraire, si le patient a
174 des déficits moteurs on va plutôt l'aider dans la préhension des gestes de la vie quotidienne
175 avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire biensur, tel que les kinés ou les ergos.
176 Oui, du coup là l'équipe pluridisciplinaire elle est vraiment importante
177 Elle est importante partout, mais j'avoue qu'ici on travaille tous ensemble pour le patient, on
178 fait au mieux, et plus on se complète plus le patient fait de progrès dans des conditions
179 optimales
180 Super !
181 Oui (rire)
182 (Rire) Pour toi, quels seraient vos besoins pour dispenser des prises en soins encore plus
183 optimales à ces patients vulnérables ?
184 En service franchement on a le matériel nécessaire pour accompagner les patients dans tous
185 les gestes de la vie quotidienne.
186 C'est bien déjà
187 Oui et heureusement j'ai envie de te dire, sinon aucun intérêt à venir ici si on peut pas leur
188 donner ce dont ils ont besoin

189 Oui
190 Pour les repas par exemple on peut installer des tapis adhérents pour agripper la vaisselle pour
191 que les patients soient plus autonomes même en ayant un membre complètement plégique. On
192 a aussi des couverts ergonomiques et l'ergothérapeute adapte l'installation du patient en
193 fonction des déficits.
194 C'est-à-dire ?
195 Au fauteuil, ou dans le lit avec des coussins, à tant de degrés pour s'asseoir
196 Ah oui d'accord
197 Voilà
198 Est-ce que la prise en charge de ces patients a fait l'objet d'un travail au sein de l'équipe ?
199 Pas vraiment non, enfin je crois pas (rire), dans le service où je travaille on est
200 quotidiennement en relation avec tout le monde, c'est super bénéfique pour le patient comme
201 je te disais tout à l'heure.
202 Oui !
203 Dès que le patient arrive dans le service on évalue, on observe, on discute et on prend des
204 décisions presque toujours ensemble, chacun a son mot à dire parce que chacun a un point de
205 vu différent.
206 C'est super intéressant et super bien que vous arriviez à travailler comme ça
207 Oui, c'est des fois difficiles hein, j'idéalise beaucoup, mais quand ça se passe bien ça se passe
208 vraiment très bien
209 Je vois oui
210 Par contre, le point négatif pour moi si je peux appeler ça comme ça ?
211 Oui, c'est bien ?
212 Bah ça serait que on est un service de passage et que la suite de la prise en charge qu'on a
213 commencé elle se fait en centre de rééducation donc plus vraiment de nouvelles des patients,
214 après je sais qu'on est pas en longue durée ici et c'est peut être ça qui me manque après tout
215 Je comprend .. moi aussi j'aime beaucoup la longue durée..
216 Ah ouais ? C'est bien c'est vrai, c'est différent
217 Oui !
218 Voilà, et du coup le travail au sein de l'équipe pour revenir à ta question, non pas vraiment, je
219 pense qu'on est limité dans le temps et dans le personnel mais niveau matériel on a tout ce
220 qu'il nous faut en tout cas
221 D'a..
222 Et le cadre par contre il est au courant hein mais tu sais c'est comme partout, le temps et le
223 personnel ça se discute hyper difficilement et nous on y peut rien, on a pas vraiment de parole
224 sur ça
225 Mh..
226 Mais c'est comme ça partout alors on va pas se plaindre, moi je suis bien là où je travaille,
227 déjà on est jamais en manque de matériel et ça c'est un super point
228 Oui c'est vrai .. !
229 (Rire)
230 (Rire) Bon super ! Je crois qu'on a fait le tour de mes questions
231 Cool, en tout cas ça m'a plu cet entretien, j'ai eu du mal à m'y mettre hein désolée, j'ai pas
232 trop l'habitude en plus mais dans l'ensemble c'était cool, j'ai pas eu trop de mal à parler
233 Aha ça va si ça t'as plu
234 Oui, en tout cas je te souhaite bon courage c'est la dernière ligne droite, elle est difficile mais
235 t'inquiète pas ça va aller
236 C'est super gentil (rire) merci beaucoup

- 237 Avec plaisir, je te dis à bientôt peut être ?
238 Oui aha ! Merci encore pour le temps que tu m'as accordé pour l'entretien
239 Mais derien, au revoir !
240 Au revoir !

Annexe VI : Entretien numéro 3 – Rose, Aide-Soignante (22,24)

Moi / Rose

- 1 Bonjour !
2 Salut !
3 Est-ce que je peux enregistrer l'entretien ? Ça te dérange pas ?
4 Non du tout vas y
5 Ok merci, donc je me présente un peu, moi c'est Marine je suis étudiante infirmière en 3^{ème}
6 année et je dois passer des entretiens pour mon mémoire
7 Ok cool, ton mémoire il parle de quoi ?
8 Il parle des personnes présentant des incapacités physiques
9 Oh super t'as fait le bon choix en venant ici
10 Oui je me doute ! Je te laisse te présenter un peu ?
11 Oui, donc moi c'est Rose, j'ai 21 ans, je suis diplômée aide-soignante depuis juillet 2019. Je
12 travaille en service de Neurologie hospitalisation complète depuis août 2019 et j'ai été formé
13 à l'unité de soins intensifs de Neurologie donc l'USINV depuis 6 mois là et euh je bascule du
14 coup sur les 2 services en même temps.
15 Ah oui ok, ça te plaît d'avoir les 2 services ?
16 Ouais c'est cool ça change quoi !
17 Oui (rire)
18 (Rire) allez on commence je t'écoute
19 Pour toi ça représente quoi la vulnérabilité du patient ? Qu'est-ce qu'elle peut t'évoquer ?
20 Alors pour moi euh, la vulnérabilité du patient.. elle représente un patient qui nécessite un
21 accompagnement dans sa vie quotidienne pour un ou plusieurs actes de la vie courante
22 Ah ! oui
23 T'as vu je suis lancée là (rire)
24 C'est bien ! (rire)
25 Elle m'évoque un manque d'autonomie en fait, et elle me fait plus penser aux personnes âgées
26 en particulier mais aussi les personnes euh en situation de handicap ou même mh les
27 personnes atteintes de maladies psy ou motrices en fait
28 D'accord et est-ce que t'aurai 3 ou 4 mots pour la qualifier ?
29 Oui bien-sûr laisse-moi 30 secondes et je te dis ça
30 Oui (rire)
31 Je vais te dire fragilité, faiblesse et perte d'autonomie, ça ça représente vraiment la
32 vulnérabilité quoi, c'est un mot assez péjoratif
33 Oui, super merci, bah du coup, l'autonomie..
34 Une définition ?
35 Allez ! (rire)
36 Je dirai que c'est qu'on puisse décider seul de ce qu'on veut, que rien ne soit imposé par
37 autrui quoi
38 Ok, et du coup est-ce que tu penses qu'il existe un lien entre vulnérabilité et autonomie ?
39 Oui clairement, ya un lien entre vulnérabilité et autonomie car si le patient est vulnérable ça
40 veut dire qu'il doit être assisté par quelqu'un on va dire, bah nous les soignants quoi, et donc
41 il est forcément plus autonome
42 Oui mh..
43 Par exemple un patient qui a fait un AVC, plégique donc, bah il est vulnérable vu qu'il
44 nécessite une présence avec lui, il est plus en autonomie en fait tu vois ?

