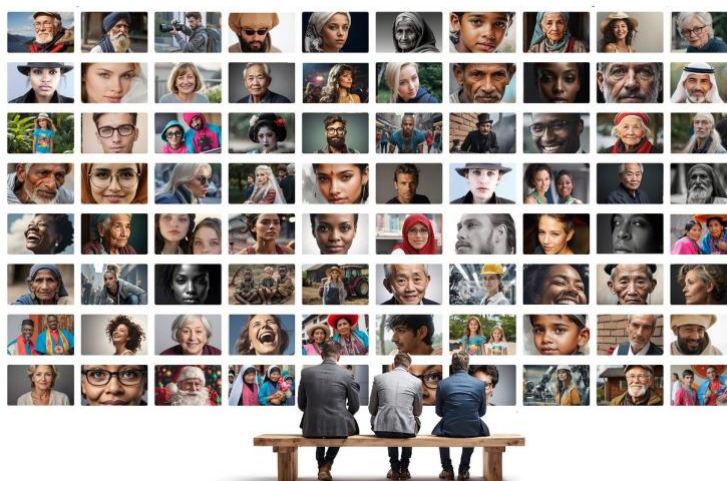


Travail de fin d'étude infirmière

La Culture au secours du refus de soin ?

Date de rendu : 21 mai 2024



Unité d'enseignement 5.6 S6 :

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directeur de mémoire : Monsieur STEINACKRE F.

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 particulièrement à remercier M. Florian Steinackre qui m'a accompagné et encouragé tout au long de ce travail pourtant pris en cours de route.

Je remercie chaleureusement Mme Delahaie, pour m'avoir aidé à initier ce travail, pour son accompagnement pédagogique et surtout, pour avoir si vite réussi à me cerner.

Un merci aussi à Mme Florindo qui m'a permis d'entrevoir le potentiel de ma situation d'appel.

Je remercie plus généralement tous les cadres formateurs et administratifs, pour les savoirs transmis et l'organisation des cours tout au long de ces trois années.

J'envoie mille merci aux compagnons de route rencontrés durant la formation, à ceux devenus des amis, Olivier, Vanessa, Roxanne, Cécile et Alexandre, avec qui j'ai ris, pleuré, mais surtout ris et, sans qui j'aurais tant de fois baissé les bras.

Bien sûr, merci à ma famille et à tous mes fabuleux amis sans qui je ne serais rien de ce que je suis et sans qui rien n'aurait de sens.

Enfin, le plus affectueux des mercis à mon Fred, qui a dû me supporter au quotidien durant toute cette aventure et, qui n'a pourtant jamais cessé de me soutenir.

« Tous ces termes s'annoncent sans se donner dans l'opacité rectangulaire et solide qui s'impose à ma vue et à mes mains. Ces contenus absents confèrent une signification au donné »

(Levinas, 1972)

Table des matières

1. INTRODUCTION	- 1 -
2. SITUATION D'APPEL.....	- 2 -
2.1. DESCRIPTION DE LA SITUATION	- 2 -
2.2. QUESTIONNEMENT	- 8 -
3. QUESTION DE DEPART	- 13 -
4. CADRE DE REFERENCE	- 13 -
4.1. LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE (RELATION DE SOIN)	- 13 -
4.1.1. <i>Qu'est-ce que la relation soignant/soigné ?</i>	- 13 -
4.1.2. <i>L'impact de la vision du soin sur relation soignant/soigné</i>	- 16 -
4.1.3. <i>Prise en charge holistique et singularité de la relation</i>	- 18 -
4.2. COMPETENCE ET CULTURE	- 21 -
4.2.1. <i>Qu'est-ce que la compétence ?</i>	- 21 -
4.2.2. <i>La compétence infirmière</i>	- 23 -
4.2.3. <i>La culture</i>	- 25 -
4.2.4. <i>Posture soignante et culture, vers une compétence culturelle ?</i>	- 27 -
4.3. LE REFUS DE SOIN	- 31 -
4.3.1. <i>Droit des patients</i>	- 31 -
4.3.1. <i>Contrat de soin et responsabilités soignantes</i>	- 33 -
4.3.1. <i>Vécu et ressource du soignant</i>	- 34 -
5. ENQUETE	- 36 -
5.1. PRESENTATION DE L'ENQUETE	- 36 -
5.1.1. <i>Méthode de recherche</i>	- 36 -
5.1.2. <i>Terrains et population interrogée</i>	- 37 -
5.1.3. <i>Déroulement de l'enquête et critique</i>	- 38 -
5.2. ANALYSE CRITIQUE DES ENTRETIENS.....	- 40 -
5.2.1. <i>Entretien avec Madame LALUT</i>	- 40 -
5.2.2. <i>Entretien avec M. LENAP</i>	- 47 -
5.2.3. <i>Entretien avec Mme IPPOT</i>	- 54 -
5.2.4. <i>Entretien Mme OSMUR</i>	- 61 -
5.2.5. <i>Entretien Mme SAHURGE</i>	- 65 -

6.	SYNTHESE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	- 68 -
6.1.	SYNTHESE	- 68 -
6.1.1.	<i>Relation soignant/soigné.....</i>	<i>- 68 -</i>
6.1.2.	<i>Compétence et culture</i>	<i>- 69 -</i>
6.1.3.	<i>Refus de soin</i>	<i>- 71 -</i>
6.2.	QUESTION DE RECHERCHE	- 72 -
7.	CONCLUSION	- 74 -
8.	BIBLIOGRAPHIE	- 76 -
9.	ANNEXES	- 80 -

1.Introduction

« *De fait, la France est une société multiculturelle composée de différents groupes culturels* » (Mahfud, Badea, C., Guimond, S., Anier, N. , & Ernst-Vintila, 2016). Cette réalité, bien que parfois contestée, constitue néanmoins une donnée essentielle à prendre en compte pour comprendre le tissu des interactions humaines qui régissent notre société. Or, l'humain est à la fois l'objet et le sujet de tout soin sans lequel, la pratique infirmière n'a pas de raison d'être.

Prendre soin de l'humain implique en soi de s'y intéresser et de comprendre son fonctionnement. Ce pourquoi la conception du soin ne cesse d'être pensée et repensés à l'aune des révolutions techniques, culturelles et scientifiques toujours plus rapides, qui impactent par la même la notion de relation entre soignant et soigné. Les champs d'étude philosophique, sociologique comme anthropologique ne cessent d'enrichir celui des sciences infirmières, afin de comprendre un peu plus chaque jour la relation entre soi et les autres. Le soin semble même constituer un angle d'approche privilégié pour approfondir la compréhension des relations humaines. Ne paraît-il pas pertinent dès lors de s'intéresser à la dimension culturelle de la relation au sein de la pratique infirmière ?

Lors de mon dernier stage de première année, j'ai eu l'occasion de prendre en charge un jeune guinéen atteint de tuberculose. Son parcours de soin a été long et fastidieux. C'est cette situation qui m'a amené à me questionner sur l'impact de la culture dans la prise en soin. Or plutôt que de m'attarder sur les différents facteurs ayant pu conduire à dégrader l'alliance thérapeutique, j'ai préféré m'orienter vers les ressources que la dimension culturelle peut offrir pour comprendre le refus de soin.

Dans la première partie de ce travail, j'expose de la manière la plus concise et neutre possible cette situation telle que je l'ai vécue puis j'en dégage les différents questionnements qu'elle a suscités pour ma future pratique soignante. J'aboutis ainsi dans un deuxième temps à une question de départ. Afin d'approfondir mon questionnement j'ai effectué plusieurs lectures pour tenter de dégager différentes pistes de recherche. J'expose la synthèse de ce travail en troisième partie. Puis, dans le

quatrième temps, je présente le résultat de l'enquête que j'ai menée sur le terrain auprès de cinq infirmiers d'expérience et de spécialité différentes. L'analyse de ces entretiens aboutit à la cinquième et dernière partie ce travail de fin d'études infirmière, la formulation d'une question de recherche.

2. Situation d'appel

2.1. Description de la situation

Lors de mon troisième stage, je suis affectée dans un service de médecine polyvalente spécialisé en infectiologie accueillant, beaucoup de patients en post-urgence. L'étage est découpé en deux unités, chacune est gérée par un cadre de santé et subdivisée en trois secteurs. L'unité A est consacrée spécifiquement à l'infectieux, l'unité B est plus polyvalente, c'est elle notamment qui accueille le secteur « *Covid-19* ». J'ai personnellement effectué mon stage dans cette dernière. Chaque secteur est pris en charge par un binôme Infirmier Diplômée d'État (IDE) et Aide-Soignant (AS). Lors de mon stage nous sommes dans une période où le virus du SARS-CoV-2 est en recrudescence conduisant parfois à des aménagements de service.

Lorsque j'arrive dans le service en tant que stagiaire, nous sommes au début de la 7^{ième} vague de l'épidémie. Je suis affectée au secteur dit « *Covid-19* » qui, de Juin à Juillet 2022, s'est étendu de huit à dix-neuf lits. Deux ans et demi après l'entrée du virus en France, les données épidémiologiques ont évolué. Le nombre de personnes hospitalisées porteuses du SARS-coV-2, s'éloigne du nombre de personnes soignées pour le « *Covid-19* ». Lors de mon stage, l'infection par le « *Covid-19* » n'est pas le problème de santé prioritaire de la quasi-totalité des patients du secteur. Il s'agit majoritairement de patients hospitalisés pour un problème somatique aigue souvent, immunodéficients ou immunosénescents, dont l'infection par le virus a permis de déceler une vulnérabilité. L'équipe est professionnelle, organisée et soudée. Une bonne entente domine au quotidien aidant à surmonter la technicité des soins, la difficulté des cas cliniques accueillis, ainsi que les imprévus et les manques inopinés de personnel dus à la période.

C'est lors de ma première semaine de stage que Sékou Diallo, âgé 20 ans, est hospitalisé pour altération de l'état général (AEG), amaigrissement, douleurs abdominales, céphalées, hyperthermie. Un test PCR effectué aux urgences se révèle positif au « Covid-19 », le patient est ainsi affecté dans mon secteur. Intriguée par son cas, notamment du fait de son jeune âge, je décide de le prendre en charge dans le cadre de mon stage. Le patient est d'origine guinéenne, nous ne connaissons aucun de ses antécédents si ce n'est, une radio des poumons effectuée en 2018 révélant des traces possibles d'une ancienne tuberculose. J'apprendrais plus tard qu'il s'agissait d'une radio de contrôle qu'il a dû faire pour une visite médicale à son arrivée en France certainement, lorsqu'il a été pris en charge par un organisme d'accueil. En effet, le patient communique très peu sur son passé et ses conditions de vie actuelles, rendant la vision globale de son histoire de vie difficile. Il semble comprendre ce que nous lui disons cependant, il ne nous fournit que trop peu de réponse pour que nous en soyons certains.

Au fil du temps, le patient osera parler un peu plus de son histoire et de ses problèmes personnels. M. Diallo est arrivé en France en 2018, accompagné d'un ou plusieurs amis, sans sa famille. Le patient est actuellement en apprentissage de carrosserie en alternance, il semble tenir à cette formation. Il est officiellement célibataire et vit en collectivité au sein d'un foyer d'accueil. Il exprime ne pas vouloir manger de porc. Il garde toujours son short en jean sur lui en plus de la chemise patient. Il ne reçoit aucune visite mais semble fréquemment consulter son téléphone qui lui sert aussi de moyen de divertissement.

Une suspicion de tuberculose est posée par le médecin au troisième jour d'hospitalisation de M. Diallo impliquant, la mise en place de précaution complémentaire *air*. Il présente de fréquentes hyperthermies et des hyperalgies abdominales, il n'est traité que « *en si besoin* » par antispasmodique et antipyrétique pour ne pas couvrir les symptômes. Très affaibli, il a perdu avant son hospitalisation une dizaine de kilos en deux semaines. Une suspicion de tuberculose nécessite différents examens pour que le diagnostic soit posé : hémoculture, échantillon d'expectoration. Examens qui peuvent s'alourdir si les tests primaires ne révèlent aucune trace de Bacille de Koch : fibroscopie bronchique, scanner abdominal...etc. Ces nécessaires explorations rallonge de fait la durée d'hospitalisation du patient.

M. Sékou Diallo ne s'est jamais montré particulièrement engageant ou emballé par sa prise en charge toutefois, sa situation ne m'a réellement interpellée que lorsqu'il a commencé à refuser des soins. Le matin du cinquième jour de son hospitalisation, M. Diallo a exprimé une réticence lorsqu'avec ma tutrice Noémie, nous entrons dans sa chambre pour effectuer une ponction veineuse. « *Encore du sang vous allez prendre encore du sang* » nous dit-il, alors que nous nous présentons et expliquons la raison de notre venue. Il s'agissait d'un bilan conséquent, une dizaine de tubes dont deux hémocultures (hémocultures qui, nous le verrons plus tard, n'étaient pas celles demandées, spécifiques à la bacille *Mycobacterium Tuberculosis*). Contrarié, il consent toutefois à tendre le bras. Au vu du contexte, je préfère que ma tutrice effectue le soin craignant qu'un échec de ma part n'envenime la situation. Pendant la prise de sang, il s'exprime : « *Ça fait beaucoup de sang là beaucoup trop, on a pris au moins 10 capsules là, je vide tout mon sang c'est fini, c'est la dernière fois !* ». Alors que j'essaie de communiquer avec lui sur la situation, il tourne la tête, ne nous regarde plus et répète que : « *c'est la dernière fois* ».

Le lendemain, je constate qu'un nouveau prélèvement sanguin doit être effectué à M. Diallo, celui-ci est bien plus basique : un tube sec et un EDTA. Je me convaincs cette fois de l'effectuer, il s'agit d'un de mes patients, je souhaite relever le défi relationnel comme technique. Avant d'entrer dans sa chambre je prévois tous les soins de la matinée car, le patient est en isolement *air* : ponction veineuse, tube d'échantillonnage pour expectoration et traitement per os. A mon arrivée je me présente et l'informe des soins à effectuer mais, celui-ci m'interrompt avant que j'aie eu le temps de finir : « *Non, je donne plus mon sang* ». J'essaie de négocier, d'obtenir son consentement en lui expliquant l'intérêt de cette prise de sang, sans succès. « *Je ne comprends pas on m'a pris beaucoup de sang ça fait une semaine que je suis là pourquoi on ne sait rien, on ne me dit rien !* ». J'essaie de lui expliquer pourquoi les diagnostics ne sont pas toujours faciles mais, je sens que le patient est fermé, inaccessible à mon discours. J'enlève le blister de son traitement per os et le place dans un pot (l'antispasmodique seulement, il ne présente pas d'hyperthermie). Je lui explique que c'est pour son mal de ventre et me retire. J'informe Noémie du refus du patient, elle le trace. Nous faisons part au médecin de ce refus lors de la relève, ce qui semble l'agacer. Quelques heures plus tard, lors du tour de midi, je passe dans la chambre de M. Diallo pour prendre sa température et lui apporter son traitement. Je constate alors qu'il n'a pas pris celui du matin. Je l'interroge : « *Il est*

ouvert celui-ci je ne le veux pas » me répond-t-il. Un peu étonnée, je ne sais pas quoi répondre, je dépose le traitement de midi encore emballé tout en m'excusant. Je prends ensuite sa température et me rends compte qu'il a de la fièvre, je vais donc chercher un antipyrétique prévu en si besoin. J'explique à l'IDE le souhait du patient : recevoir ses traitements per-os sous blister. Celle-ci se questionne sur l'origine de cette demande, est-ce culturel, religieux ou est-ce de la pure méfiance ?

Le lendemain M. Diallo exprime une nouvelle inquiétude. Il a demandé quelques jours plus tôt un certificat d'hospitalisation afin de fournir un justificatif d'absence à son patron. Or celui qui lui a été remis n'est pas à la bonne adresse. Alors qu'il m'explique son problème, je discerne son angoisse et tente de le rassurer, le certificat sera refait, je lui présente nos excuses pour l'erreur. Il m'explique alors que son patron lui demande tous les jours quand il pourra revenir travailler et qu'il a donc peur de perdre son travail : « *Mon patron tous les jours il m'envoie des messages, il me demande tu en es où, tu peux revenir travailler, y'a du travail* » me dit-il. Par la suite les refus de soins de M. Diallo ne sont pas systématiques, ils fluctuent selon son état et aussi, semble-t-il, selon les soignants.

Au fil des jours, j'ai perçu un ressenti grandissant au sein de l'équipe à l'égard du patient. Je vais illustrer cette impression au travers d'un exemple parlant. Dans le service une aide partielle ou totale à la toilette est proposée aux patients dépendants ou en perte d'autonomie. M. Diallo a 20 ans, il ne s'agit donc pour lui que de lui fournir le matériel nécessaire voire, de le stimuler pour qu'il effectue lui-même ses soins d'hygiène. Il n'a par ailleurs jamais exprimé une telle demande bien au contraire, il nous a plutôt fait ressentir un besoin d'intimité et de tranquillité. Or le patient passe beaucoup de temps alité et si nous lui amenons de quoi faire sa toilette quotidiennement il ne semble pas nécessairement l'effectuer. Il s'agit ici de son choix, sans oublier la fatigue et la fièvre. Cette habitude a fait l'objet de discussion au sein de l'équipe et a été assimilée comme un manque de coopération et de motivation.

Entre autres, M. Diallo ne se montre pas toujours affable, voire un peu expéditif : « *Une chemise propre, avec des serviettes celles-là sont sales* » m'a-t-il dit un jour. Ainsi, des phrases comme : « *S'il ne veut pas être soigné, il peut rentrer chez lui* » se font parfois entendre. En parallèle je commence à m'inquiéter de voir les plateaux repas de M. Diallo de plus en plus indemnes lors du

débarrassage. Un midi, alors que je passe lui apporter son traitement, je constate qu'il n'y a pas touché. Je tente d'entamer une conversation sur l'importance des repas, celui-ci me répond rapidement : « *J'aime pas ça ! Ce n'est pas bon avant, au début, c'était bon, maintenant ça a changé.* ». J'ai du mal à comprendre et reprends : « *Monsieur Diallo rien n'a changé, je sais que ce n'est pas du luxe mais il faudrait essayer de manger un peu, pour votre corps, il en a besoin pour se remettre.* ». Il me répond alors : « *Ça c'est pas de la nourriture qui fait du bien à mon corps* ».

Vers le dixième jour de son hospitalisation, je me présente dans la chambre du patient pour effectuer une injection sous-cutanée d'anticoagulant, pour prévenir le risque de formation de thrombus lié à son alitement. Je lui propose différents sites pour l'injection afin de connaître sa préférence mais, dès lors que j'évoque le bas de l'abdomen, il s'affole. Il craint me dit-il que je lui « *perce l'estomac* ». Je tente de lui expliquer que l'estomac n'est pas à cet endroit et que, mon aiguille n'est pas assez longue pour le percer de toute façon. Le voyant toujours réticent je n'insiste pas et lui propose alors de le piquer dans la cuisse. Lors de l'injection suivante le lendemain, je le sens très fatigué, il est en position antalgique du fait de ses douleurs abdominales. Je lui propose une nouvelle fois de le piquer dans le bas ventre pour lui éviter un surplus d'effort au retrait de son short. Je fais un pli sur son ventre, le compare à la taille de mon aiguille qui ne peut le dépasser, il finit par accepter. Avant que je sorte de la chambre il se retourne et s'exclame : « *Je comprends pas ça fait 10 jours. Il m'avait dit 10 jours et il m'a toujours pas dit la maladie, toujours pas de médicament* ».

Après presque deux semaines d'hospitalisation, les échantillons de crachat, les prises de sang, le scanner et la fibrobronchoscopie n'ont toujours pas donné de résultats positifs au Bacille de Koch. Le médecin en charge de M. Diallo prescrit alors deux nouveaux examens afin d'avancer sur son cas : une IRM cérébrale et un fond d'œil. C'est aussi à ce moment que l'erreur des premières hémocultures est soulevée. Une nouvelle ponction veineuse adéquate est alors demandée en plus des examens. Laurie ma deuxième tutrice prend alors la décision de s'en charger. Elle entre dans la chambre et sans plus poser de question elle dit : « *Je vais vous faire une prise de sang Monsieur Diallo* », il ne montre pas de réticence, il accepte et tend le bras sans un mot.

Le lendemain, le médecin vient expliquer au patient les examens à passer, l'importance de ceux-ci et la nécessité de poser un cathéter. M. Diallo accepte que je lui pose dans l'après-midi puis, je le conduis à son examen de fond d'œil. Une heure plus tard environ, je vais le récupérer en service d'ophtalmologie. Le patient attendait en réalité depuis presque une demi-heure mon arrivée et me confie : « *J'ai des boutons ça pique partout sur le corps ils m'ont fait une piqûre depuis j'ai des boutons.* ». Il n'a pas osé en parler aux soignants d'ophtalmologie, il ne les connaît pas. Il s'avère qu'il faisait une réaction allergique à un produit colorant nécessaire à l'angiographie oculaire.

À la suite des résultats positifs du fond d'œil et de l'I.R.M. cérébrale M. Diallo est diagnostiqué porteur de la tuberculose. Afin d'identifier correctement le germe et, de déterminer le traitement adéquat pour la mycobactérie dont il est porteur, une ponction lombaire est prescrite, il est prévenu le matin même. Une infirmière, le docteur, une interne et moi-même nous présentons dans sa chambre pour la réalisation de l'acte. L'interne se prépare à réaliser le soin alors que je dispose tout le matériel nécessaire sous l'œil de l'infirmière en poste.

Pour effectuer une ponction lombaire une position en « dos rond », de type position fœtale, est recommandée afin d'atteindre le site adéquate de la ponction avec le minimum de douleur. Nous constatons que le patient arrive difficilement à prendre cette position malgré nos démonstrations et l'aménagement de l'espace. Cela déstabilise quelque peu l'interne en charge de l'examen. Pour ma part c'est la première fois que j'assiste à une ponction lombaire, je tente de l'assister au mieux. Celle-ci après repérage pique entre la 4^{ème} et la 5^{ème} vertèbres lombaires. L'aiguille s'enfonce mais le patient se raidit. Alors que son dos n'était déjà pas très voûté, celui-ci commence carrément à se cambrer en sens inverse. Il pousse des gémissements perturbant l'interne qui se retrouve alors bloquée. Elle effectue un deuxième essai dans une autre direction mais aucun liquide céphalo rachidien (LCR) ne sort de l'aiguille.

Le médecin accompagnant l'interne décide de prendre le relai. Il se positionne, demande au patient de se vouter avec autorité. La communication est de plus en plus difficile, M. Diallo souffre, appréhende de plus en plus. Encore une fois, cela ne se passe pas comme prévu pour lui. Nous avons du mal à lui expliquer la bonne configuration à adopter, peu accessible, il reste très raide. Que ce soit psychique ou somatique, il n'arrive pas à faire le « dos rond ». L'infirmière reste auprès

de lui le rassurant tentant de lui donner du courage. Le médecin pique une première fois sans résultat puis, après avoir rappelé au patient l'importance de son immobilité, il penche un peu plus son aiguille et cette fois-ci c'est bon, le liquide cristallin s'écoule. Cette scène était difficile à vivre, nous pouvions éprouver la douleur, l'appréhension du patient et en même temps, nous savions qu'il était indispensable d'effectuer ce geste pour lui fournir le bon traitement.

Après le prélèvement, le patient doit rester allongé et immobile durant au moins deux heures pour éviter la survenue de migraine très violente. Le lendemain s'il me dit ne pas avoir eu de céphalées il se plaint tout de même de fortes douleurs au niveau du point de ponction dans le dos. Les traitements antibiotiques sont commencés dès obtention des résultats, le patient ne montre cependant pas d'enthousiasme à l'idée d'être traité en intra-veineuse. Je réussis à obtenir un sourire de sa part lorsqu'en venant poser le troisième antibiotique de la journée, je tente de lui donner de l'espoir : « *Si tout se passe bien, vous allez pouvoir bientôt reprendre le travail, vous serez de nouveaux à la carrosserie très vite, encore juste un peu de patience* ». Le lendemain le test PCR de M. Diallo revient négatif, il est alors transféré dans l'unité A, plus spécifique à l'infectieux hors « Covid-19 ».

2.2. Questionnement

L'hospitalisation est un bouleversement dans la vie du patient, quelle que soit son vécu. L'imprévu de la maladie, la rupture avec le quotidien, l'incertitude de l'avenir le place à ce moment-là, dans une situation de vulnérabilité à laquelle nous faisons face. Pourtant, M. Diallo n'aurait-il pas été d'autant plus exposé à la vulnérabilité, du fait de sa précarité sociale, sa dissemblance culturelle, son inquiétude financière et sa crainte de perdre son travail ?

Ce patient n'a pas eu un parcours hospitalier simple. Tout d'abord testé positif au « Covid-19 », il est d'emblée soumis à des précautions complémentaires qui se durcissent avec la suspicion de tuberculose ce qui, favorise son isolement. Entre son entrée et le diagnostic, il s'écoule presque deux semaines. Les examens sont nombreux et certains, sont particulièrement invasifs. Toutes ces

problématiques, en s'accumulant, n'auraient-elles pas contribuées à faire émerger une forme de doute voire, de méfiance chez le patient quant à l'efficacité de notre prise en charge ?

Être hospitalisé signifie aussi, bousculer son quotidien, s'en remettre aux soignants. Chaque soignant construit singulièrement son expérience, son sens du soin. Pour autant, il est tout aussi indéniable que nécessaire qu'il existe des codes et des références communes à chacun d'entre nous. Or, un tel système de références partagé par un groupe définit, ne s'apparente-t-il pas à une forme de culture ? Ainsi, entrer dans cet univers inconnu, ne renforce-t-il pas la vulnérabilité du patient ?

La temporalité a manifestement eu un retentissement sur la prise en charge de M. Diallo. Il exprime notamment avoir senti une différence entre ses premiers repas et ceux servis au bout de plusieurs jours d'hospitalisation. Pourtant, en dehors des menus, aucun changement n'est advenu à ce niveau au sein du service intérieur. En outre, au début de son séjour le patient ne met aucunement en cause sa prise en charge, il ne questionne nos méthodes et refuse certains soins qu'à partir du cinquième jour. L'attribution de l'hospitalisation, en plus de l'intensité des examens, n'auraient-ils pas progressivement généré chez le patient une remise en cause de nos méthodes diagnostiques ? Une telle appréhension n'aurait-elle pas suscité une méfiance envers notre prise en soin et de ce fait, être un vecteur de refus de soins ?

Légalement M. Diallo a le droit d'accepter ou non un soin tout comme, il a le droit de refuser intégralement sa prise en charge tel que le stipule la *loi du 4 mars 2002* relative aux droits des patients. Par ailleurs, dès lors que le patient ne porte pas atteinte à la dignité des soignants, à leur intégrité physique ou morale et qu'il respecte les différents règlements appliqués à son lieu de soin, rien n'autorise les soignants à ne pas assurer une prise en charge consciencieuse. La loi affirme clairement l'autorité du choix du patient sur toute décision concernant sa prise en charge. Pourtant, sans que ce droit fondamental ne soit remis en cause, le refus de soin ne peut-il pas représenter pour le soignant un objet de frustration tout particulièrement, s'il est vécu comme un échec, un déficit de compétence relationnelle, une impuissance voire, un manque de collaboration ? Dès lors qu'un questionnement, un doute émerge face à l'opposition d'un patient, n'y aurait-il pas lieu d'explorer sa nature et son origine en questionnant la qualité de la relation soignant/soigné ?

La situation de M. Diallo m'a conduite à m'interroger sur l'interprétation de l'équipe vis-à-vis du comportement du patient et notamment l'impact qu'elle a pu avoir sur sa prise en charge. En effet, les différents refus et l'impression qu'il n'effectue pas régulièrement sa toilette, ont amené l'équipe à s'interroger sur la coopération de M. Diallo. Cela pourrait être dû à la fatigue, la barrière de la langue, la lassitude ou encore, comme l'a interprété l'équipe, comme un refus de prise en charge, un manque d'investissement pour sa santé. Je me demande toutefois si la naissance d'une appréhension commune à l'équipe n'a pas concouru à renforcer un sentiment d'altérité chez le patient ?

Durant mon stage j'ai constaté une cohésion d'équipe à l'épreuve de la difficulté et de la technicité inhérente au service comme, au soin en général. La capacité à fonctionner en groupe est une compétence transversale exigée à l'exercice de notre profession. Quoiqu'indispensable, l'apport des sciences humaines nous permet de percevoir l'existence de mécanisme inhérent à la dynamique de groupe. L'expression de représentations partagées par la majorité des soignants du service nous permet d'envisager l'existence de cette dynamique. Est-ce possible de se demander si ce phénomène – d'autant plus qu'il est inconscient – n'a pas entravé l'appréciation des besoins du patient ?

Je n'ai que peu de données sur l'histoire, le vécu et les croyances de M. Diallo. Je sais qu'il est guinéen, qu'il ne souhaite pas manger du porc et que, ce sont certains actes en particulier (prélèvement sanguin) qui ont généré chez lui une attitude non compliant. C'est en effet lors d'un prélèvement impliquant l'externalisation d'une quantité de sang conséquente que M. Diallo a commencé à s'opposer aux soins. Je me demande ainsi si les croyances du patient ont contribué à ses refus de soins ?

Lorsque je parle de croyance, c'est en général, religion comprise, c'est-à-dire, le cadre de référence culturel du patient et les représentations qu'il implique. Or, M. Diallo exprime à plusieurs reprises des incompréhensions, il semble peu ouvert à la communication. Ainsi je me demande si le vécu culturel du patient a pu impacter la relation de soin ? Ou encore si l'absence de prise en compte de cet écart de cadre culturel, a pu contribuer à mettre à mal la relation soignant/soigné ?

Si M. Diallo a refusé certains soins et a parfois montré des signes de lassitude, il n'a à aucun moment demandé à partir ou à stopper sa prise en charge. Son refus de soin ne se manifeste que pour certains actes, dans une situation donnée avec un ou des soignants en particulier. Il est donc difficile, me semble-t-il, d'interpréter sa défiance comme un rejet global de soin. De plus, Laurie a réussi après plusieurs refus antérieurs à prélever un échantillon sanguin au patient avec son consentement. Comment interpréter à ce moment-là, l'accord du patient ? Laurie est diplômée depuis presque 8 ans. Avant, elle était aide-soignante, elle a donc déjà acquis une expérience certaine de la relation de soin, un « *savoir expérientiel* ». Le temps passé sur le terrain semble être une composante clés de la compétence relationnelle dans laquelle se situe l'approche culturelle. Toutefois, Noémie qui est diplômée depuis près de 20 ans n'a, quant à elle, pas pu obtenir l'accord du patient. Existerait-il une composante singulière à chaque expérience soignante ? Chaque soignant ne construit-il pas de manière propre son expérience et sa pratique ? Le temps et l'ampleur de la formation du soignant ne pourrait-elle pas permettre de renforcer l'acquisition d'une compétence culturelle ?

Aborder la question de la culture dans la relation soignant/soigné pose nécessairement la question de la langue et de la capacité de recevoir l'information de la part du patient. M. Diallo donnait le change lors des soins auxquels j'ai assisté, il ne s'exprimait néanmoins pas suffisamment pour pouvoir apprécier totalement sa maîtrise de la langue française. Au-delà même de la langue, venir de Guinée implique des représentations différentes, des écarts de signifiants et de signifiés entre le discours du soignant et ce que le patient reçoit comme information. La compétence culturelle supposerait-elle pour autant que le soignant doive nécessairement connaître la langue et la culture du patient pour pouvoir communiquer avec lui ? Si la langue est un pilier de la communication complexe, est-elle le seul moyen de transmettre l'information au patient ? La communication non-verbale, la médiation ne sont-elles pas des alternatives ?

Lorsque l'on parle de refus de soin, il est difficile de ne pas penser à la cause de celui-ci. Le cadre législatif (*CSP, 4 mars 2002*) de la profession infirmière impose, aux soignants et aux médecins, de s'assurer que le patient dispose de toutes les informations nécessaires pour prendre cette décision de manière éclairées. Il est de notre responsabilité de vérifier qu'il en connaît les risques et les

conséquences, que cette décision n'est pas liée à une altération du jugement. De ce fait, l'information et la compréhension sont des points clés de la gestion des refus de soin. Or, les représentations et les conceptions, nous le savons, ne sont pas identiques d'un individu à un autre, d'une culture à une autre. La compétence 6 du référentiel infirmier fait mention d'« *adapter* » la communication au patient afin de « *l'informer et l'accompagner* ». En quoi consiste cette adaptation ? Est-il possible pour l'infirmière et l'infirmier de développer des stratégies communicationnelles et relationnelles adaptées pour son patient si elle ou il, ne discerne pas le cadre de référence culturel de ce-dernier ? L'adaptation n'est-elle pas en soi un processus qui nécessite une temporalité, celui de l'accompagnement ? Le manque d'adaptation peut-elle être une source de refus de soin ? Dès lors, plus que de la méfiance envers l'équipe soignante, l'origine des refus de soins de M. Diallo ne serait-elle pas à rechercher dans un repli induit par une perte de confiance progressive, due à une incompréhension, une rupture de la relation ?

En plus de sa vulnérabilité inhérente à sa tuberculose M. Diallo se trouve dans une situation de vulnérabilité sociale et communicationnelle du fait de l'isolement lié aux PCH, de sa situation singulière ou encore, de son vécu de migrant. L'adaptation tel que le définissent les critères de la compétence 6 passent par « *l'analyse de la situation relationnelle* » afin d'être à même de tenter de capter les demandes et les besoins réels du patient. Or, afin de cerner l'ensemble des problématiques du patient ne faut-il pas mobiliser l'ensemble des compétences infirmières ?

L'ajustement du soignant au soigné est certainement une des compétences des plus complexes à acquérir. Elle fait entrer en ligne de compte la situation présente, la façon singulière dont chacun la perçoit et, la manière de chacun d'agir en retour. Autrement dit, cet ajustement mis en jeu dans chaque relation soignant/soigné ne serait-il pas tout aussi singulier que la relation elle-même ? Or, pour façonner une relation de soin à chaque fois singulière, n'est-il pas important d'apprendre à entrer en contact avec le mode de vie et de communication du patient, avec son système de valeurs, de croyance, avec son fonctionnement intellectuel comme affectif ? En somme, n'est-il pas indispensable de penser la culture au sein de la relation de soin pour lui assurer une singularité ?

3. Question de départ

Ce questionnement m'a amené à la question suivante :

En quoi une compétence culturelle peut-elle être une ressource au sein de la relation soignant/soigné lors d'un refus de soin ?

4. Cadre de référence

4.1. La relation soignant/soigné (relation de soin)

4.1.1. Qu'est-ce que la relation soignant/soigné ?

La relation soignant/soignée est un sujet inépuisable de recherche en science infirmière. Au sein d'une conception du soin centrée sur le patient sujet, la relation se présente comme un *média* indispensable à toute prise en soin. Issue du latin *relatio* elle signifie « *liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses* » ; « *être en rapport avec* » (Centre national des ressources textuelles, 2024). La relation est donc ce qui lie le soignant et le soigné, ce qui les mets en rapport. Le soignant est un terme généraliste qui peut désigner l'ensemble des professionnels de santé. Selon les compétences et les spécialités, certains sont peut-être plus susceptibles de s'appuyer sur les soins relationnels que d'autres. Le soigné désigne de même un ensemble, celui des patients, il prend toutefois aussi en compte l'entourage qui gravite autour de lui lors de la prise en charge. La relation est quelque chose qui *existe* nous dit le CNRTL, elle n'est donc pas figée. Elle se distingue ainsi de la rencontre ou du contact par sa nature évolutive, engageant cognitivement et affectivement les deux sujets de la relation dans le temps ; c'est « *une dimension de la sociabilité humaine* » tel que l'exprime Fisher cité par Formarier (Formarier, 2007).

Nous pouvons distinguer la « *dimension relationnelle* » des soins des « *soins relationnels* » en eux-mêmes (Menaut, 2009). La première correspond aux « *échanges verbaux et non verbaux* » qui accompagnent un soin technique. Les deuxièmes quant à eux, existent pour eux-mêmes, ils sont en

soi le soin apporté au patient. Les deux cependant, sont liés et font appel à une compétence relationnelle plus ou moins spontanée. Quel que soit le soin, sans relation les échanges avec le patient semble se limiter à l'interaction, au contact. Comment dès lors distinguer la relation de l'interaction ? Comme nous l'avons vu, la relation suggère un investissement des sujets qui la composent. Elle s'inscrit dans le temps, elle existe. Pour autant, tous les soins demandent-ils tous, d'entrer en relation ? Ne serait-il pas légitime de se demander par exemple, si une relation soignant/soignée est nécessaire pour se faire vacciner, pour renouveler son ordonnance de pilule, pour faire une mammographie ?

En effet, ce type de soin pourrait relever de l'interaction sans que cela ne semble porter préjudice. La santé n'est d'ailleurs pas le seul domaine à faire intervenir du relationnel. Toute profession impliquant un contact humain sollicite quelque part une forme de relationnel : les relations clients, les relations professeur/élève ou parent professeur demande aussi une implication relationnelle. Les relations humaines sont partout et ne se cantonnent pas aux soins. Plus encore le soin n'est pas réservé aux professionnels de santé, il est issue d'« *une relation, plus primitive et plus générale* » que la médecine nous dit Frédéric Worms (Worms, 2006). Prendre soin les uns des autres est constitutif des sociétés humaines et des individus qui les composent. F. Worms s'appuie sur la théorie de l'attachement pour mettre en évidence cette omniprésence du soin dans la relation et de la relation dans le soin. La mère prend spontanément soin de l'enfant, elle répond à ses besoins biologiques et en même temps elle entretient une relation individuante avec lui. Prendre soin des plus vulnérables est donc en quelque sorte essentiel à l'humain pour sa survie mais aussi pour le développement de la conscience de soi. La relation entre celui qui a besoin d'aide et celui qui répond à l'appel est donc indissociable du soin loin lui-même, voire en conditionne la nature.

« *On soutiendra ici que l'« éthique médicale » ou la « bioéthique » impliquent moins, pour résoudre tel problème et justifier telle décision, une compétence métaphysique sur des objets, des essences ou des valeurs (par exemple de « la vie » en général), qu'une analyse précise des relations en cause entre les hommes (relations vitales, morales, techniques, juridiques, politiques) »* (Worms, 2006).

Quelles que soient les relations humaines, elles s'accompagnent d'attentes pour les parties la composant. Il est par ailleurs possible d'identifier plusieurs types de relation à partir des attentes de chacun : civilité, amitié, marchande, aide, soin...etc. Dans le cas de la relation soignant/soignée, les attentes du soigné sont différentes de celles du soignant. Le premier, dans une situation de vulnérabilité, attend un accompagnement, il demande de l'aide. Le deuxième, dans un cadre professionnel, prend ou offre du soin. La relation soignant/soigné se construit ainsi d'emblée sur un rapport asymétrique.

Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et non initiées (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro-culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas. Un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une « *relation symétrique* » et de permettre au patient de retrouver une autonomie, d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires (Formarier, 2007).

En plus de la position de vulnérabilité induit par la maladie et le bouleversement de vie qu'elle suppose, le soigné est confronté à un milieu qu'il ne connaît pas, entourée de personne à qui il confie sa santé, des inconnus à qui il doit se fier. Le patient porte bien son nom, il est dans l'attente de solution, démunie de son autonomie, il doit s'en remettre aux soignants. Le soignant lui, est « *initié* », il a donc pour mission, nous dit Monique Formarier, de restaurer une « *relation de symétrie* ». C'est notamment en s'attachant à toujours considérer le patient comme sujet et non objet de soin que les soignants peuvent réduire voire, gommer l'asymétrie initiale. Seulement, précisément parce qu'il est en terrain connu, dans un monde dont il connaît les codes, le soignant peut parfois oublier que pour le patient tout ça est nouveau, inconnu, terrifiant. Ainsi, W. Hesbeen nous invite de son côté à une « *vigilance soignante* » « *de tous les instants* » (Hesbeen, 2017, pp. 92-95). Il invite les soignants à se remémorer sans cesse que personne ne peut savoir comment il réagirait lui, s'il était malade. Qu'il s'agisse d'un premier contact avec les soins ou d'une chronicisation de la maladie, tous les patients « *vivent ce qu'ils ont à vivre* » et nous sommes là pour les y accompagner non pour juger leur façon de vivre l'imprévu de la maladie.

Ainsi, en ajustant la finalité de la relation sur un axe commun : prendre soin de l'humain, il est possible de rééquilibrer la relation nous dit W. Hesbeen, de la rendre symétrique. Comment toutefois s'assurer de toujours rester centré sur la personne elle-même ? Comme nous l'avons vu dans la situation ci-dessus, la technicité des soins, les exigences de qualité et de sécurité, l'impact institutionnel peuvent détourner les soignant de cette finalité du prendre soin. Le patient attend aussi de nous que nous le soignons et non uniquement que nous soyons humains, comment conjuguer ces attentes tout en restant compétent et bienveillant ?

4.1.2. L'impact de la vision du soin sur relation soignant/soigné

La relation soignant/soigné s'inscrit dans un contexte, celui du soin. Le sens que l'on donne à l'un ne peut qu'impacter le sens que l'on donne à l'autre. Ce pourquoi il me paraît primordial de se poser la question du sens que l'on met dans le soin pour mieux comprendre celui que l'on met dans la relation.

La relation de soin recouvre ainsi une réalité complexe à la fois codifiée et dynamique. Tel que l'explique Hervé Menaut, les soins relationnels sont un des deux versants attendus du prendre soin, l'autre étant la technicité ou plus largement la compétence clinique propre au médical. L'un et l'autre ne sont toutefois jamais entièrement dissociés : « *les soins techniques ont une dimension relationnelle ; les soins relationnels ont une dimension technique* » (Menaut, 2009). La relation serait donc impliquée constamment dans le prendre soin, quelle que soit l'activité concernée. Pourtant H. Menaut soulève un point important : « *l'inexistence des soins relationnels* » dans le décret de compétence infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004. En effet, si l'entretien d'accueil, l'entretien à visée thérapeutique ou encore, le soutien psychologique y figurent, il n'est fait mention nulle part de soins relationnels ou d'une quelconque définition les concernant alors même que la relation y est présentée comme un des deux versants du soin. Cette absence nous dit-il crée un doute sur la nature et le statut de la relation au sein des soins alors même qu'elle est à la base de la pratique IDE. Cependant, cela ne laisserait-il pas le champ libre aux professionnels pour effectuer ce travail de réflexion ?

Selon Philippe Svandra il est important de « *faire ce travail de mise à distance* » pour « *donner au soin toute sa complexité, toute son épaisseur humaine* » (Svandra P. , 2011). Dans son article *Le*

soin sous tension, il met en avant trois dimensions du soin qu'il décrit comme en tension : la technique, la relation bienveillante et la justice. C'est trois aspects sont indissociables du concept de soin, pourtant ils peuvent avoir tendance à jouer l'un contre l'autre. Nous apprenons ainsi que la relation, bien que liante, comporte ses propres limites et surtout ne peut faire sans les deux autres aspects. Il questionne notamment la nature *outil* de la technique et, plus particulièrement, sa neutralité. Elle n'est pas en soi bonne ou mauvaise, mais elle peut avoir tendance à procéder que pour elle-même en créant par la même un intermédiaire entre le soignant et le soigné. Or « *sans recours à un médiateur technique, la relation à l'autre souffrant et singulièrement à son corps se vit difficilement* » (Svandra P. , 2011) nous dit l'ancien infirmier, docteur en philosophie. Toute fois elle n'en est pas moins indispensable. La justice quant à elle, se réfère à l'équité des soins, s'assurer de soigner de manière égale tous les patients. Cependant, cette attention donnée à l'équité ne doit pas entacher la relation singulière. Enfin la relation, aussi primordiale soit-elle, comporte aussi ses limites si elle dérive vers la sympathie, vers l'affecte plutôt que l'empathie. Ainsi, après avoir fait le constat d'une médicalisation et d'une technicisation de la société, il nous invite à ne pas perdre de vu un objectif simple et non réducteur pour le patient : « *L'objectif devient dès lors clair : aider cette personne à retrouver ses capacités, ou à en inventer de nouvelles, afin de laisser ouvert au maximum le champ des possibles* » (Svandra P. , 2011).

F. Worms distingue quant à lui deux façons d'aborder le soin : « *soigner quelque chose* » ou « *soigner quelqu'un* », bien que ces deux approches ne puissent pas en réalité, exister de manière indépendante nous dit-il (Worms, 2006). Ces deux visions du soin, qu'il appelle aussi « *modèle parental* » et « *model médical* » procède de deux logiques différentes qui se rejoignent pourtant « *de l'intérieur* ». Le modèle parental, se définit à partir de relation d'individu à individu, prise comme un tout, elle est constituante et individuante. Le modèle médical quant à lui se doit d'isoler les parties de l'être pour apporter une réponse concrète : identifier le pathologique. Le philosophe tente de penser en même temps deux concepts du soin qui se sont longtemps opposés. Aucun de ces deux modèles n'est soignant s'il est isolé et poussé à l'extrême. Les risques sont pour l'un, un maternalisme débordant, incapable d'apporter une réponse pertinente aux besoins, pour l'autre, l'installation d'une ascendance amenant à l'abus de pouvoir. Or, c'est à la relation, ou plutôt « *à*

une éthique et à une politique de la relation » que F. Worms confie la tâche de donner du sens au soin.

« Prendre soin », c'est à la fois se relier les uns aux autres, de manière individuelle, expressive, globale, et s'absorber dans le détail minutieux de la chose même, avec le dévouement technique mis à la préserver de la dégradation ! » (Worms, 2006)

Ainsi, la relation soignant/soigné fait à la fois appel à notre humanité et à notre professionnalisme. Il serait erroné de penser que l'un s'oppose à l'autre. C'est donc bien en cherchant dans chaque relation à mettre en lien c'est deux aspects que nous sommes le plus soignant. Non seulement notre conception du soin impacte celle de la relation et vice-et-versa mais, cette dernière est aussi la condition nécessaire à toute prise en soin.

Le courant de l'humanisme soignant dont Walter Hesbeen est une figure, revendique quant à lui une pratique soignante qui n'oublie pas, *« quel que soit son état, que le malade n'est pas la maladie »* (Hesbeen, 2017). En effet pour lui, prendre soin c'est choisir d'avoir l'humain pour finalité du soin à ne pas la confondre avec les actes de soins qui sont quant à eux, les moyens que nous mettons en œuvre pour aider les hommes et les femmes.

« C'est parce que le risque de voir les moyens utilisés par les professionnels prendre la place de la finalité que poursuit la relation de soin est un risque répandu, et sans doute même grandissant, que la finalité qu'est l'être humain me semble sans cesse devoir être rappelée, et surtout affirmée, au nom même de l'humanité de chacun » (Hesbeen, 2017, p. 19).

Se poser la question de la conception du soin c'est donc aussi questionner ses valeurs, celles qui nous animent en tant que soignant tout autant qu'en tant qu'humain. La relation soignant/soigné ne se résume pas à celle à la relation de soin ou la relation d'aide, elle est aussi une relation humaine et comporte toutes ses composantes, notamment celles des représentations, du mode de vie et de la culture des sujets.

4.1.3. Prise en charge holistique et singularité de la relation

Comment s'assurer de construire une relation singulière sans perdre de vue la finalité : soigner quelqu'un atteint de quelque chose ? Il existe plusieurs outils ou méthode à disposition des

soignants pour inviter le soigné et son entourage à s'engager dans la relation de soin d'égal à égal. Je présenterais d'abord ici une notion qui me semble essentielle pour ne pas perdre de vue l'humain que l'on soigne : l'écoute. Elle ne se limite pas à l'oralité mais passe par tout ce que le patient peut mettre en œuvre pour communiquer, verbal comme non verbal : *« reposant aussi sur la mimique et le geste, sur des aspects non articulés du discours, la force illocutionnaire du discours parlé ne tient pas seulement à son contenu »* (Draperi, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre, 2010).

De prime abord, elle suppose de laisser de la place. Dans le quotidien de la prise en charge, le soignant professionnel fait sans cesse des liens. Fort de son expérience et de son savoir il doit être à même de porter un regard extérieur sur le patient. Cependant, il peut être tenté d'apporter spontanément une réponse globale à la problématique du soigné. En un sens, c'est ce qui le rend compétent. Dans un autre sens et, avec une intention pourtant bienveillante, il peut aussi occuper tout l'espace de sa relation avec le soigné et influencer par-là, la possible singularité de celle-ci. *« La prise de connaissance de la situation de l'autre à partir des voies qu'il indique, plutôt que du regard que nous portons d'emblée sur lui, est alors reconnaissance de sa propre évaluation »*. (Draperi, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre, 2010). En effet, la clinique qui est au cœur des disciplines médicale et paramédicale, invitent le soignant à scruter son patient en tant qu'être biologique afin d'identifier des signes orientant vers des hypothèses diagnostiques. Cette capacité à observer de manière objective semble ainsi indispensable à la pratique soignante. Pourtant, le symptôme qui est quant à lui inséparable du vécu du malade ne peut en cela, se passer de sa subjectivité. Comment évaluer une douleur, l'efficacité des traitements, le confort du patient en se passant de son récit personnel ?

Ainsi, pour comprendre ce qu'il y a à soigner, il semble nécessaire d'accéder à l'autre, compris comme une expérience de vie, comme un vécu singulier. Si séparer l'objectif du subjectif a du sens en théorie afin d'identifier des savoir-faire et des savoir être, cela semble plus complexe dans la pratique quotidienne. Or l'écoute et, j'entends par là l'écoute active, se présente comme une voie privilégiée d'entrée en relation à même de satisfaire à la fois, des exigences relationnelles, comme cliniques. *« Le recueil de la parole de l'autre, fût-elle fragmentaire et éclatée, l'écoute de son récit,*

fût-il à nos yeux décousu(s), nous apparaîtront comme la voie privilégiée pour accéder virtuellement à son monde de l'autre, et construire un espace social partagé dans la relation de soin. » (Drapéri, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre, 2010). Bien que l'acte ou plutôt, l'*agir*, puisse être particulièrement canalisant voire phagocytant, le soignant se doit de faire un *pas de côté* pour recentrer sa prise en soin vers le patient et lui offrir ainsi un espace au sien de la relation soignant/soigné. Il ne faut cependant pas oublier que, quel que soit notre professionnalisme ou encore notre expertise, toute observation, écoute, évaluation ne peut passer par-delà le filtre de notre propre subjectivité. C. Draperi souligne ainsi le risque de l'« *interprétation prête à porter de l'horizon culturel de l'autre, comme si toute personne de telle culture, originaire de telle contrée réagissait nécessairement de telle ou telle façon prédéterminée à l'événement* » (Drapéri, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre, 2010). Recevoir le témoignage du patient ne suffirait donc pas, une réflexivité à même d'écarter les *a priori* s'impose pour éviter d'une part, la réaction spontanée et d'autre part, la surinterprétation. Plus qu'une simple écoute, il faudrait donc être à même de développer un sens de la réception du vécu de l'autre qui passe par le développement la compréhension « *du monde de l'autre* ».