45 Oui oui, super, maintenant comment tu pourrais définir les incapacités physiques ?
46 Mh euh, c'est des conséquences sur le corps, euh.. ne plus avoir la liberté de son corps et de
47 ses mouvements et ça ça m'évoque une vulnérabilité encore une fois
48 D'accord, tu saurais me dire sous quelles formes elles pourraient s'observer ?
49 Oui bien-sûr, par exemple une incapacité à marcher donc nécessité de fauteuil roulant, euh
50 une incapacité à se mobiliser donc une aide euh.. humaine ! et matérielle d'ailleurs genre un
51 lève malade pour pouvoir se mettre au fauteuil ou une chaise percée pour pouvoir aller aux
52 toilettes...
53 Oui
54 Voilà
55 Mh, et en quoi tu penses que ces incapacités physiques peuvent altérer l'autonomie du
56 patient ?
57 C'est un handicap je dirai, donc euh, bah forcément ça résulte de l'autonomie, lorsqu'il est
58 pas en capacité de faire seul il se sent frustré de se faire aider et donc il comprend qu'il peut
59 plus être autonome
60 D'accord, et du coup pour toi est-ce qu'il existe un lien entre tout ça ? Autonomie, incapacités
61 physiques et vulnérabilité ?
62 Ah oui ya un lien c'est sur, parce que quand un patient est vulnérable c'est qu'il a besoin d'un
63 accompagnement et euh.. bah en fait tout est tellement lié que je me perds (rire)
64 (Rire) je t'écoute je t'écoute
65 Du coup ouais, je disais que quand il a des incapacités il est plus autonome et donc bah il est
66 vulnérable
67 D'accord ok, euh, t'as déjà été confronté à la prise en charge de patient présentant des
68 incapacités physiques du coup je suppose ?
69 Ah bah oui très clairement, vu que je travaille en neuro je m'occupe beaucoup fin euh dans
70 90% des cas même je dirai avec des personnes qui ont eu des AVC donc forcément euh.. plus
71 de parole, hémiplégie voir para même fin que des gens dans le cas que tu cherches
72 D'accord et du coup est-ce que t'aurai une situation que t'aimerais me décrire, qui t'aurai peut-
73 être plus marquée ?
74 Oui alors celle-là je la raconte tout le temps parce que franchement c'était mon patient et
75 c'était une situation qui m'a marqué et je pense qui me marquera tout le temps d'ailleurs
76 Bah vas y alors je t'écoute
77 Donc euh bah c'était un monsieur hein, âgé de 46 ans, euh.. il est entré dans le service pour un
78 AVC ischémique sans déficit moteur particulier, il était conscient, cohérent et même adapté,
79 le bon cas quoi, valide, autonome bref t'as compris
80 Oui
81 Et donc au bout de quelques jours il a été muté en hospitalisation complète.. ah oui euh j'ai
82 oublié de te dire il était entré dans le service de soins intensifs, détail important (rire) donc
83 voilà, le patient il mute
84 Oui
85 Et euh.. bah il avait pas de déficit donc retour à la maison quoi hein.. 1 mois plus tard il refait un
86 deuxième AVC, là prise en charge en USINV encore une fois pour chercher la cause de ce
87 deuxième fameux AVC
88 Et le patient là il était comment du coup ?
89 Et bah ce monsieur il était encore une fois valide et autonome sans déficit moteur et qu'en fait
90 c'était du à un cancer pulmonaire, donc ponction et tout ce qui s'en suit
91 D'accord

92 Et euh bah il est retourné à domicile avec un protocole de chimiothérapie et il devait rentré 8
93 jours après en service de pneumo pour pouvoir suivre son avancée de son traitement etc sauf 1
94 semaine après, la veille de son entrée il refait
95 Il refait un AVC ???
96 Oui..
97 Ah bon ??
98 Oui, c'est pas une blague (rire gênée)
99 Je me doute, et du coup ?
100 Et du coup bah cette fois-ci il est devenue hémiparétique, donc il est encore une fois revenu en
101 soins intensifs neuro dans ce service et il a eu 2 AVC de plus pendant son hospitalisation
102 Anhhhh
103 Oui oui... donc là par contre il a été directement muté en réanimation en fait parce que son
104 euh.. tableau clinique on va dire bah c'était comment dire, préférable qu'il soit en LATA
105 C'est quoi ?
106 C'est euh, Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives, en fait on le passe en soins pal
107 quoi, y'avait plus aucune solution
108 Mh
109 Et ce patient et bah il est décédé quelques heures plus tard...
110 En l'espace de quelques semaines
111 C'est ça, un peu moins de 2 mois je crois, quelque chose comme ça et franchement apprendre
112 son décès ça m'a énormément touché parce que ce patient au premier AVC il était en super
113 santé en fait.. puis finalement bah.. voilà
114 Mh..
115 Voilà
116 Et est-ce que ce patient il t'a semblé être vulnérable ?
117 Bah pour ce patient là euh.. comment dire, oui il était carrément vulnérable mais pour lui je
118 crois qu'il s'en ai pas rendu compte en fait, il était pas conscient d'être vulnérable parce qu'au
119 début il ne l'était pas et quand il l'a été il pouvait pas s'en rendre compte... c'était si rapide ce
120 changement..
121 Oui mh
122 Par contre il était complètement dans le besoin du personnel, pour la toilette, pour les
123 changes, pour les soins de bouches fin pour tout en fait.. donc oui j'ai retrouvé de la
124 vulnérabilité envers lui
125 D'accord
126 Voilà
127 Tu penses que les risques encourus par ces patients ça seraient quoi ?
128 Mh euh, les risques encourus compte tenu de leur état hein c'est ça ?
129 Oui
130 Ça serait le risque de chute bien évidemment, en première position je dirai même, quand ils
131 sont pas bien conscient de leur état et qu'ils essaient de se lever seul sans aide bah
132 inévitablement ils chutent..
133 Oui
134 Après je pense à tous les risques niveau alimentation, déglutition, parce que souvent après un
135 AVC ya une dysphagie qui s'installe ça touche souvent les muscles de la gorge, donc là le lien
136 avec la diet est important parce qu'on doit respecter le régime qui lui sera donné s'il peut
137 encore avaler bien-sûr, faire super attention à aux liquides aussi, on n'y pense pas forcément
138 mais s'il doit avaler en épaissi il faut vraiment le faire
139 Bien-sûr oui

140 Voilà et après je dirai le risque de dépression parce que pour ces patients c'est beaucoup
141 beaucoup beaucoup de changement, ils se retrouvent seul, des fois enfermés dans leur corps,
142 sans la parole, sans pouvoir bouger, fin c'est dur quoi.. alors ouais euh je dirai le risque de
143 dépression
144 D'accord super
145 Voilà
146 Et du coup, est-ce que cet état de vulnérabilité ça t'as amené à avoir des émotions
147 particulières ? Toi, l'équipe, la famille ?
148 Alors oui, moi ça m'a complètement émue, ce patient il est arrivé la première fois dans le
149 service complètement autonome, il était super, il donnait des conseils aux collègues pour
150 arrêter de fumer, il faisait toujours des blagues
151 Oui
152 Bah quand il est revenu après avoir fait tous ces épisodes d'AVC, le choc... le vrai choc
153 quoi... ce monsieur il était couché dans un lit, contentonné pour éviter malheureusement les
154 chutes, il portait une protection il était plus cohérent, plus conscient, fin plus rien de ce qu'il
155 était 1 mois auparavant quoi...
156 Oh oui..
157 Voilà, donc ça m'a fait prendre conscience de pleins de choses forcément, déjà la rapidité
158 quoi.. waouh... l'AVC sur notre état de santé c'est un chamboule tout..
159 Mh...
160 Voilà, donc gros gros choc et grosses grosses émotions, surtout peinée pour lui en fait..
161 Blanc
162 J'avais pas envie d'avoir de la pitié mais là tu vois, fin d'habitude ça va, je gère mes
163 émotions, c'est notre quotidien on est justement là pour leur apporter euh tout ce qu'on peut et
164 c'est très bien, mais lui bah... voilà il m'a marqué
165 Ça se comprend oui..
166 Et pour revenir à ta question, mon équipe et bien elle a eu un peu la même perception que moi
167 pour ce patient, forcément c'est des histoires touchantes, on a eu beaucoup de peine pour sa
168 femme aussi on essaie de se mettre à leur place, cette femme elle s'attendait pas à déjà perdre
169 son mari et puis le temps comme je te disais, la rapidité, personne s'y attendait et personne
170 s'est préparé à ça, déjà même quand on s'y prépare c'est dur.. mais là..
171 C'est ce que j'allais dire, c'est toujours dur même quand dans le fond on le sait, mais
172 l'inattendu c'est encore pire..
173 Oui..mh.. donc voilà beaucoup de peine et d'empathie pour sa femme en tout cas
174 Et du coup comment vous avez pu gérer ça ?
175 Vu qu'avec l'équipe on est très soudés on parle beaucoup de ce qui peut nous toucher, en salle
176 de pause, en extérieur fin on arrive à en parler et franchement euh on souffle quoi, ça fait du
177 bien, et quand on a appris son décès on s'est tous soutenus parce que ça nous a tous touché
178 Donc une super équipe avec qui tu peux parler ?
179 Oui une super équipe ça c'est vrai
180 C'est bien
181 Grave grave
182 Et du coup à quoi elle ressemblait cette relation que t'as pu avoir avec ces patients présentant
183 des incapacités physiques ?
184 Bah écoute, moi en tant qu'aide-soignante euh je lui faisais les soins de confort donc douche
185 change et quand le patient malheureusement il est devenu incohérent, qu'il comprenait plus
186 pour je venais lui faire ça et que lui il pouvait plus euh.. ça a été dur, le dialogue il était pauvre
187 hein, le consentement bah j'essayais tant bien que mal de l'avoir mais bon c'est dur ouais..