C. Draperi instaure une différence entre l'écoute du quotidien de tout un chacun et l'écoute comme « *décryptage* » que la clinique « *situe d'emblée dans l'exercice d'une interaction, c'est-à-dire d'une réciprocité de la relation* ». Le soignant dans sa mission de soin doit développer un sens relationnel spécifique à la pratique clinique. En effet, si le lien entre relation et soin est d'abord issu des rapports humains, il s'agit pour le soignant de les penser dans un contexte professionnel. Cette expertise du prendre soin devrait en outre, s'aligner avec l'attente du soigné. Les notions de « *mutualité* » et de « *capabilité* » viennent ainsi offrir des repères tangibles pour construire une « *attitude compréhensive* ». La *mutualité* prend en compte le contexte particulier du malade : la souffrance et le « *monde rétréci* » dans lequel elle le place. Elle invite à réévaluer « *le poids de toute chose* » (Drapéri, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre, 2010). Rééquilibrer l'asymétrie de la relation avec le soigné pourrait ainsi passer par un réajustement fondé sur la compréhension que, l'autre est déplacé de son vécu ; il est extrait de son quotidien et il ne dispose pas de toutes ses ressources habituelles. La *capabilité* quant à elle nous « *invite à penser la distinction qui s'impose entre action humaine et mouvement physique* ». C. Draperi

propose ainsi de s'axer sur ce que l'*autre* met en jeu, sur ce que l'humain soigné que nous tentons de scruter cherche à nous faire comprendre, sur les ressources qu'il nous expose et non, sur une évaluation objectivante de ses capacités à un instant T.

C'est, au-delà de toute déclaration d'humanisme de principe, l'attention portée à cette implication de l'autre dans une situation qui est la sienne propre, sur laquelle il dispose d'un savoir affectif insubstituable, et qu'il décline dans le récit adressé à celui dont il attend qu'il participe à l'issue de l'action qui fonde une démarche compréhensive : une démarche non exclusivement inféodée à la détermination spatiale des phénomènes organiques, mais à l'écoute de la temporalité existentielle qui transcende cette spatialité biologique, dans le mouvement de dépossession-appropriation de corps propre. (Drapéri, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre, 2010)

La relation soignant/soigné semble être tout autant un fait toujours déjà là, qu'une aptitude à construire pour le soignant. La relation s'impose dès lors qu'il y a rencontre entre deux êtres humains elle est universelle, c'est une réalité vécue par deux êtres singuliers. Dans un contexte de soin, cette relation pourtant d'emblée marquée par l'attente et l'asymétrie – le soigné attend du soin, le soignant dispose des moyens – peut se muer en ressource dès lors que le professionnel de soin apprend à la faire exister. Pour appréhender son rôle au sein de la relation avec le soigné, le soignant doit penser en même temps un grand nombre de données et de facteurs à la fois clinique, subjectifs, scientifique et humain, sans aborder l'institutionnel. Être à même de faire sans cesse des allers-retours entre évaluation clinique et vécu du soigné, considéré comme un autre humain dans la relation, n'est pas une construction qui va pas de soi.

4.2. Compétence et culture

4.2.1. Qu'est-ce que la compétence ?

La compétence signifie tout d'abord l'« *aptitude d'une autorité publique à effectuer certains actes* » (Centre national des ressources textuelles, 2024). L'accent est mis sur la recevabilité d'un jugement ou d'une action en fonction d'un statut reconnu. Il est certes fait mention « *d'aptitudes* » mais celle-ci reposent essentiellement sur la reconnaissance d'une autorité de droit. Au XVIIIe, la compétence renvoie plus généralement à la « *capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie* » (Centre national des ressources textuelles, 2024). L'accent semble alors moins mis sur le statut ou l'autorité que sur

l'idée *d'être à même de*. La notion de reconnaissance se déplace de l'autorité à la capacité et, implique en cela la question : qui reconnaît la compétence de qui ? Dans les milieux scientifiques notamment, ce sont les pairs qui accordent dès lors une validité aux travaux de leur confrères. Au XXe la notion de compétence prend de plus en plus d'importance au sein des sciences du travail, réaffirmant le lien entre l'activité et l'individu qui l'exerce. L'assimiler la compétence à une liste d'activité n'est dès lors, plus possible. L'individu, ses réactions dans un contexte, une situation donnée sont pris en compte. Il est intéressant de voir qu'aujourd'hui la notion d'autorité n'a pas disparu. Par exemple (au hasard), le métier d'infirmier ne peut s'exercer en France qu'avec un diplôme délivré par l'État. Pour autant, être compétent à exercer en tant qu'infirmier ne semble pas être la même chose qu'être compétent dans son exercice ou, pour le dire autrement, être un infirmier compétent.

Le terme de compétence présente ainsi une polysémie qui demande à être éclaircie. Tout d'abord, la compétence n'est pas identique à la capacité. Plus précisément, si la capacité est indispensable à la compétence elle n'est pas suffisante (Hesbeen, 2017, pp. 103-114). Il est nécessaire de pouvoir faire ce que l'on a à faire et de savoir le faire correctement. Pour autant être compétent c'est aussi savoir jauger la situation, pas uniquement bien faire. Pour illustrer son propos W. Hesbeen prend l'exemple de la validation de compétence de l'étudiant : validé un soin dans telle situation ne signifie pas que la compétence est « acquise *une fois pour toute* ». C'est le propre de la compétence de s'inscrire dans l'action et dans la situation.

*« C'est ainsi qu'outre l'indispensable capacité de bien faire ce qu'il y a à faire, la compétence se cherche, s'apprécie, se raisonne, se crée et se réoriente en chaque situation. (...) La compétence peut de la sorte se définir **comme la pertinence dans l'action**. Cette action se situe **à chaque fois** dans le singulier, comme le sont les hommes et les femmes auprès desquels ces soignants interviennent »* (Hesbeen, 2017, p. 104)

Être compétent n'est donc pas une qualité que l'on pourrait acquérir *ad vitam* mais bien, une mise en jeu « *pertinente* » sans cesse renouvelée de ces capacités comme, de ses savoirs, qu'ils soient d'ordre technique ou relationnel (en ce qui concerne les soignants). La compétence n'est pas non plus la performance, bien que toutes deux ne soient pas incompatibles. Seulement, la performance

s'attache bien plus à l'acte, en termes de résultat mesurable : précision du geste, coût, organisation...etc., la règle ECORCET en somme (Efficacité, Confort, Organisation, Responsabilité, Sécurité, Économie, Transmissions) qui certes peut être comprise dans la compétence mais, ne peut l'y réduire. La compétence en revanche peut porter une vision plus humaniste du soin en s'attachant à la singularité de la situation : prendre soin et non, faire un soin. Mais, nous touchons déjà ici à la question de la compétence soignante et plus spécifiquement, à la compétence infirmière.

4.2.2. La compétence infirmière

En France, il faut aujourd'hui détenir un diplôme d'État pour exercer en tant qu'infirmier-ère. Dans le Berger-Levrault, *Profession infirmière*, un référentiel de compétence présente 10 domaines dans lesquels la formation vise à rendre ses étudiants compétents. Ce référentiel ne se substitue pas pour autant au « *cadre réglementaire* » (Berget-Levrault, 2021). On y retrouve la démarche clinique et le projet de soin, des compétences en administration thérapeutique, éducative, organisationnelles et d'encadrement, des capacités d'analyse de la qualité et de recherche professionnelle et enfin « *communiquer et conduire une relation* ». Ce référentiel met bien en avant la polyvalence demandée à l'infirmière. On y retrouve aussi bien rôle propre et rôle prescrit, mêlés au sien des compétences. Par ailleurs, beaucoup de ces domaines concerne directement les patients.

L'histoire de la profession reflète tout aussi bien la complexité du rôle infirmier : de la charité religieuse à la formation diplômée d'État, le métier s'est d'abord affirmé dans la pratique pour construire sa légitimité. « *Ces gestes professionnels conduisent l'infirmière à développer une composante technique qui s'éloigne du dévouement, des soins prodigués par une sœur ou une mère...* » (Jeanguiot, 2006). La représentation d'un rôle pieux, d'une dévotion envers le malade ayant longtemps officié, le développement d'un savoir-faire technique a permis par la suite aux infirmier-ères de s'affirmer comme compétent-e-s.

Avec, l'inscription dans la loi du 31 mai 1978 du rôle propre infirmier une « *zone d'autonomie professionnelle* » est officiellement reconnues aux infirmiers en leur attribuant « *initiative et responsabilité* ». Des notions de relation sont ainsi introduites contribuant à détourner un champ de compétence propre aux infirmiers. De plus, le *jugement clinique* sur lequel repose la *démarche de*

soin, donne une valeur à l'appréciation infirmière quant à la situation du patient et, renforce ainsi l'idée d'un savoir et d'une compétence infirmiers spécifique, propre : « *c'est un savoir à construire, indépendamment du savoir médical, qui se situe en complémentarité, car c'est une autre manière de soigner et de répondre aux demandes des patients et de leur famille.* » (Jeanguiot, 2006). Les notions de savoir, de construction et de « *pertinence dans l'action* » (vue plus haut) renvoient à la fois à l'intégration des savoirs, permise par la formation et, à l'appréhension d'une réalité pratique accessible uniquement dans l'expérience.

Le développement de la formation infirmière sous l'impulsion de femmes comme Anna Hamilton et Léonie Chaptal, inspiré de Nathingale a permis de donner un crédit à la compétences infirmière jusqu'à sa reconnaissance aujourd'hui d'un savoir infirmier universitaire. Cette évolution peut être perçu comme une légitimation de l'expertise infirmière.

Quant à l'expérience le CNRTL en donne cette définition : « *fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde* » (Centre national des ressources textuelles, 2024). L'expérience demande une « *confrontation* » avec le monde, elle s'acquiert par la pratique et dans la réflexivité qu'on y injecte. L'expérience de terrain telle que l'explique Nicole Jeanguiot, a contribué à façonner la compétence infirmière : l'exposition à de multiples situations de soin permet de mieux en apprécier les enjeux, la rencontre répétée avec l'humain à s'initier à la singularité. Pourtant, s'appuyer uniquement sur une conception empiriste de la compétence infirmière semble présenter deux risques en réalité concomitants : d'une part, ce sont des savoirs difficiles à faire valoir, d'autre part l'absence de contribution théorique aux savoirs tend à les invisibiliser. « *Ces savoirs pratiques, ces connaissances et compétences issues de l'expérience, du travail ne sont pas reconnus comme pratiques constitutives de la profession infirmière ni valorisés au même titre que des savoirs savants, académiques.* » (Jeanguiot, 2006).

Pour construire une compétence infirmière et la faire reconnaître en tant que telle, il semble ainsi nécessaire de faire se rejoindre théorie et pratique : l'acquisition de savoir propre dans l'expérience et par la recherche scientifique. « *L'expérience est une lecture, la compréhension du sens, une exégèse, une herméneutique et non pas une intuition* » (Levinas, 1972).

4.2.3. La culture

La Culture est un terme dont le sens n'est pas unanime et qui ne cesse d'être discuté comme d'évoluer. Elle se réfère aussi bien aux modes de vie, aux façons de voir, aux langues, aux arts et aux religions. La culture a d'abord été définie en opposition à la nature. Gage de civilisation, elle a permis à l'homme de s'extraire de sa condition purement animale. En construisant une symbolique collective notamment par l'élaboration de croyance et de savoirs communs elle a été assimilée à un universel, l'aboutissement de l'élévation de l'homme. Aujourd'hui, ce sens de culture universelle, que tout humain devrait pouvoir rejoindre, de *Grande culture*, est remis en cause par de nombreux travaux en sciences humaines et notamment en ethnologie et en sociologie. *« Les enquête et les analyses de Bourdieu montrent qu'effectivement l'universalisme revendiqué se retrouve bien peu dans la réalité et que les différentes classes sociales dans un pays et les différentes populations dans le monde conservent des références et des pratiques culturelles très cloisonnées. »* (Hayer, 2012/2).

Avec la démocratisation des savoirs, l'ouverture au monde permise par l'évolution des transport, l'imprimerie ou encore aujourd'hui internet, il n'est plus possible d'affirmer une seule et unique culture. Plus encore, hiérarchiser les cultures entre elles peut apparaître comme ethnocentrique voire le reflet des rapports de dominations existants dans la société. La diversité des vécus, qu'elle soit due à une différence d'origine géographique ou sociale, empêche de considérer tel art, telle cuisine, telle représentation comme plus à même de parler de l'humain qu'un autre ; sans parler de l'évolution des us et des coutumes dans le temps. Ainsi nous dit Dominique Hayer elle serait surtout : *« la grille de lecture des rapports que l'homme entretient avec le monde, lui-même, les autres, la vie, la mort... »* (Hayer, 2012/2). La question du relativisme culturel, de la culture dominante et industrielle ou encore du *Soft power* sont des sujets passionnants qui ne cessent de faire couler de l'encre. Si nous ne pouvons pas tous les aborder ici, ils témoignent bien de la complexité de la culture, son rapport sans cesse renouvelé avec la notion de société et son omniprésence dans les rapports humains.

L'homme façonne le monde par la culture et la culture façonne le monde en retour. Elle est à la fois universalisante et individualisante. L'étude de la culture comme objet à part entière en

sociologie a permis de pointer son statut aussi bien objectif que subjectif (Fleury, 2016, pp. 10-17). Elle façonne un univers commun qui permet de vivre ensemble, de se comprendre et d'échanger. Cependant, cette communauté de référence culturelle pose aussi la question du groupe qui la partage et ce qui les définit : *« La culture ne s'impose pas comme une structure massive à des acteurs conditionnés. D'autres influences introduisent des ruptures et des continuités : cultures régionales et locales, rurales et urbaines, différences de générations, de sexe, etc. Chaque homme s'approprie les données de sa culture ambiante selon son histoire personnelle et les rejoue selon son style. »* (Le Breton, 2010). La culture loin de se résumer à la masse ou à même, à l'appartenance à un groupe, pose aussi la question de l'identité et renvoie de ce fait aux domaines de l'intime et de la personnalité. Loin de se cantonner à l'origine géographique ou ethnique, la question de l'identité et de la culture se pose pour toutes les habitudes, tous les modes de vies qui peuvent constituer une différence entre deux individus : classe sociale, orientation sexuelle, âge, profession, croyances... L'individu intériorise des codes, des normes, des pratiques, des symboles qui l'identifient tout autant qu'ils l'aident à décrypter le monde. En cela, elle impacte même la conception de ce qu'est le soin : soumise à la fois à la tradition, l'évolution de la médecine, aux représentations et, à l'identité de chaque soigné ou soignant qui développe intérieurement sa conception propre du soin. La culture fait donc partie intégrante de la singularité de l'individu tout autant qu'elle permet de construire une communauté de sens. Le sentiment d'identité *« donne au sujet le style de sa présence au monde, il est un système ouvert de significations et de valeurs noué par l'histoire personnelle, alimentant l'histoire propre, orientant la tonalité des interactions avec les autres et avec le milieu, organisant sa vision du monde et ses projections dans le temps, structurant son action et lui assurant le sentiment de sa continuité personnelle au fil de la durée »* (Le Breton, 2010). Il paraît ainsi difficile de ne pas considérer cet aspect constitutif pour comprendre, appréhender un individu dans sa singularité. On ne peut exiger de quelqu'un qu'il se défasse de sa culture, la mette de côté pas plus, que l'on ne peut soi-même s'en extirper à volonté. Dès lors, qu'en est-il pour le patient hospitalisé ou même, plus largement celui dont la vie est annexée au monde du soin ? Tel que l'explique très bien David Le Breton, bousculé par l'imprévu de la maladie, le patient doit accepter de soumettre son quotidien, son mode de vie à celui du soin, rendant ainsi concrète sa perte d'autonomie. En tant que soigné, son statut est réduit à celui de

patient, tout son système de référence qui le construit et lui permet habituellement d'interagir avec le monde devient d'un coup, obsolète.

Les règles et les usages s'imposent à lui à la manière d'une culture hermétique dont les éléments se dévoilent un à un, jalousement gardés, malgré les efforts du patient. La langue est imprégnée d'un jargon qui lui échappe. Une succession de professionnels se relaient à son chevet dont il peine à identifier la fonction, il est amené à décrire plusieurs fois les mêmes symptômes à des interlocuteurs différents, à subir les mêmes examens, avec un irritant manque de coordination. (Le Breton, 2010)

Tout se passe comme s'il était plongé dans une culture étrangère dont il ne comprend que peu ou mal la langue. Dans le besoin, isolé, il est contraint de s'adapter, de remettre régulièrement en cause son système de valeur, d'accepter ce qui dans un autre contexte ne serait pas acceptable. Nous l'avons vu, d'une part la différence culturelle ne se résume à la différence ethnique, elle est susceptible de concerner tout individu en tant qu'entité appartenant à un groupe social. D'autre part, le monde soignant constitue en lui-même une culture circonscrite, qui peut paraître quelque peu opaque. Ainsi, pour tout patient, être hospitalisé constitue un déracinement. Or, si l'on ajoute à cela, une différence culturelle, un déracinement déjà présent en dehors de l'hôpital, comme c'est notamment le cas des migrants, le risque d'atteinte à l'identité du patient est encore plus présent, le risque d'incompréhension et de malentendu devient majeur.

4.2.4. Posture soignante et culture, vers une compétence culturelle ?

Prendre en compte le concept de culture dans son acception la plus large, c'est-à-dire de cadre de référence ou, de « grille d'analyse » du monde, semble en cohérence avec une vision du soin infirmier attachée à prendre en compte la singularité de l'individu, qu'il s'agisse du soigné ou du soignant. En effet, il semble tout aussi important de tenir compte de la culture du patient pour respecter sa singularité, que de prendre conscience que tout soignant est lui-même en partie façonné par son système de référence issue de sa culture. Comme nous l'avons vu plus haut, une relation suppose deux composantes. Pour établir un lien effectif et propice à la clinique, il faudrait donc se rappeler sans cesse qu'entre le soignant et le soigné, ils existent bons nombres de filtres qui agissent sur la perception et la compréhension de la situation.

« Dans la pratique soignante l'indifférence aux origines sociales et culturelles du malade n'est pas une erreur moindre que celle de le réduire à un stéréotype de sa culture ou de sa classe : manière

commode et brutale d'élaguer la complexité des choses en une poignée de recettes, en un répertoire de prêt à penser et à agir » (Le Breton, 2010).

L'auteur pointe ici l'écueil du trop culturel. S'il est indispensable de comprendre l'impact que la culture a sur la construction de l'individu, il est délétère d'y résumer sa singularité. Le risque serait de déplacer le paradigme de la relation, au lieu d'une rencontre entre humain, c'est une rencontre entre culture qui prendrait le pas. Cependant, ignorer totalement la question culturelle conduit aussi au risque de passer à côté de la demande, de brouiller les signes, jusqu'à interférer avec la démarche clinique nécessaire à la prise en soin de l'infirmière. Ainsi, ce serait avec réflexivité qu'il s'agirait de prendre en considération la culture du patient, en l'intégrant dans une pratique soignante.

L'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (AIIC) dans ses énoncés de position affirme l'importance d'*Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers*. Dans cet article, l'association canadienne définit ainsi la compétence culturelle :

La compétence culturelle est la capacité des infirmières et des infirmiers de réfléchir à leurs propres valeurs culturelles et comment celles-ci ont un effet sur les soins qu'ils prodiguent. Elle comprend la capacité de chaque infirmière et infirmier à évaluer et à respecter les valeurs, les attitudes et les croyances de chaque personne d'autres cultures et à réagir de façon appropriée dans la planification la mise en œuvre et l'évaluation d'un plan de soins qui incorpore les croyances et les valeurs culturelles liées à la santé, les connaissances de l'incidence et de la prévalence de la maladie et l'efficacité du traitement. (Lavizzo-Mourey et McKenzie cité par l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2018)

L'AIIC est une organisation qui regroupe 466 000 infirmiers et qui « *dirige l'élaboration de politiques de la santé à l'échelle du Canada* » (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2024). La compétence culturelle ainsi définie renvoie à la culture du soignant comme du soigné. « *Engagement* » ou encore « *exigence* », elle devrait faire partie prenante de la pratique infirmière selon l'AIIC. Il est demandé aux praticiens infirmiers à la fois une réflexivité sur leur propre culture et une assimilation de celle de chaque personne soignée. Au-delà du savoir-être, de la façon de se comporter avec un patient, il est aussi question d'un savoir-faire, l'infirmier intègre dans son exercice du soin la culture de l'autre et apprend à y reconnaître les enjeux de santé.

La compétence culturelle s'appuie sur le principe de « *justice sociale* » et se propose ainsi d'aplanir les rapports inégalitaires provenant d'un contexte extérieur aux soins et ce, grâce à la relation de

soin et à la pratique infirmière. Mais elle concerne au-delà, tous les niveaux de l'offre de soin jusqu'à l'État lui-même car « *la culture est liée inextricablement aux enjeux socioéconomiques et politiques* ». Il est impossible de penser ici la culture de manière figées, elle est « *un processus relationnel, complexe et en évolution* » qui ne peut se penser indépendamment d'une société et des interactions entre chaque individu qui la compose (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2018).

En tant que compétence elle s'acquiert et se maîtrise avec le temps, dans la pratique, en faisant l'objet d'une préoccupation continue chez le soignant. Elle suppose un processus permanent de mise en question et de compréhension des mécanismes qui sous-tendent les rapports culturels entre les individus et prend ainsi acte « *des inégalités énormes en santé* ». Elle s'appuie sur la reconnaissance de la diversité culturelle et sur « *l'humilité culturelle* » qui vise à « *nouer et maintenir des partenariats de respect mutuel fondés sur la confiance mutuelle* » (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2018). La compétence culturelle serait donc un préalable et une condition à la construction d'une relation sans asymétrie et permettrait en cela de garantir une *sécurité culturelle* dans le cadre des soins. Il est par ailleurs intéressant de voir ici réapparaître la notion de mutualité.

Le concept de sécurité culturelle a été développé à côté de celui de compétence culturelle, au Canada mais avant cela, en Nouvelle Zélande. En 1992, le *Nursing Council of New Zelanda* inscrit ce concept dans la pratique infirmière :

La pratique infirmière ou sage-femme efficace, auprès d'une personne ou d'une famille d'une autre culture, est déterminée par cette personne ou cette famille. La culture comprend, mais ne se limite pas, à l'âge ou la génération, le genre, l'orientation sexuelle, le métier ou le statut socioéconomique, l'origine ethnique ou l'expérience migratoire, les croyances religieuses et spirituelles ainsi que les handicaps. (...) Une pratique non sécuritaire culturellement comprend toute action qui porte atteinte à l'identité culturelle et au bien-être d'un individu (Cité par Blanchet Garneau & Pepin, 2012).

La Nouvelle Zélande comme le Canada sont des pays où cohabitent plusieurs cultures dominantes, celle de divers groupes autochtones et celle des descendant de colon. Bien sûr, dans les faits, les cultures s'entremêlent tout comme, d'autre culture, du fait de l'immigration sont présentes. Cela étant, la particularité multiculturelle de ces sociétés permet de comprendre l'émergence et la

reconnaissance du concept de sécurité culturelle dans les soins infirmiers. Dans la définition présentée ci-dessus, la culture est définie dans son acceptation la plus large. Au-delà de l'origine ethnique, il est bien question de l'« *identité culturelle* » à part entière, qui contribue à définir les individus : origine ethnique, sociale, orientation sexuelles, écart générationnel... La sécurité culturelle affirme la nécessité d'intégrer la dimension culturelle à la pratique soignante.

Admettre ce concept, c'est en même temps reconnaître l'existence de situation d'insécurité culturelle c'est-à-dire, qui porte atteinte à l'identité culturelle d'un individu. L'accent dans cette définition est mis sur le cadre de référence culturel du soigné et de son entourage. L'infirmière ou la sage-femme prend en compte la culture du soigné et adapte sa prise en soin afin de ne pas la remettre en cause. Ce qui est intéressant, c'est qu'il n'est pas question d'adopter une autre culture, de revêtir le temps du soin une autre identité culturelle mais bien, de considérer le monde culturel de l'autre, de s'y adapter afin d'éviter de mettre à mal le vécu identitaire du patient.

« La sécurité culturelle suppose un engagement sincère de chacun aux plans cognitif, affectif et comportemental à toutes les étapes du soin, de la formation, de la recherche, ou à plus grande échelle, à toutes les étapes menant à un choix organisationnel ou politique » (Blanchet Garneau & Pepin, 2012).