188 l'autonomie bah j'essayais de la préserver au mieux, ce que je lui ai toujours gardé c'est la
189 toilette de son visage
190 Oui
191 Après j'ai toujours gardé sa pudeur et son respect, fin c'est une personne quoi et je me mettais
192 à sa place, moi j'aimerais bien qu'on me zieute pas ou du moins qu'on en profite pas, je suis
193 pas aller dans le jugement, enfin du moins je pense pas mais je vais pas te dire que c'était
194 toujours facile
195 C'est-à-dire ?
196 Bah ya des jours ou t'as moins de tolérance ? De patience ? et là bah il faut un minimum
197 expliquer, un minimum chercher un truc qui va te faire dire que c'est ok pour la toilette à ce
198 moment-là, bah ouais.. ya des jours c'est dur, mais c'est comme ça, on vient travailler pour ça
199 C'est bien
200 Oui, je pense que tant que je suis comme ça je travaillerai, le jour où j'y ferai plus attention et
201 que je m'en rendrai compte, je changerais.. aide-soignante c'est un métier du cœur mais pas
202 d'une vie pour moi
203 Oh... (rire gêné)
204 C'est beau hein
205 C'est surtout bien de penser comme ça
206 Faut pas tomber dans l'intolérance
207 Oui, du coup ta perception de cet état de vulnérabilité ça serait un atout pour ta prise en
208 charge et ta relation avec le patient ?
209 Complètement, quand on s'en rend compte on évite de tomber dans la maltraitance et euh
210 l'objectivation en fait..
211 Mh
212 Après des fois comme je te disais ça m'arrive de pas être satisfaite à 100% de ma prise en
213 charge parce que bah faire 15 toilettes le matin en hospitalisation complète c'est pas toujours
214 faisable si on prend le temps qu'on aimerait prendre
215 C'est souvent ce problème qui ressort
216 Oui je me doute mais c'est la vérité
217 Mh, et du coup quels seraient vos besoins pour dispenser des prises en soins adaptées tu
218 crois ?
219 L'effectif, sans hésiter (rire), compte tenu des patients qu'on a là, nous en neuro il nous faut
220 plus d'effectif au niveau AS ça saute aux yeux
221 Blanc
222 Cela dit, même niveau inf on est en manque
223 Ah ouais
224 Mais oui, la prise en charge du patient en soins intensif est complètement différente de celle
225 en HC et pour le coup moi qui travaille dans les deux je ressens la différence
226 Mh
227 En soins intensif on a 4 patients et mon dieu qu'est-ce qu'on prend le temps, en hospit
228 complète on essaie de travailler en binôme avec l'IDE mais autant eux que nous on a des
229 soins lourds et on peut pas toujours faire une garde complète en binôme
230 Blanc
231 Ce que je trouve ça dommage d'ailleurs
232 Oui, et est-ce que la prise en charge de ces patients a fait l'objet d'un travail au sein de
233 l'équipe ?
234 Bah oui en quelques sorte
235 C'est-à-dire ?

236 Là ça fait quelques mois qu'on lance des appels au cadre en disant que la prise en charge
237 devient compliqué pour nous surtout qu'on est en 7H
238 Oui
239 Du coup on a pour projet de passer en 12H, ça veut dire qu'on pourrait étaler nos soins sur
240 toute la journée et donc on pourrait encore plus travailler sur ce côté binôme AS/IDE tu vois
241 Oui
242 Sauf que comme je t'ai dis c'est un projet (rire), il est encore en construction mais bon j'y
243 crois, la neuro c'est un gros service et j'espère qu'on va enfin pouvoir nous écouter
244 D'accord
245 Voilà
246 Je crois qu'on a bien fais le tour des questions pour ma part
247 C'était super intéressant j'ai adoré faire cet entretien
248 Tant mieux, merci beaucoup du temps que t'as pu m'accorder en tout cas
249 Mais derien, hésite pas si t'as besoin d'autres renseignements je te laisserai mon numéro de
250 téléphone
251 Oh super, merci beaucoup
252 À bientôt bon courage
253 Merci !

Annexe VII : Entretien numéro 4 – Violette, Infirmière (11,03)

Moi / Violette

- 1 Bonjour !
- 2 Salut salut
- 3 Est-ce que je peux enregistrer l'entretien pour après pouvoir retranscrire ?
- 4 Oui biensur pas de soucis
- 5 Super merci ! Du coup moi c'est Marine je suis étudiante infirmière en troisième année et je
- 6 fais cet entretien pour le mémoire donc, qui euh portera sur euh sur les personnes présentant
- 7 des incapacités physiques et la vulnérabilité qu'elle suppose.
- 8 T'es à quelle école du coup ? Et je dois me présenter à mon tour je suppose ?
- 9 À l'IFSI d'Avignon, oui c'est ça s'il te plaît
- 10 Ça marche, je suis Violette j'ai 34 ans, je suis diplômée depuis 2015 et en structure ici pour
- 11 personnes âgées depuis 2018.
- 12 Ok d'accord, donc on passe aux questions un peu plus poussées ?
- 13 Oui
- 14 Donc que représente pour toi la vulnérabilité du patient ? Qu'est-ce qu'elle t'évoque ?
- 15 La vulnérabilité du patient... (rire) euh, fou, moi je trouve que quelqu'un est vulnérable quand
- 16 il n'arrive pas à s'exprimer on va dire, même il peut avoir toute sa tête mais il peut avoir des
- 17 troubles cognitifs, des troubles oraux, mmhhh, quelqu'un qui ne peut pas se mouvoir
- 18 correctement aussi, bouger, il y a ce sens-là aussi, déplacement
- 19 Ok, euh est-ce que vous avez 3 ou 4 mots pour qualifier la vulnérabilité du coup ?
- 20 3 ou 4 mots ?
- 21 Ouais
- 22 Euh, ouh, dur cette question (rire)
- 23 (Rire)
- 24 Ça je veux bien y réfléchir et y répondre plus tard si on peut faire ça ? Ça me vient pas
- 25 Ok pas de problème, au fil de l'entretien ça peut venir, l'autonomie, est-ce que t'aurai une
- 26 petite définition, pareil qu'est-ce que ça t'évoque ?
- 27 Une personne autonome, quelqu'un qui est dans sa capacité à se mouvoir, à manger, à
- 28 communiquer, quelqu'un qui a pas vraiment de problème quoi
- 29 Très bien, et est-ce qu'il y a un lien pour toi du coup entre la vulnérabilité et l'autonomie ?
- 30 Et bah on va dire que autonomie on est placé tout en haut une fois que la personne décline et
- 31 bah on devient plus vulnérable, fragile
- 32 Ok
- 33 Et bah voilà ! Tient ! Premier mot : Fragile (rire)
- 34 (Rire) Ah super on a un mot (rire), euh mh, comment définirais-tu les incapacités physiques
- 35 maintenant ?
- 36 Alooors euh incapacités physiques, yen a beaucoup qui ont une hémiplégie, paralysie, euh
- 37 yen a aussi qui sont en dénutrition donc qui n'arrive plus à se déplacer, marcher, incapacités
- 38 physiques, avec les AVC aussi, pas mal de séquelles, mhhh
- 39 (Interruption de l'entretien car une IDE toque à la porte, fais une petite transmission puis
- 40 repart)
- 41 Voilà globalement c'est ça
- 42 Ok, mhh, du coup, en quoi ces incapacités physiques, tout ce que tu viens de m'expliquer
- 43 peuvent altérer l'autonomie du patient ?

44 Euh, je vais dire, ils sont dans la capacité de faire quelque chose, ça veut dire donc du coup
45 qu'ils deviennent dépendant, souvent ils sont placés du coup, surtout pour la famille c'est très
46 compliqué à gérer à domicile, donc euh, fin ouais ya plus vraiment d'autonomie pour
47 certaines choses, ils ont besoin d'aide, ils ont besoin d'aide au quotidien que ce soit du matin
48 au soir, pour les coucher pour les lever, les toilettes, donner à manger, on a pas mal de cas
49 comme ça
50 Ok, et du coup pour toi est-ce qu'il existe un lien entre la vulnérabilité, les incapacités
51 physiques et l'autonomie du patient ?
52 Bah je vais dire que tout ça est lié, si on prend en charge la personne dans sa globalité, donc
53 quand on voit ces pathologies on regarde tout, déjà son histoire de vie et avec ses pathologies
54 on voit pourquoi elle a ça, pourquoi elle a tel traitement, tout est relié donc euh une fois qu'il
55 arrive quelque chose bah on devient incapable de faire certaines choses donc oui les trois sont
56 liés et on peut pas prendre un cas séparément quoi
57 Merci, super, est-ce que t'as déjà été confronté à la prise en charge d'un patient présentant des
58 incapacités physiques ? Je suppose que oui du coup, tous les jours ?
59 Ah bah oui du coup (rire), mais heureusement ici on a pas mal de matériel
60 Ouais
61 Pour nous aider, pour les lever, on a des rails au plafond pour les mettre au fauteuil parce que
62 certain sont quand même lourd donc pour pas non plus nous dans notre posture ne pas se
63 casser le dos euh ça nous aide beaucoup, les fauteuils roulant existent et heureusement, et
64 après bah pour l'aide même au niveau alimentaire euh quand ils sont vulnérables aussi à ce
65 niveau là, fin niveau de la déglutition tout ça bah on adapte l'alimentation, on fait passer des
66 rendez-vous avec une orthophoniste qui fait un bilan et derrière on a les aides-soignantes qui
67 donnent le repas quoi
68 Ok, et est-ce que t'as une situation un peu plus particulière que t'aimerais me raconter, qui t'as
69 marqué sur la prise en charge justement d'un patient
70 Non pas forcément, non j'ai rien qui ressort de l'ordinaire, ils sont tous pareil
71 Tous pareil ?
72 Ouais
73 Et est-ce que du coup tu pourrais m'expliquer comment tu penses prendre en charge ces
74 personnes ?
75 Pour son accueil euh je dirai qu'on se présente, on l'amène en chambre pour pas non plus
76 parler devant tout le monde
77 Ouais
78 On lui explique le déroulement des journées, on le reconforte aussi, on fait en sorte qu'il soit
79 rassuré en lui montrant que tout va bien se passer, on lui montre qu'on est là, qu'il est ici pour
80 ça, pour qu'on prenne soin de lui, qu'à la maison c'est pas toujours facile mais qu'ici il aura
81 une aide H24, jour et nuit, et c'est beaucoup de réassurance quoi
82 Oui
83 Les premiers jours c'est jamais facile hein, quand ils arrivent, ils sont un peu anxieux, c'est
84 nouveau, c'est des nouvelles personnes, des nouvelles têtes
85 Mh
86 Ils quittent la famille, bah après on fait en sorte, on montre le matériel que nous avons et .. on
87 les met en confiance
88 Et est-ce que du coup tout ça, tu penses que ça les rend vulnérable ?
89 Euh, après la prise en charge globale, comment dire, après si c'est eux qui ont envie de
90 faire.. je veux dire après le mot vulnérable euh, on est là donc on répond à leur besoin, mais
91 eux s'ils veulent faire d'eux même et bah ils peuvent pas non, ils doivent compter sur nous

92 Voilà
93 Donc euh ya un peu deux sens, on est là.. mais.. si on étaient pas là, oui, carrément, là ça
94 serait effectivement des personnes vulnérables
95 D'accord, ok, et mh, est-ce que pour toi la prise en charge de ces patients ça se gère plutôt
96 facilement ?
97 Oui, ouais, toute façon ici, dès qu'on rencontrent un problème, on a un ergothérapeute qui est
98 sur place, euh, et lui il nous apporte le matériel nécessaire, que ce soit des cannes, des
99 déambulateurs, des lèves malades, on a tout pour répondre à leur besoin ça c'est clair, si on
100 rencontre quelqu'un qui a des incapacités yaura aucune difficulté pour le prendre en charge
101 Ok, très bien, et émotionnellement ? Tu gères facilement la prise en charge ?
102 Oui oui oui, ouais, franchement personnellement j'arrive à gérer, au début c'était dur, comme
103 tout, mais finalement on s'habitue ?
104 Mh ouais
105 Et puis tu vois on relativise, ce sont des personnes âgées, qui ont eu leur vie, alors c'est peut-
106 être pas bien hein, mais moi je pense comme ça et puis quand c'est ton quotidien finalement
107 ça roule, et je pense que ça m'empêche pas de les prendre correctement en charge
108 D'accord, alors euh, en quoi ces incapacités physiques du coup pourraient modifier la relation
109 avec le patient ?
110 Mhhh... bah après quand ils ont une incapacité physique on passe plus de temps avec eux
111 Ouais
112 Alors que quelqu'un d'autonome on fait juste un passage, c'est bref, on prend pas le temps
113 non plus de bien connaître la personne, alors que quand quelqu'un a besoin d'aide, une
114 incapacité physique on est là on prend plus de temps, on a plus de communication avec et on
115 échange beaucoup plus aussi, donc euh, on va dire qu'on est un peu plus proche de ce genre
116 de personne parce que même la prise en charge est plus lourde que une personne qui n'a pas
117 ce genre de problème quoi
118 Du coup c'est plutôt positif pour eux ? Ça modifie positivement la prise en charge ?
119 À ce niveau là, oui, la relation patient-soignant est bénéfique, ya plus de contact et plus un
120 rapprochement
121 Ok
122 Que quelqu'un qui va être débrouillard et avoir pas besoin de nous,
123 Ça marche, bon on arrive à la fin ça va ?
124 Oui oui (rire)
125 (Rire) Quels seraient vos besoins donc à toi mais aussi à l'équipe pour dispenser des prises en
126 soins encore plus optimales ?
127 Alors non, vraiment ici, ya tout quoi, on est une structure ou ya pas de problème sur ça, même
128 niveau personnel on est pas forcément en manque, du moins euh j'en ressens pas le besoin
129 Tant mieux j'ai envie de dire
130 Oui, fin euh, que ce soit lève malade, rails aux plafonds
131 Plus l'ergo du coup qui est là
132 Ouais tout le temps, fin on rencontre aucune difficulté et ça c'est vachement cool
133 Et est-ce que la prise en charge des patients a pu faire l'objet d'un travail d'équipe ?
134 Alors ya des réunions qui se font avec les équipes, c'est des réunions pluridisciplinaires, on
135 prend les cas par cas, on discute, que ce soit avec l'infirmière coordinatrice, le médecin,
136 l'ergo, la psychologue, les infirmiers, les aides-soignants, ya vraiment tout le monde, on
137 présente la personne, on parle et on voit ce qu'on peut améliorer ou pas et comment est-ce
138 qu'on peut l'améliorer, ya vraiment un échange complet avec une équipe quoi
139 Vous ressentez pas le besoin d'un plus alors ?