La sécurité culturelle prend acte de l'asymétrie et des écarts de pouvoir présents dans la relation, induit par le cadre du soin ou, extérieurs à lui. Cela explique l'intérêt porté sur la culture des patients, plus susceptible par sa situation de vulnérabilité, de subir les représentations culturelles des autres. Cependant, le concept de sécurité culturelle peut s'appliquer dans toute situation de vulnérabilité, au-delà de la relation soignant/soigné : *« Elle est essentielle à la redéfinition des relations de pouvoirs présentes dans l'espace créé entre les deux parties »* (Blanchet Garneau & Pepin, 2012). La sécurité culturelle prend tout son sens au sein d'une relation impliquant un contexte inégalitaire, quel que soit son registre. Elle reconnaît en cela, la capacité de la relation à rétablir un rapport égalitaire entre les individus, tout en élargissant ses possibilités d'application aux sphères organisationnelles et macroscopiques du vivre ensemble.

4.3. Le refus de soin

4.3.1. Droit des patients

Pour l'infirmière, le refus de soin est une préoccupation à la fois légale, éthique et déontologique. Il est intrinsèquement lié au consentement du patient et renvoie ainsi à l'incontournable question du droit des malades. L'histoire de la médecine a longtemps été dominée par une conception charitable du soin. Le patient, à qui l'on vient en aide, doit se conformer aux demandes des médecins qui lui, ne doit aucunes explications : « *La personne humaine s'est, pendant longtemps, effacée derrière le soin ou le progrès scientifique* » (Laude & Tabuteau, 2018). Les premières préoccupations pour le droit des malades émergent en France à la fin du XIXe siècle mais ne se concrétisent que difficilement avant 1945. On passe progressivement d'une logique missionnaire à une logique de droit à la santé. La découverte des expériences perpétrées par des scientifiques nazis marque une « *rupture* », elle ouvre les yeux sur les dangers d'une médecine libre de tout mouvement au non des progrès de la science. Le « *Code de Nuremberg* » adopte pour premier principe le « *consentement volontaire du sujet humain* » (Laude & Tabuteau, 2018) reconnaissant dans un même geste : le patient comme sujet de soin et, son droit à refuser un acte médical. C'est ensuite sous l'impulsion de multiples entités « *administrative, juridique, sociale et politique* » que le paysage hospitalier et sanitaire va se transformer et aboutir en France aux premières « *chartes du malade hospitalisé* » en 1974 puis en 1995. Enfin, les trois dernières décennies ont vu naître de nombreuses lois définissant toujours plus avant les droits du patient en termes notamment de consentement, d'accès aux soins, de transparence et de fin de vie.

Le droit des malades pose à la fois la question du respect de la personne soignée et celle de l'accès aux soins. Ces deux notions se font en effet échos. Considérer l'accès au soin comme un droit et non une faveur implique par la même de reconnaître le patient comme une personne morale à part entière et vice et versa. Ce n'est en effet pas anodin si le chapitre concernant les « *droits de la personne* » dans la loi promulguée le 4 Mars 2002, sont évoqués sous le Titre II : « *Démocratie sanitaire* ». Le terme « *recouvre à la fois le champ des situations individuelles des personnes malades et des usagers du système de santé, et de l'exercice de leurs droits, mais également les*

enjeux collectifs, politiques, sociaux et économiques qui s'attachent à l'action publique sanitaire » (Laude & Tabuteau, 2018). Le système de soin est inclus dans une conception démocratique de la société ce qui implique d'une part, la reconnaissance et le respect des droits individuels et d'autre part, l'inscription de la santé dans un projet politique et social global. En tant que citoyen on a le droit d'être soigné et, le droit de le l'être dans le respect de nos valeurs et de notre individualité. Ainsi, parler de consentement et de refus de soin pose indirectement la question plus large des droits fondamentaux de l'homme car, le système de santé n'est pas indépendant de la société civile à laquelle il appartient. Cela suppose aussi que le *législateur* peut intervenir sur l'organisation et la qualité des soins comme, se positionner sur des questions éthiques tels que l'arrêt des traitements, la sédation profonde et continue ou le refus de soin.

Le droit de refuser un acte médical a en premier été lieu inscrit dans la loi relative aux droits des personnes en fin de vie du 9 juin 1999 : « *la personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique* » (Légifrance, 2024). En plus d'affirmer un droit d'accès aux soins palliatifs à toute personne « *dont l'état le requiert* », cette loi s'attache à protéger le malade de tout abus du corps médical afin de lui garantir une fin de vie digne. Il n'est pas étonnant de voir que le refus de soin ait été une question primordiale pour les soins palliatifs, la vulnérabilité du patient y étant particulièrement prégnante. En 2002, la loi relative aux droits des patients, promulguée sous l'impulsion du ministre de la santé Bernard Kouchner, marque un tournant pour la notion de refus de soin en clarifiant notamment la notion de consentement : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (Légifrance, 2024). La personne soignée ne peut être ignorée dans les décisions qui concernent sa santé, son choix lui appartient et elle peut en disposer comme elle l'entend. Les termes « *libre* » et « *éclairé* » renvoient aux notions d'information et de capacité de compréhension. En effet pour qu'un patient puisse donner son accord à un acte de soin le concernant, cela suppose qu'il ait compris de quoi il en retourne, sans quoi ce n'est pas un réel consentement, tout au plus une acceptation. Ce pourquoi, la question du consentement devient difficile dès lors que la personne n'est plus apte à décider pour elle-même, ou du moins perçue comme telle. Par la suite « *l'édifice juridique des droits des personnes en matière de santé* » a été complété par plusieurs textes notables et notamment les loi Léonetti de 2005 et Claeys-Leonetti de

2016 qui renforcent le droit de malades en fin de vie et qui réaffirment une conception du soin dans laquelle le patient est acteur de sa santé (Laude & Tabuteau, 2018). Être malade ou hospitalisé ne démunie pas la personne de ses droits civiques et moraux.

4.3.1. Contrat de soin et responsabilités soignantes

Si la loi du 4 Mars 2002 marque un tournant préfigurant une volonté d'instiguer une nouvelle conception du soin, des textes plus anciens démontraient déjà une volonté d'égaliser les rapports entre soignant et soigné. L'arrêt Mercier notamment, adopté par la Cours de Cassation le 20 mai 1936, introduisait déjà la notion d'un « *contrat tacite de soin* » entre le patient et le praticien. Il faut attendre le « *code de déontologie promulgué le 6 septembre 1995* » qui encadre « *la relation médecin-patient* » pour que ce contrat soit précisé dans ses contours (Domin, 2014). La notion même de contrat implique une relation d'égal à égal où chaque partie est consentante et s'engage librement dans une relation bien définie. En outre, elle implique pour chacun des attentes et des responsabilités.

En acquérant sa position d'acteur, le soigné en plus de ses droits se voit donc assigner un certains nombre de responsabilités et de devoir en tant qu'usager du système de santé. La « *démocratie sanitaire* » dans la loi du 4 mars 2002 renforce cette notion de relation donnant/donnant, « *contrairement à la présentation qui en a parfois été faite, [elle] s'est gardée d'une approche unilatérale des droits des personnes dans le système de santé* » (Laude & Tabuteau, 2018). Tout autant que le soignant se doit d'informer le patient et de veiller à la bonne compréhension de informations fournies afin d'obtenir son consentement, le soigné consent à communiquer des informations nécessaires à son diagnostic et à sa prise en soin (comme à respecter les règlements de l'établissement de santé).

« *La question de l'information est fondamentale. Elle repose sur l'idée selon laquelle l'art médical ne saurait exister sans des rapports humains et personnels. Ainsi, la confiance du patient envers son praticien est-elle un élément central de la relation. Inciter le médecin à communiquer, c'est également délivrer la parole du malade afin de favoriser la communication. In fine, cela permet d'améliorer le diagnostic.* » (Domin, 2014)

L'information, qu'elle soit celle donnée par le patient ou le soignant, renvoie ici directement à la qualité de la relation soignant/soigné et à la responsabilité soignante qui en découle. En effet, derrière le terme information se cachent celui de compréhension qui comme nous l'avons vu au sujet de la culture peut faire entrer des facteurs bien plus vastes que la communication verbale ou non. Un défaut d'information, que ce soit par manque ou par incompréhension, peut conduire à biaiser les rapports humains essentiel au soin et par la même, le raisonnement clinique du soignant qui en découle. Ce type de situation peut « *peut déboucher sur des malentendus ou des tensions, voire sur des conflits déclarés avec des patients qui ne supportent pas telle ou telle situation dans laquelle ils ont eu l'impression d'être nié dans leur identité propre, bafoué dans leurs droits de malades. L'hôpital est un lieu fertile en malentendus* » (Le Breton, 2010). En effet, comme nous l'avons vu, le soignant est d'abord dans une relation « *dissymétrique* » avec le soigné. Détenteur d'un savoir et d'une technique, dont le soigné a besoin, il peut avoir une ascendance sur lui. « *Le soigné, de par sa vulnérabilité, fait preuve de passivité et le soignant, en position de responsabilité, apporte sa compétence et sa conscience pour essayer d'agir au mieux dans l'intérêt de celui-ci.* » (Vallet, 2020). Informer afin d'obtenir un consentement semble ainsi être un préalable à même de prévenir le refus de soin. L'information nécessaire a priori à la recherche de consentement, ne suppose-t-elle pas, pour être efficiente, un cadre relationnel et des capacités d'analyses qui incombent aux soignants ?

4.3.1. Vécu et ressource du soignant

Il est toujours difficile pour un soignant de faire face à un refus de soin, sans compter que de nombreuses situations peuvent conduire à des dilemmes moraux, en cas de démence par exemple ou de risque vital. Le refus d'un soin ou, de soin, de la part d'un patient peut tout d'abord être perçue comme une rupture du contrat tacite de soin évoqué plus haut. La relation contractuelle apparaissant comme rompue le soignant peut se désengager plus ou moins consciemment de la prise en soin du patient. « *La situation difficile qu'est le refus de soins pourrait être abordée comme une rupture unilatérale du contrat, toujours tacite, de soins. Le malade ne donne pas la réponse attendue et nous ne pouvons plus être dans le "faire", qui nous préserve* » (Vallet, 2020). Le sentiment d'impuissance qui découle d'un refus de soin peut démunir le soignant qui, ne pouvant

plus pratiquer d'acte de soin se retrouve exposé directement à la problématique et à la souffrance du patient. Fabienne Vallet dans un de ses précédents travaux s'est intéressée aux émotions que peuvent ressentir les infirmières lorsque leurs soins ne coïncident pas avec la volonté du patient. Il en ressort premièrement une « *mise à mal de l'identité professionnelle avec un sentiment d'inutilité (...), de culpabilité (...), un sentiment d'échec de notre mission (...), d'impuissance, d'incompréhension* » (Vallet, 2020). Le refus de soin semble ainsi toucher à l'idée que l'infirmière se fait d'elle-même, de ses soins et par là, entrer en contradiction avec sa conception du soin. Partagée entre ce qui, selon son expérience, lui semble le mieux pour le patient, ses responsabilités vis-à-vis du corps médical et ce que le patient lui exprime, l'infirmière peut ressentir du « *désarroi* ». À cela peut s'ajouter une « *mise à mal de l'identité personnelle* » du fait de mécaniques de transfert revoyant le soignant à sa propre « *temporalité* » (Vallet, 2020). Le refus de soin peut susciter des émotions fortes et amener à une remise en question engendrant de la « *souffrance* » chez les soignants. Ce ressenti est loin d'être aberrant en soi, ses émotions sont d'abord la manifestation de l'empathie et de l'existence d'un questionnement moral. La question est plutôt de savoir ce que l'on en fait.

Fabienne Vallet, a pu identifier deux « *attitudes* » face au refus de soin. L'une, « *passive* », peu propice au maintien de la relation, peut conduire au désengagement, au rejet voire au « *marchandage* » ou à l'usage « *d'autorité* » à l'encontre des droits du patients. L'autre, « *active* », est une attitude de « *questionnement* » de « *compréhension empathique* » inspirée de Carl Rogers. Ce dernier concept cherche à définir une attitude compréhensive qui intégrerait le système de référence du patient afin de réfléchir et d'agir « *comme si* » on était à sa place : « *accorder au patient une liberté de jugement et le temps du cheminement* » (Vallet, 2020). Ainsi s'il est heureusement impossible d'empêcher nos émotions d'advenir, il est possible de les identifier pour les conscientiser et reconnaître leur impact sur notre façon d'être et d'agir.

Après avoir fait ce constat, F. Vallet invite les soignants à « *décrypter* » la situation à laquelle ils font face. En plus de pouvoir favoriser la compréhension des différents éléments entourant le refus, cette attitude analytique permet d'éviter la rupture du lien établi avec le patient. Prendre du recul dès lors que nos émotions envoient des signaux d'alertes est indispensable pour ne pas perdre de

vue qu'« *il s'agit toujours de l'histoire singulière d'un patient à un moment donné, pour lequel les "solutions" seront toujours individuelles* » (Vallet, 2020). En ce sens, Walter Hesbeen, lorsqu'il aborde la compétence soignante qu'il définit comme un « *art du singulier* », évoque parmi d'autres items, l'importance de l'« *intelligence du singulier* » pour prendre en soin l'individu dans le respect de son intégrité. Cette aptitude à raisonner au singulier se réfère à la capacité de systématiquement faire l'effort de penser la situation sous l'angle des individus qui la vivent. « *[On] comprend mieux ainsi pourquoi, face à une situation qui est perçue comme difficile, il ne devrait pas être question de la « gérer » ou de « gérer un comportement », mais bien de chercher à comprendre les raisons pour lesquelles cette situation est perçue comme difficile, de chercher à comprendre pourquoi un comportement nous apparaît comme difficile au point de nous mettre en difficulté* » (Hesbeen, 2017).

5. Enquête

5.1. Présentation de l'enquête

5.1.1. Méthode de recherche

Il s'agit d'un travail qui s'interroge sur le vécu infirmier dans la pratique. Ce qui m'intéresse c'est d'obtenir des points de vue singuliers permettant d'étayer mon questionnement par des récits expérientiels. Je m'appuie donc sur une méthode clinique dont le but est d'éclairer le phénomène étudié. Ici il s'agit de celui de la compétence culturelle perçue comme ressource dans le cadre d'une relation soignant/soigné en cas de refus de soin. La recherche clinique n'a en effet pas vocation à prouver ou tester une hypothèse mais plutôt, à étayer le champ de mon questionnement avec l'apport de connaissances issues de l'expérience de terrain. Un tel travail est une opportunité de me questionner afin d'enrichir ma future pratique.

La recherche clinique repose, en plus des recherches théoriques, sur une enquête de terrain auprès des praticiens et praticiennes. Ses outils privilégiés sont l'observation, l'entretien voire le questionnaire. Mon sujet pourrait se prêter à un recueil de données quantitatif mais en passant en

amont par une première recherche qualitative selon moi, car sans enquête préliminaire élaborer un questionnaire pourrait s'avérer bancal. En outre, si l'observation pouvait être une méthode particulièrement significative, le temps pour réaliser ce travail m'a conduit à l'écarter. C'est donc la direction du qualitatif, par le biais d'entretiens semi-directifs que j'ai décidé de prendre. Selon moi, il est indispensable de se questionner en amont sur le vécu des agents en exercice afin de mieux cerner les enjeux de ma question de départ, d'en dégager les problématiques majeurs et d'identifier des différences de points de vue. J'ai mené des entretiens auprès d'infirmières et infirmiers de différents services qui sont susceptibles soit d'accueillir des publics variés, soit dans lesquels la problématique culturelle peut s'avérer centrale voire, les deux.

5.1.2. Terrains et population interrogée

J'ai recherché différents lieux d'exercice pouvant être particulièrement touchés par les concepts de compétences et de culture. Au cours de mes réflexions, je me suis rendu compte que penser en ces termes n'était pas forcément pertinent. En effet, quel que soit le lieu de soin, la compétence relationnelle fait appel me semble-t-il, à un moment ou un autre, à des compétences culturelles pour s'adapter à la singularité du patient. J'ai donc réorienté mon raisonnement vers l'exercice lui-même, j'ai donc plutôt axé mon choix vers des services qui impliquent des pratiques et/ou des conditions d'exercice différentes.

Ainsi, j'ai pensé aux services des urgences où les conditions d'accueil, la spécificité des soins d'urgences et les capacités d'adaptation sont impactés par le mode d'exercice. Sans compter que ce sont des unités qui voient passer un très grand nombre de patient. Selon moi, il est important que le service dispose d'un SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation) car les sorties sollicitent d'autres compétences que dans l'intra-hospitalier où, les soignants sont dans un milieu connu. J'ai ensuite pensé aux services de psychiatrie au sein desquels, l'entrée en relation conditionne la prise en soin. Afin de pouvoir évaluer, soutenir et accompagner le patient il faut parler la même *langue* que lui, au sens propre comme figuré. La compréhension du cadre de référence culturel du patient y est indispensable pour envisager une entreprise thérapeutique afin de pouvoir discerner le normal du pathologique. J'ai finalement choisi un service d'accueil crise fermé, dans lequel le soin sous-contrainte ajoute encore une nouvelle dimension. Enfin, je trouvais

qu'il était pertinent d'interroger des infirmiers d'endocrinologie qui pratiquent quotidiennement des soins éducatifs. Ceux-ci impliquent de réussir à transmettre des notions anatomiques et médicales complexes, qui nécessitent un ajustement du discours. L'éducation thérapeutique, pour être viable, ne doit pas se cantonner à la transmission de savoir, elle doit être cohérente avec le mode de vie du patient, ses volontés et ses capacités.

Quant à la population interrogée, je réalise un travail de fin d'étude en soins infirmiers qui a vocation à enrichir mes connaissances, mettre en commun des vécus et des savoirs singuliers voire, à améliorer ma pratique future. Il me paraît de ce fait judicieux d'interroger des soignants qui exercent en tant qu'infirmier afin d'éclairer mon questionnement sous l'angle de cette discipline en particulier. Puisqu'il s'agit d'une enquête, il m'a aussi fallu réfléchir à des critères qui me permettront de recueillir des données dont, la comparaison serait susceptible de faire sens. Mon sujet, en plus des notions de relation et de culture, touche à celle de compétence. Or, cette dernière implique d'emblée un facteur temps, nécessaire à leur acquisition, sans qu'il soit pour autant suffisant. En effet, l'expérience peut tout à fait se construire de manière singulière pour chaque professionnel. De ce fait, il me semblait pertinent d'interroger des infirmier-ères ayant une expérience inférieure ou égale à deux ans d'une part et, d'autre part, des infirmier-ères ayant au moins 5 ans d'expérience.

5.1.3. Déroulement de l'enquête et critique

J'ai effectué au total cinq entretiens, deux en psychiatrie, un en endocrinologie et deux aux urgences. J'ai eu la chance de pouvoir faire tout de mes entretiens dans un cadre idéal, à l'abri des remous des services. Le téléphone a retenti une fois durant l'entretien de Mme Osmur. Elle a par la suite eu du mal à reprendre le fil de son discours sur l'impact de la culture dans le soin.

J'ai pu me rendre dans les trois types de services souhaités au départ. Une donnée s'est ajoutée, chaque service appartient à une structure différente. Pour la psychiatrie, cela était évident. J'ai cependant aussi pu me rendre dans deux structures différentes pour le service d'endocrinologie et celui des urgences. Le premier appartient à une grosse structure d'envergure départementale. Le deuxième, celui des urgences, appartient à un plus petit établissement.

J'ai réussi à interroger des IDE d'expérience différente mais je n'ai pas pu remplir entièrement mes critères initiaux, exceptés en psychiatrie où, j'ai pu m'entretenir avec un infirmier diplômé depuis moins d'un an et une infirmière avec sept ans de diplôme. En endocrino, je n'ai pu interviewer qu'une IDE car le temps manquait dans le service pour en monopoliser une deuxième. Aux urgences, c'est un service dans lequel il est difficile de prendre rendez-vous, j'ai donc dû m'adapter au personnel présent lors de ma venue, une infirmière avait dix ans de diplôme l'autre, sept ans. Je reste dans la globalité satisfaite, car l'échantillon reflète tout de même une bonne diversité à même de mettre en lumière quelques écarts et plusieurs similitudes. D'autant que, au fur et à mesure de mes entretiens, mon sujet s'est avéré assez général pour parler à tous les modes d'exercice visés.

Après avoir mené mes entretiens, je me suis aperçue qu'il y avait deux écueils possibles dans mes choix. Premièrement, parmi les services choisis deux sont consacrés à la pathologie en phase aiguë et deuxièmement, parmi les cinq infirmiers interrogés, j'en connaissais trois avec qui j'avais travaillé lors de mes anciens stages. Le premier écueil, demandait à être pris en considération dans l'analyse des réponses, l'urgence et le soin sans consentement sont des exceptions dans le droit des patients. De plus, cette diversité d'exercice a permis de constater qu'il existe tout de même beaucoup de ressemblance dans les discours, quel que soit le service dans lequel l'infirmier ou l'infirmière exerce.

Quant au deuxième écueil, connaître plusieurs des interrogés, si j'ai initialement choisi des services connus, c'est parce que j'avais pu y constater une patientèle d'une grande diversité culturelle. Je pensais de plus, que connaître les personnes en face de soi offrirait une plus grande confiance. Or, il s'avère que cela n'est pas vérifiable. Mme Ippot que je ne connaissais pas du tout, semble avoir parlé sans retenue, ou du moins, elle m'a apporté des réponses tout aussi intéressantes que les autres.

Lors de l'élaboration de mon guide d'entretien, j'ai volontairement agencé les questions dans un ordre différent de mon cadre de référence. Tout d'abord parce qu'il me semblait que la question de la culture n'avait pas attiré qu'à celle de la compétence. De plus, il me paraissait intéressant d'observer les liens qui pouvaient être fait entre les différents items sans mettre en avant mon propre raisonnement. Au terme des entretiens, je suis satisfaite de cette démarche qui a conduits les répondants à faire des liens souvent similaires et parfois, différents. Je relèverai tout de même

un défaut dans la construction de mon guide d'entretien : la question portant sur la compétence orientait directement les interrogés vers le métier IDE. Il me semble toutefois que cela n'a que peu d'impact pour le sujet traité.

Enfin, j'ai décidé de renommer les IDE que j'ai interrogé-e-s car il me semblait que cela pouvait être évocateur.

5.2. Analyse critique des entretiens

Afin de simplifier la présentation et l'analyse des entretiens, je les présenterais dans l'ordre des questions posées (Annexe I : Guide Entretien). Pour autant, je m'attacherai à pointer les liens entre les différentes notions étudiées lorsque cela semble pertinent, je reviendrais dans ma problématique sur les liens et les dissemblances évidentes afin de formuler une hypothèse de recherche.

5.2.1. Entretien avec Madame LALUT (Annexe IV)

Mme Lalut exerce en psychiatrie depuis qu'elle a été diplômée en 2017. Infirmière en service d'accueil crise depuis maintenant 3 ans, elle a pris son premier poste en UMD (Unité pour Malade Difficile) puis a travaillé 3 ½ ans en USIP (Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie). Ancienne tutrice de stage, elle n'a pris connaissance de mon sujet qu'au moment de l'entretien.

La première question posée est celle de la compétence : qu'est-ce que cela signifie être compétent en tant qu'infirmier et comment on le devient ? Mme Lalut aborde la définition de la compétence en mentionnant « *L'ensemble de l'apport théorique que tu as à l'école* » (L17-18) puis poursuit avec « *l'ensemble de ce qu'on peut t'offrir en stage* » (L18-L19), théorique comme pratique. Elle confie à la formation un rôle de préambule nécessaire au développement de la compétence aussi bien théorique que pratique. Elle admet en cela l'importance d'un processus d'apprentissage. Elle relie ensuite la compétence infirmière à la polyvalence et pointe des domaines spécifiques, ayant attiré à la pratique soignante : l'« *observation clinique et l'analyse que tu peux en faire, les traitements* » (L22-L23).

Très rapidement, Mme Lalut explique que selon elle, être infirmier signifie travailler avec l'humain ce qui suppose de « *retravailler les situations en permanence* » (L25). Pour elle, la capacité de

« *remise en question* » (L24) est attenante à celle de compétence car il s'agit de prendre en charge le « *patient dans sa globalité* » (L26). Comprendre son patient semble être un préalable au soin, être compétent ne peut se résumer à savoir ou bien faire, cela suppose aussi et constamment une réévaluation en fonction du patient.

Quant à l'acquisition de compétence, Mme Lalut évoque en premier lieu l'expérience. Si l'école nous donne des « *armes* » pour devenir soignant, « *c'est vraiment la pratique, et la remise en question, les expériences au travail qui font (...) que tu deviens (...) compétent.* » (L34-L35). Elle définit la compétence comme un processus ce pourquoi, elle « *évolue tout au long de la carrière* » (L35-L36). En cela elle indique qu'il n'y pas de point final à la compétence « *j'ai encore pleins, pleins de choses à apprendre pour devenir encore plus compétente* » (L40-L41). Être compétent semble pour Mme Lalut faire référence à des critères certains comme la clinique, la considération pour le patient, le savoir théorique. Et, en même temps, la compétence ainsi définit peut évoquer une modalité d'exercice réflexive, une façon de fonctionner qui demande une constante réactualisation.