- 140 Non absolument pas
141 Bah super
142 Voilà
143 Je crois que j'ai fais le tour de mes questions moi, merci beaucoup du temps que t'as pu
144 m'accorder
145 Bah derien écoute, je vais retourner faire le tour du soir (rire) et puis en espérant que ça t'aide
146 et que ça se passe bien pour la suite
147 Merci beaucoup, bon courage
148 Merci

Annexe VIII : Entretien numéro 5 – Garance, IDEC (13,51)

Moi / Garance

- 1 Bonjour !
2 Bonjour Marine
3 Est-ce que je peux enregistrer l'entretien du coup comme prévu ?
4 Oui bien sur
5 Super merci, du coup on se retrouve enfin pour l'entretien pour mon mémoire, euh..
6 Exact si mes souvenirs sont bons ton mémoire est sur les personnes présentant des incapacités
7 physiques ?
8 Oui (rire)
9 Super je t'écoute
10 Je vais vous laisser vous présenter un peu du coup ?
11 Oui, donc moi je suis Garance, euh je vais faire 28 ans, j'ai été diplômée en juillet 2016 euh
12 j'ai fait donc 3 ans d'étude à Rhodéz dans l'Aveyron, j'ai de suite après l'obtention de mon
13 diplôme été embauché en CDI en tant qu'infirmière en EHPAD sur Aigues-Vives, euh, j'ai eu
14 deux petites filles en même temps et au retour de mon deuxième congé maternité on m'a
15 proposé de devenir IDEC sur cette même structure donc je suis passée IDEC en septembre
16 2020. Euh, j'ai eu un changement de direction dans le début d'année 2021 et j'ai du coup
17 changé de structure dans le courant de l'année 2021, je suis partie et j'ai pris ce remplacement
18 en novembre 2021 en tant qu'IDEC sur La Camargue.
19 Super c'est bien complet, merci, donc on commence les questions ?
20 Mhmmh
21 Pour vous qu'est-ce que la vulnérabilité du patient ?
22 Euh.. ahhh ! (rire)
23 (Rire)
24 Euh, bah elle peut être à plusieurs niveaux, fin c'est-à-dire que un patient peut être tout à fait
25 autonome et.. et non pas dépendant et être vulnérable en fonction de ses pathologies, en
26 fonction de son niveau d'angoisse. Et comme quelqu'un qui est dépendant et grabataire et
27 encore peut-être plus vulnérable, c'est un degrés assez difficile à donner.
28 Ok, est-ce que vous aurez 3 ou 4 mots pour la qualifier ?
29 Alors euh, pour la qualifier... mh, je dirais qu'elle est difficile, dans le sens ou elle est sur
30 quelqu'un comme je disais qui peut être complètement autonome et bah on peut dire ah bah
31 non cette personne elle est pas vulnérable parce que ça peut être un peu sournois, un peu
32 difficile à déceler. Euh on a dit 3-4 hein ?
33 Oui (rire)
34 (Rire) euh, difficile aussi à pouvoir canaliser, enfin difficile à être pris en charge si puis-je
35 dire pour qu'on puisse faire en sorte que cette personne et bah elle soit pas mh maltraitée
36 parce que bah c'est ce qui peut aboutir sur ça. Euh, vulnérabilité mh, ouais bah c'est sournois,
37 parce que c'est pas forcément très franc, et ça peut entraîner bah des..des petits vices comme
38 la maltraitance ou on est sur des choses euh alors des fois qui vont être involontaire mais qui
39 peuvent aussi être volontaire malheureusement
40 Mh
41 J'ai essayé hein (rire)
42 (Rire) du coup, les 4 mots on dirait, difficile, sournois, autonomie et maltraitance, ça vous
43 va ?
44 Oui allez on peut dire ça, ça résume plutôt pas mal

45 Ça me va, l'autonomie du coup parlons-en, comment vous la définiriez ?
46 Bah là aussi c'est assez fluctuant d'une personne à l'autre hein, c'est assez euh, je me
47 considère autonome mais comme certaines personnes dans mon corps dirait ah bah fou je suis
48 pas très autonome je suis ralenti sur ça, c'est assez difficile à quantifier, et l'autonomie bah
49 fin c'est quelque chose qui inévitablement est amené à se dégrader, d'après moi et qui est
50 quand même précieux, euh, parce que on en a besoin et ça permet de nous, de maintenir une
51 dignité, euh, de la personne, donc le peu d'autonomie qui va nous rester, on va la conserver
52 parce que, bah voilà, euh, c'est important
53 Oui
54 La dignité, le respect, la pudeur de cette personne là
55 Oui, mh, et du coup est-ce que pour vous il y aurait un lien entre la vulnérabilité et
56 l'autonomie justement ?
57 Alors forcément, d'après moi, forcément mais comme je disais à la première question,
58 quelqu'un qui est tout à fait autonome peut être très vulnérable par une pathologie, euh,
59 quelqu'un qui est très angoissé est forcément vulnérable d'une personne qui est mh, c'est
60 forcément lié parce quelqu'un qui est dépendant est vulnérable mais quelqu'un de très
61 autonome peut être vulnérable aussi
62 Ok, mh, comment vous vous définirez les incapacités physiques ?
63 Mhhhh, bonne question, bah euh, pas pouvoir se servir de ses membres euh, être
64 complètement paralysé, euh, physique, ne pas pouvoir s'exprimer donc avoir euh pouvoir se
65 servir de tout son corps mais pas pouvoir exprimer tout ce qu'on ressent, du moins
66 verbalement
67 Oui
68 Mh, ouais ya pleins d'incapacités, après ça serait plutôt psychologique, physique, j'aurai
69 tendance à dire le corps qui bah nous dit je lâche et aussi l'incapacité de s'exprimer
70 verbalement
71 Super, en quoi du coup ces incapacités peuvent altérer l'autonomie du patient ?
72 Bah alors, verbalement c'est difficile de s'exprimer, alors nous on a des clefs pour la
73 communication non verbale, donc on finit par s'adapter et à connaître patients ou résidents et
74 l'incapacité de mon corps réagit plus c'est compliqué, faut accompagner ses personnes au
75 quotidien et donc ça les limite dans les actes de la vie quotidienne, dans le fait de pouvoir
76 marcher, de pouvoir manger, de pouvoir se doucher
77 Ok et est-ce que du coup selon vous tout ça est lié ? Vulnérabilité, incapacité et autonomie ?
78 Euh bah oui, tout est un fil conducteur (rire)
79 (Rire) Oui d'accord, mh, est-ce que vous avez déjà été confronté à la prise en charge des
80 patients comme ça, présentant des incapacités physiques ?
81 Ah bah oui (rire) en stage, en tant qu'infirmière et en tant qu'IDEC
82 Super et du coup est-ce que vous avez une situation que vous aimeriez me raconter ? Quelque
83 chose qui vous a marqué ou non d'ailleurs, mais quelque chose à me témoigner ?
84 Alors que je réfléchisse, quelque chose que je peux vous apporter, bien sur le sujet, euh, une
85 dame que j'ai accompagné ici hein, qui a fait un AVC et donc s'est retrouvée en incapacité de
86 son corps, euh où donc y avait une hémiparésie mais tout à fait avec sa conscience, donc une
87 grosse vulnérabilité parce que elle s'acceptait pas, c'était très compliqué, mais on a su
88 l'accompagner, on a su lui faire accepter certaines choses, d'autres ou ça a été complètement
89 impossible, mais on l'a accompagné, on a essayé d'être dans la bienveillance, dans la
90 bienveillance, dans le, dans la discussion, elle a posé des mots sur ce qui pouvait être difficile,
91 un accompagnement assez difficile car c'était brutal pour elle, et euh, perte d'autonomie et
92 derrière donc grosse vulnérabilité

93 Ok, merci, et du coup est-ce que pendant ces rencontres-là, ces situations-là, ces incapacités
94 physiques vous ont semblé rendre vulnérable les patients ?
95 Bah forcément que oui, dans tous les cas pour ce que je viens de vous citer là, clairement
96 Oui je me doute, vous savez quels seraient les risques encourus pour ces patients ?
97 Alors euh, ce risque de malheureusement, on a pas que des soignants bienveillants, bien
98 traitants, donc ce risque de devenir objet, et donc de ne plus prendre considération qu'on est
99 une personne ou un être humain qui peut encore avoir des capacités, fin c'est pas parce qu'on
100 a une moitié de corps qui ne fonctionne plus qu'on ne ressens plus rien
101 Mh oui
102 Et donc bah d'être vulgarisé au terme de corps qu'il faut juste nettoyer ou accompagner, et ya
103 aussi un risque bah pour par exemple la dame dont je vous ai parlé, un gros risque de
104 dépression, d'angoisse, parce que bah on s'accepte pas et on se rend compte de ce qui est
105 Ouais, je vois.. mh, est-ce que du coup cette prise en charge suscite des émotions un peu
106 particulière ?
107 C'est assez propre à chacun, en fonction de l'empathie qu'on a, en fonction inévitablement de
108 ce qu'on a pu vivre ou connaître, des valeurs qu'on veut mettre dans notre métier, euh, donc
109 forcément oui des sentiments où on veut pas qu'il y est des injustices, donc on est plus
110 attentif, on essaye d'être, de faire attention à ce que cette personne-là ne soit pas relayée juste
111 à un corps qu'il faut prendre en charge, c'est une personne dans sa globalité, qui a encore bah
112 elle pleins de sentiments et donc bon moi ça peut me rendre très en colère pour le coup
113 (Rire) d'accord oui
114 Parce que oui ça va m'attrister, ça va me peiner, parce que c'est quelqu'un bah qui mérite le
115 respect, c'est un être humain qui se rend compte de sa situation
116 Oui, mh, à quoi ressemble justement cette relation avec les patients présentant des incapacités
117 physiques ?
118 Euh, bah là pour le coup cette dame, ça fait 6 mois qu'elle est là donc pas de relation
119 particulière, euh, c'était plutôt une relation entre guillemet soignant soigné, simple, non c'était
120 plutôt assez basique, j'ai pas vraiment d'émotion particulière avec cette dame mais aussi les
121 autres patients
122 Mh d'accord, et en quoi ces incapacités physiques et la vulnérabilité qu'elles induisent
123 peuvent modifier la relation avec le patient ?
124 Bah ça peut modifier, euh, bah des fois se rendre compte que c'est plus la même personne
125 donc ça peut des fois mettre à mal une petite relation qui pourrait y avoir, je veux dire, c'est
126 plus Madame X ou c'est plus Monsieur un tel, c'est plus pareil, euh et ça peut aussi comme je
127 disais parce qu'on est pas tous bienveillants, cet effet de supériorité et de dire bah voilà
128 maintenant elle peut plus rien faire et j'ai cette supériorité et là bah on tombe du mauvais côté
129 quoi
130 Ouais.. du coup maintenant on change plutôt de registre, ça serait pour savoir si vous avez des
131 besoins particuliers pour prendre en charge ces patients-là ?
132 Alors ici ça se passe relativement bien je suis contente hein, moi ça me tient à cœur les choses
133 comme ça, quand on est face à quelqu'un qui ne répond pas à nos attentes, je préfère
134 commencer à dialoguer et mettre des mots parce que c'est peut-être quelqu'un qui n'arrive
135 pas qui comprend pas, qui a des souffrances et qui n'arrive pas à les verbaliser, et si
136 fatalement c'est quelqu'un qui a pas les mêmes valeurs que nous on s'en sépare parce que des
137 fois vaut mieux être seul que mal accompagné (rire)
138 (Rire) c'est vrai et concernant la prise en charge de ces patients, est-ce qu'il y a eu un travail
139 au sein de l'équipe ?

140 Euh non, fin en fait on a des réunions pluridisciplinaires toutes les semaines, ou on invoquent
141 un petit peu, euh, alors oui on a des transmissions tous les jours hein bien sûr, mais des
142 réunions avec les médecins, l'ergothérapeute, la psychologue ou on invoque un peu plus en
143 profondeur les situations qui peuvent être compliquées ou des prises en charge un peu plus
144 complexes pour qu'on puisse les redétailler, euh, voilà, ici on discute beaucoup et je pense
145 qu'on a tout ce qu'il faut
146 Ok d'accord, bon bah je crois que j'ai fait le tour de mes questions, est-ce que t'aurai d'autres
147 trucs à me dire ?
148 Non je crois pas, super intéressant ce sujet en tout cas, hésite pas à me recontacter si t'as
149 besoin d'autres infos, de points à détailler
150 Ah bah c'est super gentil, merci beaucoup et merci du temps que vous avez pu m'accorder
151 Mais derien avec plaisir, bon courage et à bientôt
152 Merci bonne après midi

Annexe IX : Entretien numéro 6 – Hortense, Aide-Soignante en VAE (8'59)

Moi / Hortense

- 1 Bonjour
2 Bonjour !
3 Ça va ? Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer l'entretien pour retranscrire après ?
4 Oui ok, et oui ça va mais euh.. déjà tu peux me tutoyer et euh.. je suis un peu stressée (rire
5 gêné).. je sais pas trop à quoi m'attendre
6 D'accord, mais ne te stresse pas, c'est juste un recueil de données qui va me servir pour mon
7 mémoire, c'est pas un test et les réponses bah euh c'est toi qui me les donne comme tu le sens,
8 enfin ya pas de bonnes ou mauvaises réponses quoi, faut juste que tu répondes avec ton vécu
9 et comme t'as envie de m'en parler
10 Mh oui (rire)
11 Et puis c'est pas un jugement non plus
12 Mh
13 Et si jamais ya une question qui te pose vraiment problème bah euh tu me le dis et puis on
14 passe à la prochaine, fin c'est pas pour te mettre mal à l'aise en tout cas
15 Oui
16 Bon du coup je me présente quand même moi c'est Marine je suis étudiante infirmière en 3^{ème}
17 année et donc pour mon mémoire je dois passer des entretiens comme je te disais pour après
18 faire une analyse si tu veux.. et euh mon mémoire il porte sur les personnes présentant des
19 incapacités physiques et la vulnérabilité qu'ils peuvent avoir
20 D'accord, donc je me présente aussi ?
21 Oui c'est ça, ton âge, ton parcours professionnel etc
22 D'accord, alors euh je m'appelle Hortense j'ai 32 ans, j'ai démarré ici en tant que auxiliaire
23 de vie, au bout d'un an je suis passée gouvernante et j'ai été gouvernante pendant six ans et
24 demi et après euh j'ai demandé de retourner dans les étages pour être plus proche des
25 résidents et euh et j'ai demandé à passer aide-soignante donc là je suis en VAE en fait
26 D'accord
27 J'ai pas encore le diplôme quoi
28 Oui oui mais vous avez toujours travaillé auprès de personnes âgées
29 Ah ça oui
30 D'accord, du coup que représente pour toi la vulnérabilité ?
31 Euh c'est-à-dire ?
32 Euh bah comment tu pourrais la définir ? À quoi elle te fait penser ?
33 C'est vaste (rire) euh, la vulnérabilité euh
34 Blanc
35 Je sais pas trop.. après bon bah un patient qui est vulnérable c'est un patient qui a besoin
36 d'être accompagné et qui euh qu'on puisse faire attention à ses besoins à ses demandes tout en
37 respectant ses valeurs ses, son éthique quoi
38 Ok, comment tu pourrais définir l'autonomie maintenant ?
39 L'autonomie c'est euuhh, chez une personne âgée en tout cas, euh, c'est toutes les choses
40 qu'elle va pouvoir faire seule, sans avoir besoin que nous on lui fasse, après on peut être
41 amené à le guider par nos paroles mais sans faire à sa place
42 Ok d'accord et du coup selon toi est-ce qu'il y a un lien entre ces deux notions ?
43 Ça peut, mais il peut aussi ne pas avoir de lien, c'est-à-dire qu'on peut être vulnérable et
44 autonome mais on peut être ne pas être autonome mais ne pas être forcément vulnérable