Lorsque je la questionne plus avant sur comment on devient compétent, est-ce qu'il s'agit seulement d'un temps d'expérience, Mme Lalut confie qu'il est aussi question de « *bon vouloir* » (L45). Plus loin elle réaffirme cette position : « *je pourrais **juste** être (...) une infirmière technique, en faisant ce que (...) je veux faire et ce que je sais faire* » (L52-L53). Elle semble introduire ici une nuance dans la notion de compétence. Être à même de remplir sa fonction ne semble pas pour elle être synonyme de la remplir du mieux que l'on peut. En d'autres termes, être un très bon exécutant n'est pas synonyme d'être compétent. Il est d'ailleurs intéressant de relever que Mme Lalut assimile l'absence de « *bon vouloir* » à celui qui se limiterait « *juste* » à l'aspect technique de sa discipline. Cela nous donne une indication quant à sa représentation du soin, la technicité est essentielle, mais non suffisante pour être une infirmière ou un infirmier compétent.

Mme Lalut explique que l'infirmier, à l'instar de l'étudiant en stage, peut être acteur dans la construction de ses compétences : « *je suis dans un secteur qui me passionne donc je lis, je me documente (...) je questionne les psychiatres avec qui je travaille (...) les différents acteurs (...), l'ensemble des collègues (...) vont t'apporter un bagage supplémentaire si tu les questionne* » (L45-

L49). Pour elle, la compétence n'est donc pas figée, elle peut continuer à être développée en permanence. Mme Lalut étaye en cela son emploi de la locution « *bon vouloir* » : il y a quelque chose de singulier dans la compétence, une forme d'engagement, d'investissement personnel. Faire référence à la passion comme à une impulsion favorisant le déploiement d'effort personnel, comme motif de volonté, n'est d'ailleurs pas anodin. Il faut aussi noter qu'elle attribue un rôle majeur à la collaboration offerte par le travail d'équipe et la pluridisciplinarité dans l'élargissement du champ de compétence. Il évoque aussi la possibilité de formation que l'institution peut proposer.

La compétence semble dans le discours de Mme Lalut être un socle, une première charpente nécessaire à la pratique infirmière tout autant qu'un processus sans fin, toujours en construction : « *j'ai encore pleins, pleins de choses à apprendre pour devenir encore plus compétente* » (L40-L41). En effet, au bout de 7 ans d'expérience en services intensifs de psychiatrie, elle se sent compétente « *sur certains point* » (L37) et notamment, lors de situations de crise ou aiguës : « *je sais les gérer, (...) je sais apaiser une personne en crise, je sais ce qu'il faut faire pour le faire en tout cas* » (L38-L39). Être compétent est ici synonyme de savoir « *gérer* », de savoir « *ce qu'il faut faire* » soit, d'être à même de répondre de manière adaptée à une situation. Il faut aussi souligner que Mme Lalut cite au sujet de son domaine de compétence, des situations qui se rapportent surtout à la spécialité dans laquelle elle exerce depuis son diplôme. Cela peut conduire à s'interroger : la spécialisation est-elle un vecteur de la compétence ? Quel lien peut-on faire entre spécialité et compétence ?

Les questions suivantes portent sur la relation soignant/soigné. Mme Lalut dit de celle-ci que c'est un « *maître mot parce que c'est ce sur quoi va s'appuyer une bonne partie des soins* » (L70). Elle place ainsi la relation comme facteur voire condition du soin et l'inclut de ce fait, dans une vision du soin, « *c'est un peu (...) le job* » (L70-L71) dit-elle. Il est possible de rapprocher cette affirmation avec les propos tenus plus haut sur la compétence. Mme Lalut expliquait en effet que la compétence ne pouvait se résumer à l'aspect technique de la discipline. Plus loin dans l'entretien, lorsqu'il est question plus spécifiquement de la vision du soin, elle fait référence à « *la sensibilité* » et à « *la lecture clinique* » (L123-L124) de chacun au sein d'une équipe confirmant l'existence

d'un impact de cette vision sur la pratique soignante. A ce sujet, elle met en évidence la question du travail d'équipe qui implique nécessairement de s'adapter à l'autre.

Quant à la fonction de la relation soignant/soignée, elle explique qu'elle consiste à « *se faire un petit peu une idée (...) de la personne* » (L71-L72), elle est donc un outil de décryptage, de compréhension du patient. Il s'agit de « *créer la relation de manière adaptée (...) à ce qu'elle est, à ce qu'elle est en train de vivre aussi* » (L72-L73). La relation soignant/soignée est présentée comme un moyen permettant de s'adapter, d'ajuster sa prise en charge à la singularité de la « *personne* » et de sa situation présente. Il est important de relever que Mme Lalut, en parlant de personne, ne réduit pas ici l'individu à son statut de patient. D'ailleurs elle évoquait plus haut au sujet de la compétence, qu'il s'agit de prendre en compte « *l'humain, l'Homme que la personne est en (...) entier en plus de ses troubles et de sa pathologie* » (L27-L28).

Elle évoque ensuite « *le cadre de soins* » à la fois comme support à la relation et comme variable à adapter « *en fonction de (...) la personne* » (L77-L78). Le contexte de soin est présenté comme indissociable de la relation qui se constitue entre soignant et soigné et peut même être une ressource pour réajuster la prise en soin. L'adaptation ne semble pas pouvoir se faire sans prendre en compte le contexte pathologique dans lequel se trouve les patients. En effet, lorsque Mme Lalut aborde une « *approche* » différente, elle explique qu'il faut aussi adapter la relation en fonction de la pathologie du patient (L73-L76). Pour illustrer ses propos elle s'appuie sur un exemple vécu, celui d'une patiente psychotique « *complètement décompensée* » qui dépose un « *psycho-trauma de viol* » à plusieurs reprises (L95-L97). Dans cette situation Mme Lalut explique qu'il faut considérer les propos de la patiente sans pour autant perdre de vue la pathologie psychiatrique et ainsi, ajuster à tâtons le cadre du soin. Ici, la spécificité de la psychiatrie est toute fois à noter. Cette problématique se retrouve aussi lorsqu'elle évoque une autre situation qui l'a beaucoup questionnée (L134-L170). Parfois, il est possible d'être « *complètement perdu* », de ne pas réussir à instaurer une relation de soin et de ne plus savoir « *quoi faire* » (L173).

Mme Lalut déclare ainsi que pour elle, « *la finalité de la relation soignant/soignée c'est de créer une relation de confiance* » (L79). Bien que cela ne soit pas toujours évident dit-elle, il est « *important que le patient puisse [lui] faire confiance* » (L84). Elle aborde à nouveau la confiance

dans le cadre du refus de soin nous faisant ainsi comprendre qu'elle constitue une ressource pour le soignant, qu'elle permet une relation solide (L308) ou encore dit-elle : « *si ton patient il arrive à avoir confiance en toi et ben, tu peux ouvrir des portes après tu vois* » (L333-L334). La confiance pourrait donc servir d'appui pour le soin. Mme Lalut mentionne comment s'y prendre pour instaurer cette confiance : « *il faut aller chercher les petites accroches que tu peux avoir* » (L82-L83). Il revient ainsi au soignant de « *chercher* », ce qui signifie qu'il s'agit d'une de ses attributions quant à la construction de la relation. Plus encore, elle explique qu'il faut instaurer « *un espace de parole* », dans lequel le patient va pouvoir « *déposer* » quelque chose (L92-L93) et sur quoi, il va falloir s'appuyer pour construire la relation. Mme Lalut précise que pour instaurer une relation de confiance elle s'attelle à être fiable, à ne pas créer des attentes auxquelles elle ne pourra pas répondre : « *mon principe de base, c'est (...) que quand je dis quelque chose, je le fais* » (L86-L87).

Vient alors la question de la culture, comment la définir et en quoi elle peut impacter la prise en charge. Mme Lalut commence par définir la culture : « *c'est la constitution d'un être, donc ça veut dire que c'est toutes les petites pièces de sa vie* » (L216). En cela, elle donne d'emblée à la culture un rôle constitutif. Composite, elle contribue à façonner l'« *être* ». Elle évoque alors la religion, l'alimentation, l'origine ethnique mais aussi la famille et le « *milieu* » dans lequel un individu évolue (L217-L222). De même, elle explique que bien que l'on soit « *toutes les deux françaises de parents français* », une différence de « *région* » ou encore d'« *éducation* » peut aussi induire une différence culturelle (L230-L232). Lorsqu'elle évoque des situations pouvant remettre en cause le cadre du soin c'est toutefois sur des exemples de croyance religieuse qu'elle s'appuie : le ramadan, le Coran en chambre d'isolement (L246 ; L265).

Mme Lalut admet qu'il est important en tant que soignant de l'« *inscrire dans les prises en charge en tout cas* » (L225-L226) tout en indiquant que c'est « *difficile* » voire parfois « *hyper délicat* ». Cela implique de se renseigner sur la culture du patient en le questionnant lui ou encore sa famille (L225-L231). En effet le premier écueil serait de confondre le pathologique et le culturel selon elle, et de faire des « *conclusion[s] hâtive[s] sur des éléments qui pourraient nous paraître étranges* » (L228-L229). Prendre en compte la culture et même essentiel cliniquement (L236). En effet,

« quand t'as un patient qui vient d'Afrique noire pour qui euh, les esprits c'est juste une réalité dans sa culture » (L371-L372). Ainsi, s'il n'est pas question de nier ses croyances, il est tout de même important d'être capable de cerner s'il y'a quelque chose de pathologique : croît-il aux esprits ou, les voit-il concrètement ? De même, si les membres de sa famille pensent « *qu'il est complètement ensorcelé* » (L376) et qu'ils s'opposent alors aux soins, parce que pour eux il n'est pas fou, nécessairement cela va impacter la prise en soin.

Mme Lalut parle d'un point de vue psychiatrique (L266) lorsqu'elle évoque la nécessité de distinguer ce qui peut appartenir à la culture et ce qui relève du délire ou de la pathologie. Cependant, ses considérations ne semblent pas s'y restreindre : « *faut pas le nier en fait tu vois, même s'il y a un cadre de soin* » (L242).

Le soin suppose de la contrainte, c'est un « *cadre* » dit-elle, mais il ne doit pas pour autant « *nier* » ce qui constitue l'individu, il « *faut essayer de trouver des stratagèmes et des arrangements* » (L243-L244). Par exemple en période de ramadan, les horaires de prise de traitement peuvent être décalées ou un Coran peut être toléré en chambre d'isolement si cela ne remet pas en cause la prise en soin. Pour Mme Lalut, l'état de santé du patient semble tout de même rester au premier plan, ce qui n'empêche pas les ajustements mais suppose tout de même une surveillance accrue et un engagement des professionnels : « *l'idée c'est d'aller creuser* » (L277) ; « *surveiller qu'elle en est (...) l'utilisation est-ce qu'elle est pathologique ou non ?* » (L279-L280).

Mme Lalut a effectué une formation en ethnopsychiatrie, ce qui lui a donné des notions de transculturalité (L292). Elle n'a cependant jamais entendu parler de compétence culturelle. Durant sa formation, il lui a notamment été conseillé de questionner le patient sur ses habitudes, sa culture. En outre, Mme Lalut suggère que l'expérience et la connaissance des cultures peuvent être des avantages en ethnopsychiatrie : « *Après il faudrait je pense des années pour être formée à ça, parce qu'il y a tellement de cultures différentes* » (L417).

Dans l'entretien vient ensuite la question du refus de soin et des ressources sur lesquelles les soignants peuvent s'appuyer dans ces cas-là. Cette question fait rire Mme Lalut. En effet, elle travaille dans une unité de soin sans consentement dans laquelle le refus de soin est quotidien. De plus, ce type d'unité fait office d'exception quant aux droits des patients et constitue donc, une

forme de spécialisation. Il est toutefois intéressant qu'elle fasse référence à l'« *envie de se soigner* » (L305-L306) qui peut en effet constituer un facteur majeur de refus de soin, notamment lorsqu'il y a un trouble psychiatrique décompensé.

Mme Lalut semble aussi expliquer qu'un refus de soin peut avoir un impact sur la relation soignant/soigné : « *tu pars pas pareil au niveau de la relation soignant/soigné* » (L312). Cela n'est pas étonnant puisqu'elle place la confiance au centre cette relation. Il faut noter que si elle parle ici d'un soin sous contrainte, il est tout à fait possible de transposer cette logique dans d'autres situation voire, d'imaginer que la contrainte n'est pas réservée aux unités dans lesquelles elle est légales.

Elle expose tout de suite comment s'y prendre : « *tu t'adaptes voilà, capacité d'adaptation number one, tu essaies de créer une relation soignant/soignée solide, avec un lien de confiance* » (L307-L308). C'est très clair pour elle, il faut s'adapter et il faut instaurer de la confiance comme vu plus haut. Fait intéressant, elle fait référence à la notion de capacité, pas si éloignée de celle de compétence. Elle mentionne aussi que cela peut prendre du temps : « *parfois ça prend des années* » (L336), malgré la nécessité de l'agir que peut supposer un refus de soin (L309). Elle parle en fait ici de la dangerosité du refus pour le soigné mais aussi des risques pour le soignant.

Elle explique ensuite : « *faut avoir beaucoup de stratégies de négociation, de pacification... faut essayer de comprendre pourquoi il y a un refus de soin aussi tu vois c'est hyper important !* » (L313-L315). Mme Lalut parle de « *négociation* » au même titre que de « *pacification* », ce qui décale quelque peu le discours du marchandage vers une tentative de mise en accord, d'harmonisation. Puis elle pointe l'importance de « *comprendre pourquoi* », il y'a donc une responsabilité soignante derrière le refus de soin, celle d'« *aller creuser un petit peu* » (L316). Un refus ne se résume donc pas à l'envie d'être soigné, ou du moins si c'est ce qui transparaît au premier plan, le soignant doit s'interroger sur ce manque d'envie car « *les raisons elles peuvent être diverses et variées* » (L315).

Par la suite, Mme Lalut évoque des situations de soin, certes liées à la psychiatrie mais qui n'en révèle pas moins son vécu du refus de soin et ses ressources dans de tels cas. Elle explique ainsi qu'elle s'attèle à entretenir une communication avec son patient : « *pourquoi tu dis que tu es pas*

malade ? Pourquoi tu es venu ici ? Essaye de m'expliquer » (L317-L318). Pour autant elle ne perd pas de vue l'implication clinique qui se joue : « Est-ce qu'il y a de la persécution, est-ce que le gars il est en manie en fait il adore son état, donc il a pas du tout envie de s'en détacher » (L318-L319). Il est très intéressant de voir la polyvalence que Mme Lalut s'impose au niveau du refus de soin, il s'agit à la fois de comprendre le patient, tenter de le ramener vers les soins tout en gardant un œil clinique. Plus encore, il faut expliquer au patient en quoi consiste nos soins et qu'il n'est pas question de remettre en cause leur individualité : « notre job, c'est pas de d'abraser complètement les sentiments qu'ils les font vivre et qui, qui les remplissent ».

5.2.2. Entretien avec M. LENAP (Annexe V)

Au moment de l'entretien, M. Lenap est infirmier depuis 7mois et exerce en unité d'accueil crise fermé depuis sa diplomation. Il possède une expérience en tant qu'aide-soignant en EHPAD et en secteur psychiatrique.

Pour aborder la thématique de la compétence M. Lenap se réfère tout d'abord au référentiel d'activité infirmier en mentionnant l'existence de plusieurs thèmes (L22-L24). Il poursuit en disant : « *c'est quelque chose qui (...) est propre du coup au métier et (...) qu'il est possible d'être développé, d'être d'expertisé* » (L25-L26). Il pointe ici le caractère propre de la compétence, c'est-à-dire son affiliation à une discipline, à « *un métier* ». En d'autres termes, la compétence n'existe pas seule. Par ailleurs, M. Lenap relève sa nature évolutive, une compétence n'est pas figée, elle se construit. Il termine en évoquant ce qui peut s'apparenter à une des finalités de la compétence IDE : « *un soin à proprement parler* » (L27), être compétent signifierait encore une fois être à *même de*.

Vient ensuite la question du comment. M. Lenap déclare tout de suite que c'est « *en liant la pratique et la théorie* » (L33) que l'on devient compétent. Il fait ici référence plus spécifiquement à la compétence infirmière. Celle-ci demanderait d'allier « *la théorie* » soit le savoir ou la connaissance et, « *la pratique* », soit l'expérience de terrain. L'un et l'autre ne seraient pas suffisants seuls. Il précise ensuite que le versant théorique est indispensable, ce qui rappelle la notion de base, de socle élémentaire préalable à la compétence. Quant à la pratique, il est intéressant de noter qu'il mentionne en premier son aspect relationnel (L36). Puis il évoque le caractère

expérimental propre à au terrain : « *des fois on fait pas parfaitement* » (37). La pratique suppose de se confronter à diverses situations, souvent encore inédites lorsqu'on est novice, ce qui suppose de ne pas toujours disposer des clés pour y répondre.

Quant à son sentiment de compétence, M. Lenap au lieu de répondre oui ou non, nous renvoie à ses propres critères d'évaluation : « *je peux partir de ce principe que je suis compétent dans mon travail, si le patient me renvoie quelque chose de positif* » (L44-L45). Cela manifeste une conception du soin plutôt centrée sur le patient tout en admettant la nature relative de la compétence à une situation donnée. De même, il se rapporte au jugement de ses pairs et de ses collègues pour estimer ses aptitudes : « *savoir ce qu'on vaut aussi réellement par le biais du regard des autres* » (L52-L53). Cela dénote certainement un besoin de reconnaissance, justifié notamment par la courte expérience de M. Lenap en tant qu'IDE. Cependant, il est aussi possible de voir dans ses propos une conception protéiforme ou contingente de la compétence. Loin d'être absolue, la notion de compétence dépend de plusieurs facteurs et, en premier lieu, du facteur humain. Ainsi, s'il est toujours possible de s'améliorer, c'est en s'appuyant sur le jugement des autres, sur l'évaluation de sa pratique dans telle ou telle situation.

Le jeune infirmier semble moins à l'aise que sa collègue sur cette question de la compétence, « *c'est compliqué* » dit-il (L28). Cependant il évoque aussi l'importance du questionnement et de la remise en cause : « *le plus important* » dit-il « *c'est de savoir toujours se questionner, toujours savoir remettre en question ses compétences, sa valeur, de manière à pouvoir toujours se rectifier, toujours progresser* » (L37-L40). Il faut retravailler les situations, savoir bousculer ses convictions afin de réajuster sa pratique, de s'améliorer. L'emploi du terme « *toujours* » suppose qu'il n'y a pas de fin à la compétence. Il évoque aussi la possibilité de se former pour continuer à enrichir son savoir et sa pratique (L50). M. Lenap donne de ce fait un rôle central à l'expérience pour développer son savoir-faire comme son savoir-être. « *Ça passe par une expérience de soins, une expérience de faire, qui nous amène à quelque chose où on peut améliorer notre soin, quand on sait faire, on peut encore mieux faire* » (L82-L84).

Vient ensuite la question sur la relation soignant/soigné, sa signification et son rôle dans la personnalisation des soins. M. Lenap affirme d'emblée que pour lui « *c'est quelque chose qui est*

fondamental » (L57-L58), « *le relationnel et la relation soignant/soigné (...) même si on se retrouve en dehors de, de la psychiatrie c'est hyper, hyper important* » (L190-L191). Il ne fait ainsi pas de doute que pour lui, le relationnel tient une place centrale au sein du rôle infirmier, quel que soit la modalité d'exercice, « *c'est la clé de tout* » (L70) déclare-t-il. Il justifie son discours en avançant deux arguments complémentaires. Tout d'abord, ne pas connaître le patient, « *c'est toujours très compliqué* » (L60). Instaurer une relation permet de simplifier la prise en soin. Grâce à l'échange, au contact humain « *le soin bizarrement est beaucoup plus facile* » (L64). D'autre part, M. Lenap explique aussi qu'avoir acquis un minimum d'aisance dans la pratique, favorise le développement d'une dimension relationnelle dans le soin : « *on va se focaliser beh déjà sur la théorie, sur... le bien faire, et on en oublie le relationnel, parce que beh on est novice* » (L60-L61). M. Lenap fait ici référence à son vécu d'étudiant et de jeune infirmier. Le métier d'infirmier implique en effet, une maîtrise du geste, des connaissances cliniques et un sens aiguisé de l'observation qui peuvent monopoliser toute l'attention des débutants en raison des responsabilités qui en découlent. Ainsi, le manque d'expérience peut conduire l'infirmier novice à se concentrer essentiellement sur l'acte, l'objet du soin, en oubliant quelque peu le patient, sujet du soin. Le relationnel serait donc tout à la fois une compétence qui s'acquiert d'autant mieux que l'on se sent à l'aise dans sa pratique qu'une condition pour le bon déroulement du soin : « *se sentir à l'aise lors du soin euh... ça passe aussi par la relation soignant/soigné* » (L66). Il est intéressant de souligner le parallèle fait ici entre relationnel et compétence.

Le relationnel est aussi pour M. Lenap ce qui rend le soin plus soignant : « *sans relation y a pas de soin* » (L70-L71). Il évoque ici la situation de vulnérabilité du soigné : « *le patient en fait, il est livré à lui-même* » (L71). La relation pourrait donc se présenter comme un moyen de pallier l'asymétrie du rapport entre soignant et soigné. Sans relation, l'infirmier risque de rater l'occasion de créer un lien avec le patient et de passer à côté de sa singularité. Connaître son patient, permet d'instaurer un climat de confiance et de l'aider à se sentir mieux notamment lors de soins invasifs ou désagréables (L67). « *On peut créer du lien et, échanger avec le patient, sur des sujets complètement... différents* » (L80-L81). Grâce à la relation, il est possible de réintroduire l'humain au sein du soin, de démontrer sa considération pour l'individu soigné.

À la fin de l'entretien, M. Lenap revient sur la relation soignant/soigné en évoquant notamment le cas des unités de réanimation. Dans celles-ci, le patient est endormi, « *y'a plus de communication* » (L193). Pourtant, il est demandé au personnel soignant de maintenir un contact et d'informer les patients au même titre que lorsqu'ils sont réveillés, « *ça montre bien l'importance du, du relationnel* » (L194). Il n'est en effet pas toujours possible de savoir si les patients entendent, s'ils ressentent ou ont conscience de ce qui se passe, pourtant, il faut maintenir le lien : « *on fait ça pour que la personne ait des souvenirs, que ça marque* » (L195-L196). M. Lenap ne borne ainsi pas la relation à la communication, à l'échange verbal.

Enfin, pour M. Lenap, une aptitude relationnelle semble aussi nécessaire pour travailler en équipe car, « *on ne peut pas être tout le temps, tout le temps, tout le temps d'accord avec ses collègues* » (L91-L92). Dans son discours, il reconnaît qu'il n'y a pas une vision unanime du soin et, en même temps, que celle-ci détermine la manière de s'y prendre avec le patient. Travailler en équipe suppose donc de fait, des différences d'analyse et de stratégie. Il paraît alors nécessaire de s'accorder pour offrir une prise en soin unifiée : « *même si (...) on n'est pas totalement d'accord, c'est en tout cas d'aller dans ce sens-là* » (L98-L99). Il faut ainsi entretenir un bon contact avec ses collègues, savoir échanger, se remettre en cause comme défendre son point de vue pour avancer ensemble dans l'intérêt des patients. C'est important « *de questionner d'échanger et de comprendre en fait pourquoi cette personne a fait ça, et peut-être qu'elle peut nous faire changer d'avis (...) nous (...) donner des arguments (...) qui sont valables à entendre et, finalement changer notre vision* » (L99-L102). M. Lenap suggère qu'il n'y a pas une unique façon de faire qui soit valable. Bien au contraire, tout soignant est amené à faire évoluer sa vision du soin, que ce soit en fonction de ce que le patient lui renvoie, en fonction de son expérience du soin (comme vu plus haut) ou, en échangeant avec ses pairs. Finalement, pour M. Lenap, la relation semble être tout autant un outil indispensable au soin, qu'un potentiel infini de réajustement même lorsqu'il est question du rôle prescrit.

L'entretien en arrive alors à la notion de culture. M. Lenap fait d'emblée référence à la religion : « *Il y a une grosse partie de la culture qui est en lien avec les religions* » (L114-L115). La religion est une des faces les plus visibles de la culture pourtant, elle appartient à l'intimité et à l'identité

de chacun. Ainsi, la nature même de la religion permet aisément de comprendre pourquoi M. Lenap y fait allusion en premier. Néanmoins, il élargie par la suite la notion en l’associant aux « *habitudes de vie (...) [aux] façons (...) de manger de, de vivre, de la personne* » (L115-L116). Il admet par là un rôle constitutif à la culture, elle façonne l’individu et influence son mode de vie. Ainsi, s’atteler à penser la culture du patient « *ça fait partie de, d'un soin à proprement parler* » (L155).

Quant à l’attitude soignante, M. Lenap prône l’adaptation : « *il faut qu'on essaye, un maximum de (...) rentrer en adéquation avec la culture de la personne.* » (L120-L121). La culture du patient doit être prise en compte même si, ce n’est pas toujours évident : « *on n'est pas tout le temps adaptés* » (L118), « *on est dans une institution (...) faut faire au mieux pour, pour pouvoir accepter les cultures de chacun* » (L142-L143). En effet, être hospitalisé signifie intégrer une structure qui possède son propre mode de fonctionnement. Il y a des horaires, un règlement, des protocoles qui garantissent à la fois le bon déroulement des soins et le respect de la vie en collectivité. Cependant, des ajustements sont possibles dès lors qu’ils ne portent atteinte à aucun personnel ou usager : « *tu fais ta prière, et tu viendras après* » (L141). Certaines situations sont parfois « *plus compliqué[es]* » (L143) explique M. Lenap. En effet, il faut évaluer « *l'état du patient* » (L144) et sa compatibilité avec les pratiques culturelles demandées. Comme sa collègue, il évoque la flexibilité de « *beaucoup de religions* » (L145) lorsque la maladie entre en jeu, la santé doit primer « *on est là pour se soigner d'abord soi* » (L148).

Pour M. Lenap, la culture impacte donc nécessairement la prise en charge : « *on est obligé de faire en sorte de respecter* » (L139). Plus encore, elle participe au relationnel puisqu’elle fait partie intégrante de l’identité du patient. Il est nécessaire de s’y intéresser pour connaître son patient : « *connaître la culture du patient, c'est aussi créer le relationnel* » (L150). Il la présente même comme une ressource possible pour ceux qui « *sont plus en difficulté* » (L153) avec le relationnel. Connaître et tenter de comprendre la culture de l’autre favorise les échanges et permet de tisser des liens. M. Lenap revient dessus à la fin de l’entretien, « *un bon relationnel c'est connaître la personne, connaître la personne c'est aussi, connaître sa culture et connaître (...) sa vie, connaître ses habitudes de vie* » (L203-L204), relationnel et culture ne sont pas dissociables. Apprendre à décrypter et à comprendre son patient fait même partie de l’apprentissage infirmier : « *on nous le*

réapprend souvent à l'école, en demandant les démarches » (L204-L205). Le culturel participe à la clinique enseignée dans la démarche infirmière et ne semble pas en cela non plus dissociable de la compétence pour M. Lenap.

Un peu plus loin, pour illustrer son propos, il s'appuie sur une situation vécue avec un patient schizophrène : « *Lui ce qu'il voulait c'est être SDF* » (L125). En y incluant les choix de vie, le sentiment d'appartenance, il prête à la culture un rôle aussi bien constituant que constitutif. En effet, être sans domicile fixe ne s'apparente pas à une tradition, à quelque chose qui se transmet de génération en génération. Pourtant, être SDF suppose tout de même des codes et contribue à façonner l'identité de l'individu. M. Lenap reconnaît en cela un caractère culturel au sentiment d'appartenance, au système de valeur partagé par un groupe social déterminé.

Cette situation est particulièrement intéressante, il explique en effet comment, son équipe a fini par s'adapter aux volontés du patient car, c'est ainsi qu'il souhaitait vivre : « *On a... absolument toujours voulu le mettre dans une structure (...) même avec un appartement, il retournait dans la rue.* » (L126-L128). Étant donné le contexte pathologique, il est compréhensible de chercher à réinsérer socialement le patient. Toutefois, dans ce cas-là, la volonté de vivre à la rue semble dépasser le trouble social et le contexte de crise. C'est peut-être aussi, le signe d'une identité construite en négatif dans une société vécue comme excluante. « *Au bout d'un moment (...) on le laissait sortir avec, ces traitements sur lui, on faisait tout en lien pour qu'il puisse culturellement lui, se sentir bien, c'était être dans la rue.* » (L128-L130). M. Lenap met en avant le vécu singulier du patient, ce qui importait pour lui et non ce que la norme dicte. Pour autant, ils ont veillé à maintenir un lien thérapeutique en surveillant son état de santé général. Finalement dit-il : « *on s'était adapté à sa façon de voir sa vie, et finalement tout se passait bien* » (L133-L134). Dans cette situation, les soignants semblent avoir analysé l'ensemble du contexte, la maladie chronique, la personnalité du patient, ses capacités à se maintenir en santé. La volonté du patient ne le mettait pas en danger et n'allait pas à l'encontre de la mission de soin, ils se sont donc adaptés au mieux.

Enfin, M. Lenap n'a pas, lui non plus, entendu parler du concept de compétence culturelle et il n'a pas croisé celui de transculturalité. Néanmoins, ça ne le « *choque pas* » (L159) dit-il. Il parle même de ce que lui évoque ces notions : « *ça peut être très intéressant que quelqu'un ait des capacités*

diverses, et variées et des et des connaissances sur les différentes cultures » (L162-L164). M. Lenap assimile ici la notion de compétence culturelle à une forme de spécialisation. Tel un infirmier disposant d'un diplôme universitaire en pansement ou en soins d'urgence, il semble comprendre la compétence culturelle comme une qualification supplémentaire qui nécessite une formation spécifique.

Vient alors la question portant sur le refus de soin. M. Lenap est infirmier en psychiatrie, dans un secteur fermé où le soin sans consentement est la norme. Il admet ainsi tout de suite qu'il « *est quand même bien présent* » (L169). En premier lieu, il l'explique par l'absence d'adhésion aux soins : « *on est sur des patients qui ne veulent pas être soignés* » (L171). Toutes les pathologies ont un impact sur la psyché des patients. Cependant, il est vrai qu'en psychiatrie, elles peuvent influencer encore plus directement la faculté de jugement des patients « *souvent la pathologie rentre en jeu* » (L182). C'est d'ailleurs pour cela que c'est le seul secteur où, il existe des mesures de soins sous contrainte. M. Lenap relie d'ailleurs le rejet de prise en soin, à l'état de crise dans lequel se trouve le patient à son arrivée : « *obligatoirement souvent on est lié au refus, dans les premiers temps, après les traitements font leur effet* » (L171-L171). Une fois la phase aiguë traitée, le patient est plus accessible sans pour autant que cela aboutisse à une adhésion totale aux soins. M. Lenap ne réfléchit pas séparément les notions de refus et de contrainte. Ainsi, il associe *ipso facto* refus de soin et droits des patients. Il déclare d'ailleurs ne pas avoir vécu de tel refus en dehors de la psychiatrie (L176). Il spécifie cependant, l'existence d'un rôle prescrit auquel il pourrait se plier malgré son désaccord.

M. Lenap poursuit son raisonnement en pointant le caractère conjoncturel du refus de soin : « *j'ai déjà vécu des refus de soins aussi pour des raisons qui s'entendent* » (L177). Un refus de soin survient toujours dans un contexte donné. En faisant référence aux « *raisons* » qui peuvent engendrer un refus de soin M. Lenap admet en réalité qu'il les questionne. Il reconnaît d'ailleurs, pouvoir aussi les comprendre : « *un patient qui refuse de faire la piqûre le matin parce que ça sédate, il préfère la faire à 18h00. Ben oui ça s'entend* » (L177-L178). Ces propos font échos à ceux qu'il tenait au sujet de la compétence : il faut tenir compte de ce que renvoient les patients. Cependant, le sujet reste selon lui « *assez compliqué* » (L183) parce qu'il n'est pas toujours

possible de comprendre les motifs d'un refus et parce qu'il y a toujours un contexte pathologique qui suppose des conséquences. L'IDE a des responsabilités vis-à-vis de l'état de santé de ses patients ce pourquoi, il « *rentre dans une négociation* » (L183), « *c'est fondamental pour que le patient aille mieux* » (L185). M. Lenap suggère ici que le refus de soin peut parfois entrer en contradiction avec la mission du soignant ou du moins, avec la conception qu'il en a : aider le patient à se rétablir. La priorité resterait donc cette mission quitte, parfois, à être « *à la limite souvent, peut-être, c'est un peu du chantage* » (L183-L184). M. Lenap ici met en mot toute la complexité du refus de soin, parfois les soignant agissent contre la volonté du patient, c'est pour son bien mais, comment identifier la limite entre le prendre soin, le non bien traitant voire le maltraitant ?

5.2.3. Entretien avec Mme IPPOT (Annexe VI)

Mme Ippot est infirmière depuis 2020 et travaille en service d'endocrinologie depuis un peu plus d'un an. Elle possède aussi une expérience en service de médecine interne spécialisé dans les maladies dysimmunitaires.

Au sujet de la compétence Mme Ippot mentionne d'abord la nécessité d'être « *accrédité* » (L17). Pour exercer en tant qu'infirmier il faut en effet obtenir un diplôme d'État, c'est une obligation légale. La compétence doit donc être reconnue et validée. Pour autant le diplôme, s'il valide une compétence légale, en quelque sorte le droit d'exercer, il ne garantit pas d'être entièrement compétent : « *on est compétent, mais en fait, on se rend compte que c'est répondre aux attentes des uns et des autres, du patient, des médecins, de, de l'équipe* » (L48-L49).

Mme Ippot définit ensuite la compétence ainsi : « *... c'est être à même de faire son travail* ». Pour Mme Ippot il y a une notion de capacité dans la compétence. Cela suppose à la fois d'être à même de repérer les problèmes des patients soit, « *établir un diagnostic infirmier au lit du malade* » (L20) et de réagir de manière adaptée, « *réaliser les soins* » (L20-L21). Elle distingue ensuite rôle propre et rôle prescrit et, délimite ainsi, le domaine de compétence infirmier. Elle évoque pour le rôle propre « *les problèmes de santé et risques, c'est souvent en lien avec une perte d'autonomie.* » (L22-L23) ainsi que les 14 besoins de Virginia Anderson ou encore la pyramide de Maslow. Quant au rôle prescrit, elle mentionne la collaboration avec le corps médical et les responsabilités IDE

dans celle-ci : « *pouvoir faire les surveillances afin d'alerter le médecin sur certaines choses : dégradation de problèmes de santé, risque, tout ça* » (L28-L29).

L'infirmier a donc une responsabilité clinique au lit du malade, qu'il s'agisse du rôle propre ou prescrit : « *ça passe par la connaissance du patient* » (L40). Pour devenir compétent selon Mme Ippot, « *c'est du temps, clairement !* » (L34) car si apprendre à cerner son patient est fondamental, « *quand on arrive dans un service c'est plus compliqué* » (L43). Avec le temps, l'infirmier acquiert de l'expérience et développe ainsi « *une certaine expertise de la pathologie qui fait qu'on est plus fins, plus adaptés* » (L44-L45). Mme Ippot suggère en cela, que la compétence renforce la personnalisation des soins. Elle la présente aussi comme dynamique, elle suggère une volonté constante de s'améliorer.

La formation infirmière fournit un diplôme obligatoire et une « *base* » (L34) mais, il y a une capacité d'adaptation à acquérir pour se sentir à l'aise. Elle met en avant l'ensemble du microcosme dans lequel l'infirmière s'insère, les « *services, (...) l'équipe, (...) l'organisation* » (L35-L36) auquel il faut aussi s'adapter. Plus encore, il l'infirmier doit prendre en compte le « *contexte* » (L38) sans lequel il est plus facile de savoir « *quoi faire* » (L37). Comme l'avait évoqué M. Lenap plus haut, Mme Ippot affirme qu'il est toujours plus simple d'agir seul face au patient, lorsque le reste de l'équipe et de leur vision du soin ne rentre pas en confrontation avec la nôtre.

Nous abordons ensuite la relation soignant/soigné. Mme Ippot a elle aussi traité ce sujet dans son travail de fin d'étude quatre ans auparavant. Pour elle, s'il y a « *relation* » dès lors qu'il y a contact avec le patient « *ça fait pas la relation soigné, soignant pour autant* » (L56-L57). D'un côté, dès lors qu'il y a rencontre, il y a relation. D'un autre côté, cette prise de contact ne suffit pas élaborer une réelle relation soignant/soigné. Il y a quelque chose de plus à développer que le seul rapport bilatéral entre individu, la seule interaction. Pour autant, si le contact implique une relation, il implique aussi une forme de responsabilité soignante. C'est « *parce qu'on est dans un contexte de soins* » (L59-L60) qu'il y'a tout de suite relation, même si cela n'est pas suffisant. Cela suppose que le contexte du soin ajoute une dimension à la relation humaine.

Ainsi, Mme Ippot mentionne, comme les deux premiers interviewés, l'importance d'« *une certaine confiance* » (L58) au sein de cette relation afin de favoriser une « *certaine alliance* »

thérapeutique » (L58). Le cœur de la relation reposerait donc sur la fiabilité de l'une et l'autre des parties de la relation de soin et cela parce qu'elle permettrait de faciliter la prise en soin. Ainsi la relation soignant/soigné « *se construit au petit à petit, avec la connaissance de l'un et de l'autre* » (L61). Avoir quelque chose à construire suppose qu'il y a quelque part un investissement, un effort mis en œuvre, de part et d'autre, dans la relation.

Mme Ippot affirme en effet qu'il y a « *un préalable à la relation qui est nécessaire* » (L71-L72). Elle semble d'ailleurs identifier préalable à la relation et préalable aux soins. Pour mettre en place une relation il faut passer par « *la communication, euh...non verbale et verbale* » nous dit-elle (L67-L68). La communication est la base de toute relation, elle permet l'échange, la possibilité de se comprendre, elle est une marque de réciprocité. Si le contexte de soin implique quelque chose de plus, il n'élimine pas les béabas de la relation humaine : « *on a tendance à l'oublier quand il y a un patient dans le lit, nous on sait pourquoi il est là, lui, il sait pourquoi on est là, donc on part du principe que le préalable il a été fait. Pas du tout !* » (L72-L74). Bien que le soin suppose des attentes chez le soigné comme chez le soignant, cela ne signifie pas pour autant qu'il faille se passer des présentations et des marques de respects usuels, car il ne « *nous connaît pas, il sait pas qui c'est derrière le masque (...) il sait même pas si on est infirmière, aide-soignante (...) ou médecin ou quoi qu'est-ce* » (L74-L76). Ce pourquoi d'ailleurs « *l'accueil déjà, c'est hyper important !* » (L68). En d'autres termes, Mme Ippot explique que les codes, les habitudes admises par le cadre du soin ne dispensent pas de créer un lien d'individu à individu.

C'est en s'intéressant à l'autre, au soigné, que l'infirmière va pouvoir adapter ses soins : « *Comme on sait pas qui c'est qui est en face de nous, et beh demander : qui êtes-vous ?* » (L80-L81). Interroger le patient va permettre d'introduire la relation tout en offrant la possibilité de mieux le comprendre et d'adapter sa prise en charge. Mme Ippot donne comme exemple la prise de sang bien que « *c'est pareil un peu pour tout* » (L87). Avant d'effectuer le soin, il est important de connaître l'appréhension du patient vis-à-vis des piqûres quitte à lui demander : « *est-ce que vous êtes quelqu'un qui est phobique* » (L82). Il est clair que pour elle il revient au soignant de s'adapter : « *ben forcément je vais adapter* » (L85-L86) ; « *je vais pas lui prendre le bras comme je prendrai à l'autre qui me dit, allez-y moi il y a pas de souci* » (L86-L87). Mme Ippot présente bien la relation

soignant/soignée comme un moyen de personnaliser les soins : « *se poser des questions sur les conditions du soin* » (L89). Le souci pour l'autre offre de meilleures conditions de soin or cela implique de se poser des questions.

Quand je lui demande si elle a déjà vécu des situations qui vont à l'encontre de sa vision du soin Mme Ippot répond sans hésiter : « *Ah oui ! Et ça, quotidiennement* » (L93) en esquissant un sourire. Elle revient alors sur le travail d'équipe et fait ainsi écho à la compétence, ce qui rappelle de nouveau le discours de M. Lenap. Loin de dénigrer l'aspect multi et pluri disciplinaire du travail infirmier elle explique tout de même que c'est un versant primordial du soin qu'il n'est pas possible de négliger : « *en face bah, on a des collègues bah, c'est pas de cette manière-là qu'elles font, et elles vont nous expliquer qu'elles, elles ont d'autres raisons de faire d'une autre manière* » (L105-L107). Cette similarité avec M. Lenap est importante à noter étant donné qu'il s'agit des deux infirmiers interrogés qui ont le moins d'expérience. Il semble ressortir un vécu de la confrontation aux pairs, aux collègues, au monde soignant qui peut aboutir à une mise en tension plus intense de ce que signifie soigner : « *quand on est tout seul face aux patients c'est, c'est beaucoup plus simple* » (L108). Être débutant semble en cela rentrer en jeu dans la capacité à établir une relation soignante satisfaisante.

Mme Ippot explique à nouveau qu'il y a « *plein de choses qu'interagissent avec un soin* » (L98), elle bafouille même un peu en stipulant que le soin imaginé n'est pas nécessairement celui qui se produit : « *ça ne se passe pas comme ça* » (L97). Elle évoque les nombreux facteurs qui entrent en jeu, le « *protocole* » (L100), le « *médecin* » (L99), « *un secteur qui est absolument chaotique* » (L102) et explique que cela peut la conduire à ne « *pas à être pareil dans la chambre présente à 100%* » (L102-L103). Mme Ippot confronte ici selon moi, sa vision théorique du soin et son application pratique : « *en théorie, moi mon soin, je voudrais qu'il soit fait comme ça, comme ça* » (L98-L99) mais « *il y a plein de choses qu'interagissent avec un soin* » (L97-L98). Elle rejoint en cela l'idée qu'il est essentiel de bien comprendre une situation pour y déployer l'ensemble de son potentiel et donc, que la relation sincère avec le soigné est plus évidente dès lors que l'on est à l'aise : « *on a un rôle prescrit aussi où on comprend pas toujours ce qu'on fait* » (L109-L110).

Afin d'illustrer ses propos, elle évoque une situation vécue avec une patiente atteinte de « *gros troubles cognitifs* » (L112) qui continue à la questionner : « *j'ai pas encore la réponse et je l'aurai jamais* » (L128). Il s'agit d'un récit qui fait aussi entrer en jeu la notion de refus de soin. Cependant, quelques éléments semblent révélateurs de sa conception de la relation soignant/soigné en commençant par l'avoue de son questionnement. La patiente atteinte de microangiopathie risque de perdre son œil et malheureusement l'absence de confiance empêche toute possibilité d'obtenir un consentement (d'où le rapport au refus de soin). Cette absence met directement en jeu sa santé à court termes seulement, « *quand on est dans une chambre où on sait pas pourquoi on est là, on sait pas qui vient en blouse blanche* » (L116-L117) il est difficile de donner son accord. Au-delà des troubles cognitifs Mme Ippot pointe ici l'importance de se comprendre, d'être capable de communiquer, d'échanger. Malheureusement, la relation aussi essentielle soit-elle peut aussi avoir ses limites et lorsque ça arrive et bien, chez Mme Ippot en tout cas, cela semble pouvoir laisser des marques.

Dans cette situation, elle fait finalement référence à la vulnérabilité du soigné : « *on a beau lui expliquer, à un moment donné c'est...c'est qu'elle écoute ses émotions* » (L118-L119). Parfois, l'effort entrepris ne suffit pas et si l'alliance thérapeutique recherchée n'aboutit c'est peut être aussi parce qu'on a pas compris ce que le ou la patiente est en train de vivre. Elle invoque en effet un peu pus avant la conviction du soignant : « *nous on a les arguments scientifiques parce qu'on veut les faire de cette manière-là et, on sait que c'est la bonne manière* » (L104-L105). Si cette conviction est mise à l'épreuve aussi bien par un patient incompris qu'un collègue en désaccord, il est tout de même question d'y songer et de ne pas l'oublier.

Vient alors la thématique de la culture et de son impact dans le soin. Mme Ippot la rapporte tout de suite aux « *codes tacites* » (L132) tout en stipulant que pour elle c'est « *difficiles des fois de, de, de les définir* » (L132-L133). Cette question, et cela se confirmera par la suite, n'est manifestement pas évidente pour les interrogés d'abord parce qu'ils l'expriment et aussi, parce qu'une hésitation est chaque fois perceptible. Mme Ippot cependant réaffirme sa position : « *c'est les codes tacites (...) dans lesquels on baigne, depuis qu'on est petit* » (L133-L134). Elle pointe ainsi directement le caractère constitutif de la culture « *on nous apprend certaines choses, qu'on arrive même plus à*

conscientiser » (L134-L135). Le culturel fait partie de l'individu, de son apprentissage de ce fait, il s'agit de normes intériorisées, sur lesquelles il n'a pas forcément de recul. Cela implique que la culture impose une forme de normalité, des attentes en termes de comportement et de réponse : *« Ce bain de culture dans laquelle on est, et dans lequel on nage, et ben ça fait que on va attendre certaines choses, on va, on va dire (...) cette situation elle est pas normale »* (L144-L146). La culture est présentée comme un point de référence inévitable, car c'est par elle que l'individu apprend à agir, à se comporter et aussi à interpréter le signaux envoyer par l'autre.

De fait cela suppose une certaine forme de relativité de la culture notamment, en fonction de l'origine ethnique : *« c'est des codes que, si on change complètement de pays et, qu'on va à l'autre bout du globe ils ont ? Peut-être pas »* (L136-L138). Le problème surviendrait dès lors que *« quand on se confronte à des gens qui ont des cultures différentes »* (L146-L147). Si les codes ne sont pas communs, c'est la possibilité de communication elle-même qui est mise en jeu : *« du coup dès lors que nous, on considère que ces codes ils sont acquis pour tout le monde, ça peut générer de l'incompréhension »* (L138-L139). La culture vient donc précisément interférer avec le premier contact auquel Mme Ippot fait référence dans sa définition de la relation : *« Si je vais à l'autre bout de la terre et que je donne quelque chose on me dit pas merci et que je me vexe, ça impacte forcément la relation »* (L139-L141). Elle lie indubitablement ici la notion de relation à celle de culture. Il est manifestement question d'être humain avant tout ; des êtres construits par leur éducation, immergés dans une conception du monde difficile à percevoir objectivement : *« ça fait appel à beh, ça fait appel à... à la relation, ça fait appel à notre place dans la société, ça fait appel à... plein de chose »* (L142-L144).

La question de la culture aurait tendance à bousculer, à remettre en cause les évidences, elle *« bouscule complètement la norme de la relation »* (L149-L150). Dès lors, il est nécessaire d'intégrer cette dimension à la relation et de se questionner : *« à partir de ce moment-là, si on communique pas et si on interroge pas on sait pas en fait, on n'arrive pas à distinguer qu'est ce qui est de la norme ou pas »* (L147-L149). Mme Ippot explique que cela exige *« un effort supplémentaire, de se demander là ce que le patient fait, est-ce qu'il le fait parce que c'est sa culture, ou est-ce qu'il le fait parce qu'il est malpoli ? »* (L150-L152). Elle admet par-là, la

nécessité pour le soignant de se questionner davantage dès lors qu'il rencontre des us ou des coutumes qui lui sont étrangères. Cependant elle n'exclut pas non plus la possibilité de faire face à une personne qui manque plus simplement à l'instant T, de savoir vivre ce qui doit, nonobstant, conduire à nouveau à l'interrogation avant tout. Ainsi, quoiqu'il en soit, le questionnement semble être la posture qu'elle préconise avant tout.

Mme Ippot n'a pas non plus entendu parler de compétence culturelle au cours de son parcours bien que le concept lui semble avoir du sens (L160).

Lorsqu'on arrive à la question du refus de soin, la jeune IDE n'hésite pas : « *Oui, plein de refus* » (L164). Cependant, elle relativise très vite : « *on se fait tout un monde du refus de soins parce que on est actuellement dans une bascule qui est pour moi pas complètement faite, même si on a tendance à dire qu'elle devrait l'être* » (L164-L166). Mme Ippot, fait ainsi d'emblée référence aux droits des patients et, à l'évolution du monde de la médecine qui les accompagne. Elle évoque en effet : « *une bascule d'un, d'un ancien schéma de soins, à un nouveau schéma de soins* » (L166-L167). Elle évoque ici l'exigence de transparence grandissante dans les soins depuis l'émergence de nombreuses lois en faveur du droit des patients. « *Le patient il faisait confiance aveugle en l'équipe soignante* » (L168).

Elle mentionne notamment quelques écueils : manque de recherche de consentement, abus de pouvoir médical : « *l'équipe soignante disait que c'était ça qu'il fallait faire et c'était ça qui était fait* » (L169-L170). Aujourd'hui, après plusieurs lois en faveur du droit des patients, ces derniers doivent en effet être d'autant plus considérés comme un « *partenaire de soin* » (L171). Le soignant doit intégrer le soigné aux décisions qui sont prises à son sujet, s'il « *est à même de décider* » (L173). Cependant selon Mme Ippot, « *c'est pas encore tout-à-fait, fait* » (L172), ce qui peut expliquer certaines réactions des médecins et des équipes faces à un refus de soin. Détenteurs du savoir et agissant dans l'intérêt du patient de l'incompréhension peut s'installer dès lors que le patient exprime un refus.