45 Mh
46 Après les deux peuvent être lié bien-sûr, ça dépend des personnes
47 D'accord, comment tu définis les incapacités physiques ?
48 Euh, le type d'incapacité en fait ?
49 Oui si tu veux et qu'est-ce que c'est pour toi quoi
50 Euh... ça peut être euh, alors.. un mouvement qu'on peut pas faire, lever le bras, être en
51 fauteuil roulant, se déplacer avec un déambulateur, avoir une marche un peu bancale, voilà..
52 D'accord mh, et en quoi justement tout ça peut altérer l'autonomie du patient ?
53 Blanc
54 Euh par exemple quelqu'un qui ne peut pas lever son bras euh pour faire sa toilette il aura
55 plus de mal donc du coup on va être obligé de l'accompagner, peut être qu'il y aura des
56 choses qu'il pourra faire, son visage par exemple et dans ce cas-là on le laisse faire pour
57 préserver son autonomie justement
58 Ok, euh, selon toi il existe un lien entre vulnérabilité, incapacités physiques et autonomie ?
59 Euh, mh
60 Blanc
61 Bah après c'est pareil, comme tout à l'heure, ça va dépendre hein
62 Tu peux pas trop m'en dire plus ?
63 Euh bah...
64 Blanc
65 Non mais c'est pas grave, on passe à la prochaine, euh, est-ce que t'as déjà été confronté à la
66 prise en charge de patient présentant des incapacités physiques ?
67 Euh bah oui
68 Et du coup est-ce que t'as une situation ou deux à me raconter sur une prise en charge que t'as
69 faite ?
70 Une prise en charge qui demande euh la manipulation d'un comment ça s'appelle (rire) je
71 perds mes mots
72 (Rire) c'est pas grave
73 Mince euh, le verticalisateur, euh bah
74 (Interruption par l'infirmière qui entre dans la salle de soin)
75 Euh on en était où ?
76 Sur la prise en charge tu sais avec le verticalisateur tu voulais me dire
77 Ah oui euh, du coup, je sais pas j'ai que ça à dire, ça me vient pas
78 Euh d'accord (rire) mais du coup donc cette prise en charge elle était particulière ?
79 Euh bah on utilise juste cet outil quoi
80 Mh bon d'accord, et du coup pour toi est-ce que cet état les rend vulnérables ?
81 (Soupir) euh oui
82 D'accord
83 Blanc
84 Surtout quand on prend quand on utilise ce matériel, parce que déjà ils aiment pas ça, ils
85 appréhendent ça donc faut les rassurer en permanence et euh certains en tout cas manifestent
86 que ils se sentent amoindris en les utilisant en fait
87 Ok, et donc du coup ?
88 Bah du coup en fait faut les rassurer en permanence
89 D'accord, euh tu penses que quels risques ils encourent ces patients ?
90 Ah bah ce sont souvent le risque de chute je dirai avec les manipulations qu'on fait et euh je
91 sais pas
92 Les risques par exemple sur le moral ou autre ?

93 Euh bah... je sais trop, pourquoi on utilise ce matériel c'est parce que ce sont des résidents
94 trop lourds qu'on peut pas manipuler autrement, parce qu'ils se tiennent pas, soit, des fois on
95 utilise des filets, soit ils peuvent pas se tenir sur leur jambe, euh voilà, et après c'est aussi
96 pour nous protéger nous en tant que soignant
97 Oui d'accord, et est-ce que cet état de vulnérabilité ça suscite des émotions particulières pour
98 toi ?
99 Blanc
100 Dans cette prise en charge justement ?
101 Euh.. oui ça peut
102 Blanc
103 C'est-à-dire ?
104 Bah.. ça peut susciter des émotions oui oui bien-sûr
105 Quels genre d'émotions ?
106 Euh bah je sais pas trop ça dépend de tellement de choses euh
107 Ça dépend de quoi du coup ?
108 (Rire) euh bah fou..
109 Blanc
110 Oook euh... du coup à quoi ressemble la relation que t'entretien avec ces résidents ?
111 Alors personnellement je suis très proche des résidents, je les accompagne vraiment, j'essaie
112 de.. de de les accompagner au mieux individuellement et de m'adapter à chacun.. après la
113 relation que je peux établir avec chacun qu'ils soit vulnérable ou pas c'est euh je... c'est sur
114 qu'une personne plus vulnérable on va a voir tendance à la rassurer en permanence, à décrire
115 nos gestes..
116 Mh
117 Ouais voilà
118 Ok, euh, on arrive à la fin, est-ce la prise en charge des patients a déjà fait l'objet d'un travail
119 au sein de l'équipe ?
120 Euh bah ça je sais pas trop, ya des réunions pour ça, pour parler de tous les patients..
121 Blanc
122 D'accord
123 Niveau matériel on a ce qu'il faut en tout cas, quand on en a besoin
124 Ok d'accord
125 Toute façon on a nos transmissions donc on parle dès qu'il ya une prise en charge particulière
126 D'accord, bon bah j'ai finis je pense
127 D'accord (rire)
128 Merci du temps que t'as pu m'accorder j'espère pas trop t'avoir dérangé quand même
129 Non (rire)
130 Bonne fin de journée
131 Merci à toi aussi

Annexe X : Synthèse par thème des entretiens

Thèmes	Entretien numéro 1 Flore - IDE	Entretien numéro 2 Capucine - IDE	Entretien numéro 3 Rose - AS	Entretien numéro 4 Violette - IDE	Entretien numéro 5 Garance - IDEC	Entretien numéro 6 Hortense – AS en VAE
Thème 2 : Les représentations du soignant à l'égard de la vulnérabilité du patient	<p>« il n'est plus autonome, ni dans ses mouvements ni dans ses choix et il nécessite donc de dépendre de quelqu'un » L. 26-27</p> <p>« des personnes ayant des troubles neurologiques, qui ne serait plus tout à fait cohérentes et adaptées ou qui seraient aussi victimes de déficits moteurs » L. 31-33</p>	<p>« faiblesse, diminution et fragilité » L. 36</p> <p>« Ah oui oui évidemment » L. 51</p>	<p>« elle me fait plus penser aux personnes âgées en particulier mais aussi les personnes euh en situation de handicap ou même mh les personnes atteintes de maladies psy ou motrices en fait » L. 25-27</p> <p>« fragilité, faiblesse et perte d'autonomie » L. 31</p> <p>« c'est un mot assez péjoratif » L. 32</p>		<p>« fluctuant d'une personne à l'autre » L. 46</p> <p>« difficile à quantifier » L. 48</p> <p>« Alors forcément » L. 57</p>	<p>« c'est toutes les choses qu'elle va pouvoir faire seule » L. 39-40</p>

	<p>« faiblesse, risques, manque de compréhension et euh allez la perte d'autonomie » L. 40-41</p> <p>« Ah oui totalement » L.47</p>		<p>« Oui clairement » L.39</p>			
<p>Thème 3 : La corrélation entre vulnérabilité et les incapacités physiques selon le soignant</p>	<p>« Si on part du principe que l'autonomie c'est la capacité de se déplacer alors l'incapacité physique elle altère forcément l'autonomie » L. 75-76</p>	<p>« Les incapacités physiques sont des limitations moteurs » L. 61</p> <p>« des patients qui peuvent pas se lever du lit, qui peuvent pas marcher jusqu'aux toilettes ou qui peuvent même pas manger seul quoi » L. 68-69</p> <p>« dès qu'il y a une incapacité physique il se</p>	<p>« quand il a des incapacités il est plus autonome et donc bah il est vulnérable » L. 65-66</p>		<p>« exprimer tout ce qu'on ressent du moins verbalement » L. 65-66</p> <p>« faut accompagner ces personnes au quotidien et ça les limite dans les actes de la vie quotidienne, dans le fait de pouvoir marcher, de pouvoir manger, de pouvoir se doucher » L. 74-76</p>	