Face à cela, elle préconise le questionnement, la recherche d'alternative, ce qui peut parfois faire défaut selon, l'équipe avec laquelle elle travaille (L183-L187). Selon Mme Ippot, il y a une responsabilité soignante vis-à-vis du refus de soin « *il faut expliquer en quoi ce refus l'impact* »

(L197). Ainsi, si le médecin se doit de fournir des explications claires aux patients pour leur permettre de donner son consentement « *de manière éclairée* » (L179) il en va de même selon elle en cas de non-consentement. Au-delà du médecin, c'est en réalité la responsabilité de tout soignant de s'assurer de la bonne compréhension du patient en toute circonstance : « *À partir du moment où je refuse ce médicament-là, je prends conscience que sans ce médicament-là, il se passera ça, ça, ça, ça* » (L198-L199). Mme Ippot semble attachée au respect des droits du patient et avoir développé sa propre réflexion sur le sujet. Traitement comme refus doivent en termes de consentement être perçus avec la même responsabilité soignante : « *on oublie les effets secondaires potentiels d'un refus c'est... ça peut impacter tout autant* » (L203-L204).

Arrivées au terme de l'entretien, Mme Ippot ajoute une nouvelle notion, celle du temps : « *pour moi la clé c'est le temps, malheureusement euh, on le dit pour tout et je sais que c'est l'argument pour tout entre guillemets mais... souvent on n'a pas le temps.* » (L209-L210). En effet, pour se questionner, questionner le patient, prendre le temps d'expliquer, adapter ses soins, effectuer des recherches sur les différents codes culturels, il faut du temps. Or, si le soignant n'en a pas, si « *l'institution est maltraitante avec nous et nous donne pas le temps de faire* » (L222), le patient qui requiert de temps devient lui-même un grain de sable, une perturbation dans le fonctionnement comme nous avons pu le voir plus haut : « *ce qui nous braque le plus je trouve, c'est quand le patient en fait demande plus de temps.* » (L213-L214). Mme Ippot conclue en affirmant pourtant que ce n'est pas la faute des patients : « *Mais en fait c'est pas lui le problème, lui il a le droit de demander du temps* » (L224-L225).

5.2.4. Entretien Mme OSMUR (Annexe VII)

Le quatrième entretien est réalisé auprès de Mme Osmur, diplômée depuis 2014. Elle a travaillé d'abord en intérim, puis en maison de retraite avant d'intégrer son hôpital actuel au sien du pôle MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) en tant que roulante. Elle a ensuite intégré les urgences en 2016, cela fait donc 8 ans qu'elle travaille sur ce poste. Elle est par ailleurs en train de passer un Diplôme Univesitaire urgence au moment de notre rencontre.

Mme Osmur aborde le thème de la compétence en la définissant comme une alliance : « *c'est allier euh le savoir-être et le savoir-faire* » (L19). Elle identifie en effet le savoir-faire à la technicité, à

la maîtrise des soins spécifiques à son exercice : « *être à l'aise (...) sur les sorties SMUR* » (L24-L25). Quant au savoir-être elle l'assimile plutôt à une capacité d'adaptation : « *faut savoir s'adapter beaucoup à...à la population, aux différentes situations* » (L21-L22). Elle spécifie d'ailleurs que la diversité de population et de pathologie rencontrées aux urgences multiplie ce besoin de savoir être. Elle mentionne aussi, comme les autres interrogés jusqu'ici, le caractère primordial de l'expérience dans la notion de compétence. Mme Osmur évoque tout de même la place de la formation et reconnaît sa nécessité en amont pour devenir compétent : « *on apprend quand même les bases* » (L29-L30). Cependant, l'expérience reste tout de même la première source de compétence selon elle « *on sort avec un diplôme de l'école, mais bon, c'est pas pour autant (...) qu'on sait tout faire* » (L32-L33). Par la suite, elle fait référence aussi référence à l'ensemble du savoir pratique et théorique que peuvent apporter les collègues au sein d'une équipe (L31-L32). Ainsi pour elle, c'est « *l'expérience surtout* » (L29) qui permet d'acquérir des compétences.

Ainsi, fort de 10 ans d'expérience Mme Osmur se sent à l'aise dans son exercice ce qu'elle apparente à ne pas se sentir « *particulièrement en difficulté* » (L45). Elle affirme toutefois comme tous ses autres collègues que l'« *on peut toujours s'améliorer* » (L37). Elle pointe aussi un fait intéressant, elle travaille dans un petit service d'urgence dans lequel on rencontre nécessairement moins régulièrement certains cas. Le temps est donc inclus dans sa notion d'expérience, il est un élément important à prendre en compte.

Nous abordons ensuite la thématique de la relation soignant/soigné. Pour Mme Osmur c'est établir : « *un bon relationnel (...) pour que les soins se passent au mieux* » (L51). La relation est perçue chez elle, de même que chez M. Lenap et Mme Lalut, comme est une condition du bon déroulement des soins : « *tout mettre en œuvre pour que les soins se passent le mieux possible* » (L52-L53). Elle mentionne le concept d'empathie et lui donne un rôle notable : « *ça a son importance quand même* » (L55). Mme Osmur conclut son propos sur la relation en évoquant la vulnérabilité des patients : « *parce que les gens ils arrivent ils souffrent ou... ils sont euh psychologiquement instables* » (L55-L56). Par-là elle semble attribuer à la relation soignant/soigné un rôle de rééquilibrage de l'asymétrie qui la caractérise initialement.

Mme Osmur a déjà fait face à des situations qui ne correspondent pas à sa vision du soin : « *des fois on a l'impression de... selon les situations que c'est pas forcément adapté* » (L62-L62). Son hésitation est aussi révélatrice, ce n'est pas une question facile, elle semble d'ailleurs tempérer ses propos en employant le terme « *adapté* ». Elle va dans son discours distinguer rôle prescrit et rôle propre. Elle évoque notamment la tendance aux urgences à contentionner « *direct* » ou plutôt « *sur prescription médicale* » (L63) se reprend-elle, les patients atteints de psychiatrie. La nature du service d'urgence peut expliquer cette nécessité d'éviter tout débordement. Cependant ces pratiques semblent manifestement ne pas être en accord avec la vision du soin de Mme Osmur : « *alors que nous on considère... que la situation ne l'exige pas forcément* » (L64). Elle fait aussi allusion à des situations d'obstination déraisonnable : « *des soins un peu trop poussés alors que la situation...nécessite pas forcément* » (L65). Elle admet assez clairement que c'est souvent des situations du rôle prescrit qui peuvent la questionner sur leur nécessité, en cela elle rejoint M. Lenap. Par la suite elle s'interroge sur la possibilité d'aller à l'encontre de sa vision du soin, au sein de son rôle propre : « *ça arrive aussi qu'on soit fatigué c'est... après (...) on se dit avec le recul, franchement (...) j'ai pas été sympa ou j'ai pas été assez empathique* » (L71-L73). Dans ses propos, Mme Osmur révèle tout d'abords se questionner sur sa pratique, elle revient sur les situations vécues et se refait la scène. Elle rejoint en cela ses collègues interrogés auparavant. Plus encore, comme Mme Ippot, elle fait aussi référence au concept de temps : « *si on court partout, on n'a pas le temps de, de s'attarder pour discuter avec les gens.* » (L74). La relation comme la prise en soin du patient semble ainsi nécessiter du temps, ce dont les deux IDE semblent manquer : « *on a pas le temps d'y retourner (...) c'est ça le plus dur* » (L77-L78).

Mme Osmur ne donne pas de définition à proprement parler de la culture, elle admet en revanche que celle-ci impacte nécessairement la prise en charge : « *les soins vont pas être les mêmes* » (L84). Il est possible de sentir plus d'hésitation dans les propos de Mme Osmur à ce sujet, peut-être est-ce, comme elle l'exprime ensuite, parce que ce n'est pas un sujet tant abordé à l'école. Sans définir la culture, elle aborde toutefois d'emblée certaines de ses thématiques phares : la langue et la religion. Elle pointe notamment les situations dans lesquelles celles-ci vont interférer avec les soins : « *des femmes (...) elles vont pas accepter que ce soit un homme qui les... euh qui les*

soignent » (L85-L86) ; « *Y'a la barrière de la langue où il faut aussi en général, le traducteur qui vienne avec le patient* » (L86-L87). En effet dans ses situations le cadre de la rencontre, avec le soigné ne peut qu'être perturbé et impacter notamment la relation entre le soignant et le soigné, la compréhension et la confiance en son sein.

Quant à la posture soignante, Mme Osmur déclare clairement « *forcément la...la prise en charge sera... sera à adapter* » (L88-L89). Elle préconise ainsi une analyse de la situation et une forme de responsabilité soignante vis à vis de celle-ci. Elle reconnaît aussi que « *des fois c'est difficile* » (L90) comme tous les autres interrogés jusque-là, car le contexte du service ne permet pas toujours de satisfaire aux exigences culturelles : « *si on a une équipe que d'homme* » (L91). Elle relie ainsi directement la question de la culture à celle du refus de soin : « *il y a des gens qui refusent, qui refusent les soins euh par rapport à ça des fois* » (L91-L92). Seulement, il revient encore une fois au soignant de s'interroger : « *de parler, de communiquer, de savoir pourquoi c'est pas possible* » (L93).

Mme Osmur, n'a pas non plus entendu parler de compétence culturelle. Elle se questionne toutefois sur la nature du concept et semble le trouver intéressant. En effet lorsque je lui explique son origine plutôt canadienne et néo-zélandaise elle déclare : « *toute façon en France, on est en retard sur plein de choses par rapport aux autres pays... par exemple le Canada* » (L117-L118). Ce qui manifeste un réel intérêt pour la notion.

A la question du refus de soin, si elle en a déjà rencontré, elle répond fermement : « *Oui ! Forcément ouais* » (L121). Pour y faire face, Mme Osmur commence par le questionnement : « *tu essayes de savoir pourquoi, déjà. Quelle est, quelle est la cause du refus de soin* » (L123-L124). Elle rejoint, là-dessus encore, ses collègues précédemment interrogés. Elle mentionne ensuite quelque chose de nouveau : « *tu passes le relais à ta collègue* » (L124). Il est en effet possible dès lors que l'on s'assure de la continuité des soins, de passer le relai. Cela peut avoir plusieurs intérêts. Tout d'abord, le ou la collègue peut tenter de convaincre différemment, avancer d'autres arguments : « *si quelqu'un d'autre arrivera mieux à... convaincre la personne* » (L126-L127). Cela peut aussi être « *personnes dépendantes* » (L126). Passer le relai permettrait ainsi d'écarter un risque d'incompréhension, de problème de communication. Enfin cela pourrait aussi renforcer la

parole soignante. Mme Osmur tient manifestement à sa mission soignante ce qui implique des responsabilités. Ainsi face à un refus elle semble chercher à mettre tout en œuvre pour convaincre le patient de se faire soigner : « *on demande à la famille s'ils peuvent nous aider aussi* » (L128). Si le refus persiste, il est aussi possible de négocier avec le médecin pour trouver une alternative « *si on peut pas faire autrement* » (L129). Elle précise qu'il faut s'assurer de « *bien expliquer* » (L131). Enfin, Mme Osmur a bien conscience qu'il existe un droit des patients et qu'il n'est tout simplement pas possible d'aller contre « *son choix* » (L132) ; « *si la personne est... est saine d'esprit, on va pas obliger à faire les soins* » (L133).

Mme Osmur conclut en disant : « *il va falloir prendre en charge enfin, en compte les cultures de, de tout le monde puisque maintenant, la France c'est un pays multiculturel* » (L138-L139). Elle évoque ainsi un des arguments présentés en introduction de ce travail et reconnaît par-là, la mission d'adaptation qui incombe aux soignants. Elle suggère ainsi qu'il pourrait être intéressant d'aborder conjointement ses concepts à l'école.

5.2.5. Entretien Mme SAHURGE (Annexe VIII)

Mme Sahurge est diplômée depuis 2007, elle possède donc 17 ans d'expérience en tant qu'IDE. Elle a débuté dans un EHPAD, puis elle a intégré un hôpital d'abord en médecine puis depuis 2010, le service des urgences. Elle a finalement changé d'établissement pour intégrer le même service d'urgences et SMUR que Madame Osmur. Elle travaille aussi à la coordination pour les prélèvements d'organes. C'est ainsi la doyenne du panel interrogé.

Lorsqu'elle parle de la compétence, Mme Sahurge reprend presque les mêmes explications que Mme Osmur : « *t'as la, le côté technique et le côté après, tout ce qui est relationnel* » (L16). C'est ensuite l'expérience qui fait le reste dit-elle, et ce de manière non déterminée : « *au fur et à mesure que... que tu avances dans ton... dans ton parcours* » (L18). De même, l'école fournit des bases, mais elle, elle a appris son « *métier sur le tas hein avec euh... ben les anciennes qui te forment, qui t'expliquent, qui te montrent* » (L21-L22). Il s'agit à nouveau d'une infirmière avec une expérience significative, ce qui peut expliquer cet attachement à l'expertise.

Comme sa collègue, elle identifie le fait de se sentir compétente et être « *à l'aise* » (L27). Elle stipule toutefois qu'elle en « *apprend quand même tous les jours* » (L28). Cela dénote en premier lieu une forme d'humilité mais aussi, une conception de la compétence toujours à construire tout comme les autres interrogés.

Lorsque nous abordons le sujet de la relation soignant/soigné, Mme Sahurge évoque d'emblée la notion de confiance : « *Y a une relation de, de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et toi* » (L32). Ainsi, il faut être à « *l'écoute de ton patient* » (L33), ce qui suppose de le considérer et d'y consacrer du temps. Elle confie aussi à la relation une utilité clinique : « *tu identifies les problèmes qu'il a pour l'aider au mieux* » (L33-L34). La relation permettrait en quelque sorte d'affiner le travail clinique en général : « *il faut que t'arrives à identifier ça pour le prendre au mieux en charge, pour être le plus adapté possible en fait* » (L39). La relation est donc selon elle un moyen de personnalisation des soins au travers de la clinique supplémentaire qu'elle offre. Enfin, l'évocation de l'angoisse et des soucis du patient peut faire référence à la vulnérabilité intrinsèque à sa position de soigné. Ainsi, à la fin de l'entretien elle revient sur sa vision de la relation en y intégrant la notion de responsabilité soignante : « *la relation soignant/soigné (...) il faut qu'il y ait un lien de confiance, il faut-il faut être transparent avec ton patient, faut bien lui expliquer les choses* » (L100-L102).

Lorsque que je la questionne sur de potentielle situation allant à l'encontre de sa vision du soin, Mme Sahurge fait d'emblée référence à une problématique culturelle, celle de la croyance religieuse. Elle raconte en effet une situation impliquant une jeune fille témoin de Jéhovah, en choc hémorragique : « *on lui a expliqué que... il fallait le transfuser en urgence, elle a refusé et du coup c'est vrai, c'était hyper frustrant* » (L44-L45). En fait elle aborde même ici la question du refus de soin, renforçant l'idée qu'il existe un lien entre ces trois concepts. Dans ce récit, Mme Sahurge explique clairement l'impact possible que peut avoir la culture sur la prise en soin, sans pour autant le relier directement à la relation soignant/soigné. Ceci étant lorsqu'elle dit : « *on a expliqué à la famille et tout, ils ont rien voulu entendre* » (L49-L50), elle évoque tout de même une partie de la relation soignant/soigné, celle de la communication, de l'échange. Finalement en évoquant cette situation pour illustrer des soins pouvant aller à l'encontre sa vision personnelle, Mme Sahurge se

distingue tout de même des autres, la frustration ne vient pas du soin demandé mais du refus auquel elle fait face.

Lorsque je lui pose la question plus spécifiquement consacrée à la culture, Mme Sahurge met en avant son expérience à la coordination des prélèvements d'organe : « *les personnes qui sont gitans, ils veulent pas être prélevés (...) ça rentre en compte (...) on leur propose même pas un entretien avec la famille en vue d'un potentiel prélèvement d'organes.* » (L58-L61). Elle explique ici que son expérience auprès d'un type de population lui permet aujourd'hui d'adapter sa prise en charge en y intégrant les éléments culturels connus.

Son vécu lui a ainsi donné des clés pour comprendre les divers comportements culturels. Ici, il s'agit du don d'organe, ce qui explique que l'adaptation consiste à ne pas proposer le prélèvement. Cependant, lorsqu'il s'agissait d'urgence vitale comme plus haut, son ajustement était différent. D'ailleurs, il est possible de discerner le même type d'attention pour « *les familles maghrébines* » (L65) qui ne « *veulent pas qu'on touche le corps* » (L66). C'est intéressant de constater que l'infirmière possédant le plus d'expérience du panel soit celle qui semble avoir le plus intégrer la dimension culturelle à sa prise en charge. D'ailleurs lorsque je lui demande s'il vaut mieux connaître les croyances de chacun, elle répond sans hésiter par l'affirmative : « *ouais, bien sûr, c'est important* » (L69). Les croyances restent comme pour la plupart de ses collègues interrogés, la thématique première que lui évoque la question de la culture (L72). Cependant, à la fin de l'entretien, elle évoque aussi la barrière de la langue et les ajustements que celle-ci nécessite, comme l'appel à un traducteur par exemple afin d'effectuer un recueil de donnée fiable (L142-L147). Elle n'a pas non plus entendu parler de compétence culturelle. Notons toutefois, que lorsqu'il y a refus de soin, cela semble faire entrer d'autres paramètres en jeu pour Mme Sahurge.

Nous en venons alors à la question du refus de soin, qu'elle a déjà évoquée plus haut. Dans ses propos (L43-L50) il semble évident que faire face au refus n'est pas évident puisqu'il vient même bousculer sa vision du soin. Plus encore, elle dit que c'est « *hyper frustrant* » (L48) et « *hyper dur* » (L52). Le refus de soin vient heurter sa mission de soignante, surtout lorsque le pronostic vital de la personne est mis en jeu. D'ailleurs, à la fin de l'entretien elle revient sur une autre situation impliquant du refus qui l'a marquée, celle d'une femme maghrébine en train d'accoucher lors d'une

sortie SMUR. Dans ce cas-ci, c'est le mari de la patiente qui s'est opposé aux soins en refusant l'entrée de l'ambulancier et du médecin homme dans la chambre « *quitte à ce que sa femme décède avec le petit aussi* » (L110-L111).

Enfin, sur la posture à avoir, il est clair que Mme Sahurge comme ses collègues, préconise la discussion et l'explication tout en respectant le droit des patients « *je lui explique ce qui va se passer si on met pas les traitements et puis bah après si il refuse ils sont libres de choisir* » (L90-L91). De même, dans les deux situations qu'elle a évoquées, à chaque fois, elle mentionne que l'équipe soignante a tenté d'expliquer pour faire évoluer la situation, sans succès. Cependant, sa mission soignante prime, quitte à accoucher une dame seule : « *on a négocié, on lui a expliqué, on lui a dit : mais le, le docteur a l'habitude (...) on a tout fait pour que le médecin rentre dans la chambre. Il a refusé que le médecin rentre, donc je l'ai accouché toute seule* » (L114-L116).

6. Synthèse et question de recherche

6.1. Synthèse

Il est temps désormais de faire le point sur ce travail de fin d'étude afin d'en extraire une problématique. Je vais commencer par faire une synthèse des résultats significatifs mis en lumière dans l'analyse des entretiens. Puis je tenterai d'apporter un regard global sur l'ensemble de mon travail afin d'en dégager une question de recherche.

6.1.1. Relation soignant/soigné

Parmi les cinq infirmiers interrogés, quelle que soit leur expérience, aucun n'apporte une définition radicalement différente de la relation soignant/soigné et tous, la considèrent comme centrale voire essentielle au bon déroulement des soins. Les cinq infirmiers rejoignent ainsi quelque part F. Worms (Worms, 2006) lorsqu'il définit la relation comme primitive. Cela semble admis pour eux qu'il existe une dimension relationnelle du soin et que celle-ci est indispensable pour adapter ses soins. Comme Catherine Draperi (Draperi, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde

de l'autre, 2010), ils semblent tous voir dans la relation soignant/soigné un moyen privilégié d'accès à l'autre, au patient et à ce qu'il vit, lui à cet instant T. La relation peut en cela être un outil clinique indispensable.

Ils parlent tous à un moment ou à un autre de la vulnérabilité intrinsèque à la condition de patient, au moins en parlant d'une nécessité d'instaurer une relation de confiance. Cela rejoint selon moi les thèses humanistes de W. Hesbeen (Hesbeen, 2017) appelant à la vigilance soignante. De même, l'asymétrie de cette relation ne fait pas débat chez les cinq interrogés, ce qui rappelle le discours de M. Formarier (Formarier, 2007), lorsqu'elle confie au soignant la tâche de rétablir la symétrie dans la relation. A ce sujet, seule Madame Ippot différencie clairement la relation de la rencontre, du contact et, insiste sur l'importance de l'accueil infirmier. Tous en revanche mentionnent la nature à la fois singulière et toujours à construire de la relation.

Une différence est à noter entre les jeunes infirmiers et ceux plus expérimentés. En effet Mme Ippot comme M. Lenap, expriment tous deux combien il peut être difficile parfois de consacrer du temps au relationnel. Soit parce qu'ils se concentrent sur l'aspect technique du soin soit, parce que le métier exige de répondre à de multiples attentes. Or cette différence renvoie directement à la thématique de la compétence.

6.1.2. Compétence et culture

La thématique de la compétence peut paraître plus personnelle pourtant, les cinq infirmiers s'accordent sur un point, celui de l'expérience de terrain. Ils se rapprochent ainsi de la conception plus moderne de la compétence, voire de la conception de W. Hesbeen (Hesbeen, 2017) pour qui, la compétence n'a de sens que relativement à une situation donnée. Cela étant, tous évoquent aussi l'existence d'un diplôme offrant les « *bases* » ou « *accréditant* » l'infirmier à exercer. Cela rejoint aussi la définition plus ancienne de la compétence : avoir autorité à exercer.

L'alliance entre théorie et pratique est évoquée par quatre d'entre eux pour définir la compétence infirmière, ils rejoignent ainsi le discours de N. Jeanguiot quant à l'importance de faire valoir l'expérience dans la connaissance et vice-et-versa (Jeanguiot, 2006). Tous évoquent en revanche, l'aspect toujours en devenir de la compétence. Mme Osmur ne le formule pas directement.

Cependant, le fait qu'elle soit en formation à ce moment-là, prouve, en un sens, qu'elle ne considère pas la compétence comme quelque chose d'acquis définitivement.

Les deux infirmières les plus expérimentées, M. Osmur et M. Sahurge, ne parlent pas textuellement d'une remise en question permanentes comme les trois autres. Elles assimilent en revanche toute deux la compétence au fait de se « *sentir à l'aise* ». Leur expertise après 10 ans de service, jouent peut-être ici un rôle.

Si tous parlent à un moment donné de la nature pluridisciplinaire de la compétence infirmière, ce n'est pas forcément dans les mêmes termes. Mme Ippot comme M. Lenap, racontent notamment que c'est plus facile pour eux lorsqu'ils sont seul face au patient. M. Lenap se fie tout de même à ses pairs pour évaluer sa compétence. Mme Lalut, évoque une situation dans laquelle elle a pu se retrouver en difficulté avec un collègue sans pour autant généraliser son propos. Mme Osmur comme Mme Sahurge en revanche, évoquent l'équipe comme une source d'acquisition de compétence. La pluridisciplinarité n'est pas un concept que j'ai développé dans mon cadre de référence, il semble toutefois intéressant à penser pour mieux cerner la notion de compétence.

La culture est un sujet qui paraît somme toute, bien vaste pour tous les interrogés. Chez les cinq infirmiers, la référence à la croyance est systématique. En effet, c'est peut-être l'aspect de la culture le plus perceptible et le plus impactant pour la prise en soin. Cependant, trois d'entre eux font aussi référence aux habitudes de vies, aux codes qui diffèrent en fonction de la construction culturelle qu'une personne a pu avoir. Mme Ippot donne même une définition de la culture assez proche de celle de Hayer qui la perçoit comme une « *la grille de lecture des rapports que l'homme entretient avec le monde* » (Hayer, 2012/2). Cependant, les cinq s'accordent pour dire que la culture fait partie prenante de l'individu. Ils rejoignent selon moi ici, le discours de David Le Breton, le sentiment d'identité est un liant qui assure à l'individu « *le sentiment de sa continuité personnelle au fil de la durée* » (Le Breton, 2010).

Tous s'accordent ainsi sur l'impact que la culture peut et doit avoir sur la relation et sur la nécessité d'adapter la prise en soin. Ils font ainsi quelque part appel au concept de compétence culturelle défini par l'AIIC dont ils n'ont pourtant jamais entendu parler (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2018). En même temps, tous mentionnent aussi la difficulté que cela peut

constituer en fonction de la situation. Soit parce que cela touche au cadre institutionnel, soit parce que cela engendre de l'incompréhension, soit parce que cela engendre du refus de soin, tel que l'explique bien David Le Breton (Le Breton, 2010).

6.1.3. Refus de soin

La question du refus de soin provoque chez les cinq infirmiers un réel questionnement. Tous en ont déjà rencontré, aucun n'y est insensible. Il faut toutefois noter que Mme Lalut et M. Lenap travaillent en accueil crise fermé et exercent de ce fait, dans un secteur psychiatrique régit par une exception du droit des patients. Quoiqu'il en soit, le refus de soin semble pour chacun d'entre eux, renvoyer à la question du sens donné au soin, à leur mission de soignant. Ils donnent ainsi du crédit aux thèses de Fabienne Vallet quant au vécu du refus de soin pour le soignant. Plusieurs nuances sont néanmoins perceptibles. Par exemple, Mme Osmur, Mme Ippot comme M. Lenap ont plus tendance à le rapporter au rôle prescrit. Tandis que Mme Lalut semble plus se questionner sur sa propre prise en soin. Enfin Mme Sahurge fait elle plus spécifiquement référence à des situations où, des croyances ethnique ou culturelle entrent en jeu.