		retrouve vulnérable, dépendant, plus autonome » L. 78-79			« tout est un fil conducteur » L. 78	
Thème 4 : La prise en charge du patient présentant des incapacités physiques à travers le vécu professionnel	<p>« il était totalement paralysé de son hémicorps droit » L. 105</p> <p>« Ce patient oui je l'ai senti vulnérable parce qu'il est totalement en incapacité de communiquer verbalement avec tout le monde et sur le plan physique il dépend totalement de nous, des soignants » L.130-132</p> <p>« C'est très important le partage de</p>	<p>« il était complètement plégique de son côté droit » L.92-93</p> <p>« le patient il est totalement vulnérable à la suite de son incapacité physique » L.111-112</p> <p>« le risque le plus gros c'est le risque de dépression, fin tu comprends ces patients ils sont là ils ont perdu la mobilité, la parole, fin tout quoi...leur dignité...leur</p>	<p>« il est devenu hémiplegique » L.100</p> <p>« oui il était carrément vulnérable » L.117</p> <p>« le risque de chute bien évidemment, en première position je dirai même, quand ils sont pas bien conscient de leur état et qu'ils essaient de se lever seul sans aide bah évidemment ils chutent » L.130-132</p>	<p>« j'ai rien qui ressort de l'ordinaire, ils sont tous pareil » L.70</p> <p>« personnellement j'arrive à gérer » L.102</p> <p>« finalement on s'habitue » L.103</p> <p>« on relativise » L.105</p>	<p>« donc yavait une hémiplegie » L.86</p> <p>« perte d'autonomie et derrière donc grosse vulnérabilité » L.91-92</p> <p>« ce risque de devenir objet » L.98</p> <p>« c'est pas parce qu'on a une moitié de corps qui ne fonctionne plus qu'on ne ressens plus rien » L.99-100</p> <p>« être vulgarisé au terme de corps » L.102</p>	<p>« je sais pas j'ai que ça à dire, ça me vient pas » L.77</p>

	ressentit dans l'équipe ou avec ses proches en gardant l'anonymat du patient évidemment, ça permet d'extérioriser et de mettre des mots sur nos émotions » L.155-157	pudeur... c'est dur » L. 118-120 « On en a beaucoup parlé avec les collègues » L.140	« pour ces patients c'est beaucoup beaucoup de changement, ils se retrouvent seul, des fois enfermé dans leur corps, sans la parole, sans pouvoir bouger » L. 140-142 « avec l'équipe on est très soudé on parle beaucoup » L.175			
Thème 5 : Les impacts de l'état de vulnérabilité du patient présentant des incapacités physiques dans la relation de soins	« Ma perception sur l'état de vulnérabilité du patient va plus ou moins m'impliquer dans la relation de soin mais je pense qu'elle est bénéfique pour le patient. Lorsque le sentiment	« nous prenons le temps d'évaluer les besoins » L.149-150	« j'ai toujours gardé sa pudeur et son respect » L.191 « je suis pas aller dans le jugement » L.192-193 « ya des jours ou t'as moins de	« quand ils ont une incapacité physique on passe plus de temps avec eux » L.110 « Alors que quelqu'un d'autonome on fait juste un passage » L.112	« on est pas tous bienveillants, cet effet de supériorité et de dire bah voilà maintenant elle peut plus rien faire » L.127-128	« c'est sur qu'une personne plus vulnérable on va avoir tendance à la rassurer en permanence » L.113-114

	<p>implique beaucoup d'empathie alors le soignant va prendre le temps de discuter avec le patient et son entourage et il va donc créer un lien de confiance » L.199-202</p> <p>« Par contre le point négatif c'est lorsqu'on est pas capable d'apporter cette empathie, ce temps aux patient en raison de la charge de travail. Il peut autant y avoir de répercussion sur le patient, sur la relation avec le soignant que sur la satisfaction du soignant quant à son travail. » L.204-207</p>		<p>tolérance ? de patient ? » L.196</p> <p>« faut pas tomber dans l'intolérance » L.296</p> <p>« quand on s'en rend compte on évite de tomber dans la maltraitance et euh l'objectivation en fait » L.209-210</p>	<p>« alors que quand quelqu'un a besoin d'aide, une incapacité physique on est là on prend plus de temps » L.113-114</p>		
--	--	--	---	--	--	--

<p>Thème 6 : Le regard et les besoins du soignant pour optimiser la relation avec le patient vulnérable car présentant des incapacités physiques</p>	<p>« Je pense que plus d'effectif serait pas de refus (rire), non sans blague, moins de patients pris en charge par les infirmières et donc plus de temps pour chacun d'entre eux et donc on aurait la possibilité de s'adapter encore plus eux » L.211-213</p> <p>« il n'a pas de solutions à nous apporter » L.237-238</p> <p>« la direction n'accorde pas plus de personne au sein du service » L.240-241</p>	<p>« je pense qu'on est limité dans le temps et dans le personnel » L.218-219</p>	<p>« L'effectif, sans hésiter (rire), compte tenu des patients qu'on a là, nous en neuro il nous faut plus d'effectif au niveau AS ça saute yeux »</p> <p>« Cela dit, même au niveau inf on est en manque » L.222</p> <p>« on pourrait étaler nos soins sur toute la journée » L.239-240</p>	<p>« vraiment ici ya tout quoi, on est une structure ou ya pas de problème sur ça, même niveau personnel on est pas forcément en manque, du moins euh j'en ressens pas le besoin » L.127-128</p> <p>« ya des réunions qui se font avec les équipes, c'est des réunions pluridisciplinaires on prend les cas par cas, on discute, que ce soit avec l'infirmière coordinatrice, le médecin, l'ergo, la psychologue, les infirmiers, les aides-soignants, ya vraiment tout le monde, on présente la personne, on parle</p>	<p>« on a des réunions pluridisciplinaires toutes les semaines » L.140</p>	<p>« Niveau matériel on a ce qu'il faut en tout cas, quand on en a besoin » L.123</p>
--	--	---	--	---	--	---

				et on voit ce qu'on peut améliorer ou pas » L.134-137		
--	--	--	--	--	--	--

La vulnérabilité du patient liée à ses incapacités physiques sur la relation de soins.

Dans un monde de soins où les soignants prennent en charge des patients présentant des incapacités physiques avec difficulté et où le patient est vu comme vulnérable, nous nous demandons à quoi peut ressembler la relation de soins et comment celle-ci peut être améliorée. Cette concordance entre les incapacités physiques et la vulnérabilité peut avoir des répercussions sur la relation de soins.

Pour répondre à cela, ce Travail de Fin d'Étude traite le questionnement suivant : En quoi l'état de vulnérabilité du patient lié à ses incapacités physiques peut influencer sur la relation de soins ? Le déroulement du travail a débuté par un développement théorique des concepts de soignant, de patient, d'incapacités physiques, de vulnérabilité et de relation de soins.

Cette étape est complétée par une recherche qualitative grâce à six entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé exerçant auprès de personnes présentant des incapacités physiques dans le quotidien.

Les résultats obtenus montrent une similarité entre le cadre de référence et l'enquête exploratoire. Effectivement, les soignants approuvent la corrélation entre les incapacités physiques et la vulnérabilité et que cette perception de la vulnérabilité peut induire une objectivation du patient.

En conclusion, la démarche réflexive pourrait être un levier afin de rendre la relation de soins optimale et de considérer le patient comme sujet de soins et non objet de soins.

Mots clefs : Patient – Incapacités physiques – Vulnérabilité – Relation de soins – Réflexivité

- 221 mots

The patient's vulnerability to physical disabilities on the care relationship.

In a world of care where caregivers take care of patients with physical disabilities with difficulty and where the patient is seen as vulnerable, we wonder what the caring relationship might look like and how it can be improved. This concordance between physical disabilities and vulnerability may have impact on the care relationship.

To answer this, this thesis deals addresses the following question : In what way the patient's state of vulnerability related to their physical disabilities may affect the care relationship ?

The work progress began with a theoretical development of the concepts of caregiver, patient, physical disabilities, vulnerability and care relationship.

This step is complemented by the qualitative research through six semi-direct interviews with health professionals working with persons with physical disabilities in everyday life.

The results obtained show a similarity between the theoretical framework and the exploratory survey. Indeed, caregivers approve of the correlation between physical disabilities and vulnerability and this perception of vulnerability can lead to patient objectification.

In conclusion, the reflexive approach could be a lever to make the care relationship optimal and to consider the patient as a subject of care and not as an object of care.

Keywords : Patient – Physical disabilities – Vulnerability – Care relationship – Reflexivity

- 194 words