L'ensemble des interrogés admettent qu'il n'est pas possible d'aller à l'encontre des volontés de la personne. Ils semblent ainsi être au fait des évolutions ayant traversées le droit des patients vu notamment avec Anne Laude et Didier Tabuteau. Mme Ippot, interroge encore plus avant la question du droit des patients. Le droit à évolué, le milieu doit opérer une « *bascule* » mais cela « *n'est pas encore tout à fait, fait* » selon elle. Elle affirme comprendre certains refus de soin, en accord avec M. Lenap d'ailleurs.

Enfin, quoiqu'il en soit, tous préconisent d'abord la remise en question. Il faut tenter de comprendre pourquoi un refus survient, tel que l'explique Fabienne Vallet. Il faut communiquer, échanger, interroger pour comprendre le refus et ce qui le provoque. La notion de négociation revient chez les cinq infirmiers. Bien qu'ils aient conscience du droit au refus, ils n'en perdent pas pour autant de vue leur responsabilité soignante. Il est d'ailleurs très intéressant de voir que cette négociation ne concerne pas nécessairement les patients mais peut s'adresser aux médecins voire, à l'organisation elle-même.

6.2. Question de recherche

J'ai rencontré la situation à l'origine de ce travail de fin d'étude lors de mon dernier stage de première année. Elle m'a ainsi accompagnée pendant les deux années suivantes de ma formation. J'ai pu la penser et la repenser de nombreuses fois au fil du temps avec l'apport des cours théoriques et des nouvelles expériences vécues. Elle me tenait à cœur tout simplement car je n'entrevois pas à ce moment-là de piste de réflexion viable et pertinente pour ma future pratique soignante dans une telle situation. Dans la profession IDE, la communication à la base de toute relation est essentielle. Quand celle-ci fait défaut comme cela est le cas avec M. Diallo, il est facile d'être démuni, surtout lorsque l'on manque d'expérience et que le refus de soin intervient. C'est pourquoi je me suis tournée vers la notion de ressource afin d'explorer différentes pistes pour construire une posture soignante viable dans les situations difficiles.

Pour toutes ces raisons que je me suis orientée vers la relation soignant/soigné et plus spécifiquement sur la dimension culturelle qu'elle peut comporter afin de formuler ma question de départ : **En quoi une compétence culturelle peut-elle être une ressource au sein de la relation soignant/soigné lors d'un refus de soin ?**

Au fil de mes lectures j'ai découvert des auteurs passionnants qui, de plus, avaient pour la plupart l'intérêt de centrer leur réflexion sur le vécu du patient et la posture soignante. Qu'il s'agisse de Catherine Draperi, David Le Breton, Frédéric Worms, Walter Hesbeen ou Philippe Svandra tous questionnent l'attitude soignante au regard de l'espace qui nous sépare du vécu du patient.

Cet espace, nous ne pourrions jamais le combler et d'ailleurs nous ne le devons pas, cela semble admis à la fois par les auteurs et par les infirmiers interrogés. Ainsi W. Hesbeen, appelle à une vigilance soignante empliée d'humanisme : « *la finalité qu'est l'être humain me semble sans cesse devoir être rappelée, et surtout affirmée, au nom même de l'humanité de chacun* » (Hesbeen, 2017, p. 19), alors que Catherine Draperi nous invite à développer des voies d'accès à l'autre plus implicite : « *La prise de connaissance de la situation de l'autre à partir des voies qu'il indique, plutôt que du regard que nous portons d'emblée sur lui, est alors reconnaissance de sa propre évaluation* » (Draperi, Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre, 2010).

Cette idée d'aller à la rencontre de l'autre, munie de son savoir médical mais sans pour autant appliquer ses propres vues au patient se retrouve dans les discours des tous les interrogées derrière la notion d'adaptation du soin. Mme Lalut parle par exemple, d'un « *espace* » à « *instaurer avec le patient* » afin de lui permettre d'y « *déposer* » quelque chose qui constituera le socle de la relation, « *ça permet d'adapter tes soins* » affirme-t-elle (L93-L95).

Il semble bien y avoir un lien entre les trois concepts de relation soignant/soigné, de culture et de refus de soin. Aucun des interrogés ne conclut l'entretien en remettant en cause la pertinence du sujet, voire tous suggèrent qu'il mérite d'être développé. Bien sûr, il ne s'agit que d'un échantillon, de réponse, une enquête à plus grande échelle permettrait d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse. De même, chez les auteurs et tout particulièrement, dans la littérature canadienne et néo-zélandaise entraperçue dans ce travail, l'idée de développer une réflexion sur l'importance de la dimension culturelle du soin semble pertinente pour pallier les « *inégalités énormes en santé* » (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2018). C'est d'ailleurs peut-être ici le point d'orgue de mon travail, comment assurer des soins à la fois adaptés à chaque individu dans leur singularité et en même temps, juste avec tous les patients ? Me pencher sur des auteurs tels que Paul Ricoeur, interprété par Philippe Svandra par exemple (Svandra P. , 2016/1) pourrait me permettre par la suite de réfléchir aux voies possibles entre individu et collectif. Cette question a d'ailleurs souvent été mentionnée comme difficultés par les infirmiers interrogés.

Finalement, c'est la notion de compétence qui est la plus discutable dans ce travail de recherche. En effet, que ce soit à au travers des lectures ou des entretiens menés, elle conduit toujours inévitablement à la nécessité d'acquérir de l'expérience. Or, si celle-ci ne suggère pas que du temps comme l'exprime très bien Mme Lalut : « *Il y a aussi un bon vouloir de la personne* » (L51), elle en nécessite toutefois à coup sûr. Plus encore, tel que l'exprime W. Hesbeen une compétence n'est jamais « *acquise une fois pour toute* » (Hesbeen, 2017). L'expérience n'est pas pour autant une impasse, par le biais de la pluridisciplinarité, du travail d'équipe notamment, elle passe de l'insaisissable au partageable par exemple chez Mme Sahurge et Mme Osmur. De même, la formation et l'enrichissement personnel continus sont aussi des moyens d'acquisition de compétence non entièrement assujettis au concept irrattrapable du temps.

La notion de sécurité culturelle développée après celui de compétence culturelle par le *Nursing Council of New Zelanda* m'est apparue en cela, bien plus pertinente que celle de compétence culturelle pour me permette de réfléchir à une pratique soignante non contingente à l'expertise que l'on en a. Car finalement si la notion de culture évoque en premier lieu celles d'origine ethnique et de croyance elle s'étend au-delà et renvoie plus profondément à l'identité même de l'individu au cœur du soin. Ainsi, ce travail de fin d'étude me conduit à une question de recherche selon moi plus opérante :

« Le développement du concept de sécurité culturelle au sein de la pratique IDE peut-il favoriser la construction d'une posture soignante plus juste ? »

7. Conclusion

Après trois ans de formations, remplis de nouveaux savoirs et de nouvelles expériences, effectuer ce travail de fin d'étude a été tout autant épuisant qu'enrichissant. Aussi difficile que cela a pu être, il est vrai que ce *mémoire*, qui n'en est pas un, offre la possibilité de se questionner sur le soignant que nous souhaitons devenir. En premier lieu, le choix de la situation d'appel est significatif des doutes et questionnements qui nous traversent. Or ce n'est qu'en effectuant le travail de recherche par la suite aussi bien par les lectures que, par les entretiens sur le terrain qu'il est possible de mieux cerner qu'est ce qui nous a interpellé au départ.

Le travail de recherche scientifique a été pour moi le plus difficile. Mettre un pied dans les écrits infirmiers et philosophique laisse entrevoir l'immensité vertigineuse du savoir existant. Cependant, il a été ô combien intéressant et enrichissant aussi bien pour poser des mots sur des idées déjà là que pour m'ouvrir à de nouvelles perspectives. L'enquête a en revanche été la partie la plus amusante de ce travail, aller à la rencontre de ses futurs collègues pour échanger sur notre pratique m'a permis de mettre un peu plus le pied dans mon futur milieu professionnel.

Cependant que ce soit dans mes choix de recherche ou dans mes entretiens, je me rends compte que je me suis en fait bien plus penchée sur le comment que sur le pourquoi, je m'explique. Le choix de mes lectures, l'orientation de mes questions, semblent en effet admettre en soi une vision

du soin déjà quelque peu orientée. Le pourquoi est présent, mais il n'est que peu questionné. Je n'ai en effet pas confronté des auteurs fondamentalement en désaccord, j'ai bien plutôt cherché à approfondir une conception du soin déjà bien modelée dans mon esprit. Cet écueil est bien évidemment une limite à ce travail. Si je devais approfondir mes recherches, il me semblerait fondamental de me pencher un peu plus sur les écarts des points de vue que sur les similitudes. Toutefois, mon sujet portant sur la notion de ressource, s'attarder sur le comment peut aussi faire sens : comment pourrais-je agir demain si je me retrouve dans une telle situation ?

Finalement, je ressors de ce travail avec encore plus de question que je n'en avais au départ seulement, j'ai désormais une idée sur la méthode à employer pour tenter d'y ajouter de nouveaux questionnements toujours plus riches voire qui sait, des réponses. Pas de certitude donc, si ce n'est que l'humain n'aura de cesse d'offrir du grain à moudre, n'est-ce pas là, la richesse du métier d'infirmier ?

8. Bibliographie

- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2018). *Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers*. Consulté le Février 2024, sur Association des infirmières et des infirmiers du Canada: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Enonce_de_position_Encourager_la_compete_nce_culturelle_dans_les_soins_infirmiers.pdf
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2024, Février 2). *Qui sommes nous ?* Récupéré sur Association des infirmières et des infirmiers du Canada: <https://www.cna-aiic.ca/fr/a-propos-de-nous/qui-sommes-nous>
- Berchet, C. (2013, Mars). Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(Supplément 2), p. 569 à 579.
- Berget-Levrault. (2021). *Profession Infirmier*. Boulogne-Billancourt: Berget-Levrault.
- Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, n°111(<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-4-page-22.htm>), p. 22 à 35.
- Centre national des ressources textuelles. (2024, Février 7). *Lexicographie*. Récupéré sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr>
- Daver, C. (2014/2). Le refus de soins : une information spécifiquement adaptée par les praticiens. *Hegel*, N°2, p. 202 à 207.
- Descombes, V. (2015). Les embarras de l'identité. *L'information psychiatrique*, 92, p. 61 à 65.
- Domin, J. (2014). De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? *Les Tribunes de la Santé*, HS3(<https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/seve.hs03.0021>), pp. 21-29.

- Drapéri, C. (2010). Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre. Dans L. L.-C. Benaroyo, *La philosophie du soin* (p. 37 à 55). Paris: Presses Universitaires de France.
- Drapéri, C. (2010). Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre. Dans L. Sous la direction de Benaroyo, C. Lefève, & J. W. Mino, *La philosophie du soin* (p. 37 à 55). Paris: Presse Universitaire de France.
- Fleury, L. (2016). *Sociologie de la culture et des pratiques culturelles*. (Vol. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/arco.fleur.2016.01>). Malakoff: Armand Colin.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(<https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/rsi.089.0033>), pp. 33-42.
- Hayer, D. (2012/2). La culture des questions essentielles. *Humanisme*, n°96, p. 85 à 88.
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soin infirmier : "Un art du singulier"*. Issy-les Moulineaux: Elsevier Masson .
- Hippocrate. (2019, Mars 22). *Le serment d'Hippocrate*. Récupéré sur Le Conseil national de l'Ordre des médecins: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
- Jeanguiot, N. (2006, 4). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 87, pp. 75 - 135.
- Jodelet, D. (2006, 1). Culture et pratique de santé. *Nouvelle revue de psychologie*, pp. 219-239.
- Kirmayer, L. (2011). Les politiques de l'altérité dans la rencontre clinique. *L'Autre*, 12(<https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/lastr.034.0016>), p. 16 à 29.
- Laude, A., & Tabuteau, D. (2018). *Les Droits des malades* (Vol. "Que sais-je"). Paris: Presses universitaires de France.
- Laurent, F. (2016). *Sociologie de la culture et des pratiques culturelles*. Paris: Armand Colin.

- Le Breton, D. (2010, Février 1er). Éthique des soins en situation interculturelle à l'hôpital. Dans D. p. Hirsh, *Traité de bioéthique II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques* (Vol. Tome II, p. 106 à 119). Toulouse: Eres.
- Légifrance. (2024, Mars 5). Récupéré sur Légifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr>
- Levinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme* . Paris : Fata Morgana.
- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitement, 101*(<https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/vst.101.0078>), p. 78 à 83.
- Milhomme, D., & Gagnon, Johanne. (2010). Etude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques. *Recherche en soins infirmiers, 103*(n°4), p. 78 à 91.
- Nadot, M., Busset, F., & Gross, J. (2013). *L'activité infirmière : Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable*. Paris: De Boeck-Estem.
- Svandra, P. (2011, n°4). Le soin sous tension ? *Recherche en soins infirmiers, N°107* (<https://doi.org/10.3917/rsi.107.0023>), pp. 27-37.
- Svandra, P. (2016/1). Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur, Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherches en soins infirmiers , N°124*, p. 19 à 27.
- Tournaire Bacchini, B. (2015/1). Rapport inaugural. *L'information psychiatrique, 91*, p. 86.
- Vallet, F. (2020, Février). L'attitude soignante face à un refus de soins. *Le revue de l'infirmière, n°258*, pp. 22-24.
- Worms, F. (2006, Janvier). Les deux concepts du soin. *Esprit*, p. 141 à 156.

9. Annexes

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE II : DEMANDE D'AUTORISATION D'ENTRETIEN	II
ANNEXE III : AUTORISATIONS D'ENTRETIEN.....	IV
ANNEXE IV : ENTRETIEN AVEC MME LALUT	VII
ANNEXE V : ENTRETIEN AVEC M. LENAP	I
ANNEXE VI : ENTRETIEN AVEC MME IPPOT	VII
ANNEXE VII : ENTRETIEN AVEC MME OSMUR	XIV
ANNEXE VIII : ENTRETIEN AVEC MME SAHURGE	XIX
ANNEXE IX : GRILLE D'ANALYSE.....	XXIV
ANNEXE X : AUTORISATION DE DIFFUSION	XLV

ANNEXE I : Guide d'entretien

Thèmes	Questions	Visée
Compétence	• Comment définiriez-vous la compétence infirmière et comment devient-on compétent selon-vous ? • Vous sentez-vous compétent ?	• Identifier les différences et/ou les similitudes de conceptions • Repérer l'importance donnée à la pratique, à la théorie, à et à l'expérience ?
Relation soignant/soigné	• Qu'est-ce que la relation soignant/soigné selon vous ? • Vous permet-elle de personnaliser vos soins ? • Vous est-il arrivé d'avoir l'impression d'agir à l'encontre de votre vision du soin ?	• Repérer la place de la relation dans la prise en charge holistique. • Quels sont les moyens mis en œuvre pour établir une relation
Culture	• Comment définiriez-vous la culture avec vos yeux de soignant ? • Selon-vous a-t-elle un impact sur la prise en soin ? • Avez-vous déjà entendu parler de compétence culturelle ?	• Repérer les différentes conceptions du concept de culture. • Sur quel aspect du concept l'accent est mis. • Explorer les répercussions pour la pratique soignante.
Refus de soin	• Avez-vous déjà fait face à un refus de soin ? • Si oui, comment vous vous y êtes pris ?	• Apercevoir le vécu individuel des soignants lors d'un refus de soin • Repérer une des mentions à la culture • Explorer les moyens mis en œuvre par les répondants
Ouverture	• Avez-vous quelque chose à ajouter ? • La thématique vous évoque-t-elle quelque chose d'autre ?	• Permettre une ouverture • Repérer l'intérêt pour les sujets abordés

ANNEXE II : Demande d'autorisation d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Mambert Marine
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]
[REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : mmambert@erfpp84.fr

[REDACTED] le 05 février 2014

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service : *endocrinologie*

auprès de la population : *infirmière*

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Compétence culturelle et refus de soin

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

La compétence

1. Comment définiriez-vous la compétence infirmière ?
2. Comment devient-on compétent selon-vous ?

Relation de soin

3. Vous est-il arrivé d'avoir l'impression d'agir à l'encontre de votre vision du soin ?
4. Éprouvez-vous parfois des difficultés à établir une relation de soin ? A adapter votre prise en charge au patient ?

Refus de soin

5. Avez-vous déjà fait face à un ou plusieurs refus de soin ?
6. Quelles sont vos ressources pour prévenir ou pallier un refus de soin ?

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Culture et compétence culturelles

7. Avec vos yeux de soignant, quel sens mettez-vous derrière le mot culture ?
8. Selon-vous, une différence culturelle entre soignant et soigné peut-elle impacter la prise en charge ?
9. Qu'est-ce que pourrait être une compétence culturelle selon-vous ?
10. Enfin, si je vous dis transculturalité et interculturelité qu'est-ce que cela vous évoque ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Mambert Marine

ANNEXE III : Autorisations d'entretien

**CENTRE
HOSPITALIER**

Direction des Soins

Madame MAMBERT Marine

Affaire suivie par :

Directrice Coordonnatrice Générale des Soins

Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

le 6 février 2024

OBJET : travail fin d'études
N/Réf. votre lettre du 05 février 2024

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec
monsieur [REDACTED] Cadre de santé d'Endocrinologie, au [REDACTED]

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[REDACTED]
La Cadre Supérieur de Santé chargée
de mission à la Direction des Soins

CENTRE HOSPITALIER

Téléphone [REDACTED]

De: MAMBERT Marine mmambert@erfpp84.fr
Objet: TR: Demande d'entretien pou TFE - IFSI Avignon
Date: 24 avril 2024 à 22:33
À: marine.mambert@gmail.com

De : [REDACTED]
Envoyé : vendredi 2 février 2024 09:31
À : MAMBERT Marine <mmambert@erfpp84.fr>
Cc : [REDACTED]
Objet : RE: Demande d'entretien pou TFE - IFSI Avignon

Bonjour Madame Mambert,

Vous êtes autorisé à faire des entretiens dans le cadre de votre mémoire au Centre Hospitalier de [REDACTED]

Je vous laisse contacter [REDACTED] pour l'organisation, elle est en copie de ce mail.

Cordialement,



[REDACTED]
Faisant Fonction Cadre Supérieur de Santé
Direction des Soins

De: MAMBERT Marine mmambert@erfpp84.fr
Objet: TR: Demande d'entretien pour TFE - IFSI Avignon
Date: 24 avril 2024 à 22:32
À: marine.mambert@gmail.com

De : [REDACTED]
Envoyé : jeudi 1 février 2024 11:27
À : MAMBERT Marine <mmambert@erfpp84.fr>
Cc : [REDACTED]
Objet : RE: Demande d'entretien pour TFE - IFSI Avignon

Bonjour madame,

Pas de problème.
Bien à vous.

Cordialement.

[REDACTED]
Coordonateur général des soins.

[REDACTED]

ANNEXE IV : Entretien avec Mme Lalut

1 **Marine : Je vais commencer au début juste par les années de diplôme et les services que tu**
2 **as fait ?**

3 Mme Lalut : Ok, euh du coup donc je suis diplômée euh de mars 2017, donc promotion 2014-2017.
4 J'ai commencé ma carrière euh... post-prépro, aux UMD de ***** pendant 1 an et après je suis
5 partie pendant trois ans et demi pur l'USIP, unité de soins intensifs psychiatrique de ***. Et je suis
6 arrivée en accueil crise fermé ici il y a 3 ans maintenant.

7 Marine : D'accord

8 Mme Lalut : Voilà

9 **Marine : Alors du coup la première question c'est comment définiriez-vous la compétence**
10 **infirmière et selon toi comment on devient compétent ?**

11 Mme Lalut : C'est vaste hein

12 **Marine : Ouais. Alors tu peux y aller si je vois qu'il manque des trucs je te repose des**
13 **questions.**

14 Mme Lalut : Comment je définis la compétence infirmière euh... Et selon toi comment on devient
15 compétent ?

16 **Marine : Oui, ouais.**

17 Mme Lalut : Ok. Alors la compétence infirmière pour moi, c'est euh...L'ensemble de l'apport
18 théorique que tu as à l'école..., qu'on t'apprend à l'école plus, l'ensemble de ce qu'on peut t'offrir
19 en stage euh... en apport théorique aussi mais, le début de la pratique que tu peux voir en stage.
20 Euh...pour moi être un infirmier c'est être relativement polyvalent. Euh... c'est avoir surtout des
21 capacités d'analyse et de faire des liens entre euh..., si on parle de la psychiatrie, euh par exemple
22 entre ton observation clinique et l'analyse que tu peux en faire, les traitements, la patho euh...etc.
23 Euh...et aussi euh... des capacités, puisqu'on travaille... dans un secteur où l'humanité doit primer,
24 des bonnes capacités de remise en question, de retravailler les situations en permanence... voilà.
25 Pour c'est ça être un bon infirmier et c'est aussi parvenir à prendre en charge le patient dans sa
26 globalité. C'est-à-dire que euh prendre l'humain aussi, l'humain, l'Homme que la personne est
27 en...en entier en plus de ses troubles et de sa pathologie, voilà. C'est vaste mais...

28 **Marine : (parle en même temps) non mais tes réponses sont très bien...**

29 Mme Lalut : J'espère que j'ai répondu au moins à ta question... Et comment on devient compétent
30 pour moi c'est c'est c'est, c'est l'expérience qui nous permet de devenir compétent parce que, même
31 si on a plein d'armes qui nous sont données à l'école, en stage, je pense que quand on sort, même
32 si on est le meilleur on n'est pas encore au top de la compétence. Et euh c'est vraiment la pratique,
33 et la remise en question, les expériences au travail qui font que..., de soin, les expériences de soin,

34 qui font que tu deviens euh, compétent. Et je pense que ça par contre ça évolue tout au long de la
35 carrière. C'est-à-dire que moi au bout de 7 ans, je considère que sur certains points, je suis
36 compétente parce que c'est ce que je fais depuis, depuis 7 ans maintenant donc euh, les situations
37 d'agressivité et de violence je je sais les gérer, je sais je sais apaiser une personne en crise, je sais
38 ce qu'il faut faire pour le faire en tout cas. Euh... mais par contre j'ai, j'ai encore pleins, pleins de
39 choses à apprendre pour devenir encore plus compétente, voilà.

40 **Marine : Du coup, tu as répondu à la question d'après du coup (rires). Euh, juste oui du coup**
41 **il y a le facteur temps dans l'expérience mais genre, à même temps d'expérience tu penses**
42 **que deux infirmiers sont forcément de la même compétence ou il y a euh...**

43 Mme Lalut : Ben je pense qu'il y a le bon vouloir aussi c'est à dire que euh... moi je suis dans un
44 secteur qui me passionne donc je lis, je me documente euh... je questionne les psychiatres avec qui
45 je travaille les indifférents, les différents acteurs que ce soient les psychiatres et même les
46 travailleurs sociaux euh... fin' tout, l'ensemble des collègues font que euh...ils vont t'apporter un
47 bagage supplémentaire si tu les questionne. Donc euh, pour moi, plus tu ... plus tu te questionne et
48 plus tu t'appuies sur tes pairs, au sens large euh, au niveau de l'équipe pluridisciplinaire, plus tu
49 vas développer des compétences. Donc il y a aussi un bon vouloir de la personne je pourrais juste
50 être un... une infirmière technique, en faisant ce que je je veux faire et ce que je sais faire voilà...
51 Mais je je veux aller plus loin donc j'essaie d'enrichir toujours mes connaissances voilà, même au
52 niveau des traitements euh, au niveau des patho euh. Et aussi et tu peux t'appuyer sur ce que peut
53 t'offrir l'institution, les formations, les formations que tu demandes... quand tu demandes des
54 formations c'est toi qui, qui t'ouvre à la, à la connaissance donc tu choisis quel genre de compétence
55 tu peux approfondir. Donc moi, ou un autre infirmier qui a à peu près le même parcours que moi,
56 n'a pas eu les mêmes formations donc du coup peut-être que moi, je vais avoir plus de
57 connaissances euh... Je sais pas, je dis n'importe quoi, mais euh... en ethno psy par exemple, parce
58 que j'ai fait une formation, et parce que ça m'intéresse et que je veux faire lui au prochain et cetera,
59 que euh un infirmier qui lui est plus et plus orienté sur les thérapies familiales par exemple tu vois ?
60 Voilà.

61 **Marine : Ok, alors là du coup la deuxième partie c'est sur la relation soignant soigné.**

62 Mme Lalut : Oui

63 **Marine : Donc euh, il y a enfin voilà, ça s'articule en deux trucs il y a, qu'est-ce que la relation**
64 **soignant soignée selon toi et euh, comment elle te sert à personnaliser les soins ?**

65 Mme Lalut : Ok. Euh, donc la relation soignant soigné euh... ça me fait rire parce que c'était un
66 peu le sujet de mon mémoire. Euh... notamment en psychiatrie c'est, c'est quand même le maître
67 euh, le maître mot parce que c'est ce sur quoi va s'appuyer une bonne partie des soins euh... que ce
68 soit sur une personne en crise ou non. Pour moi la relation soignant soigné c'est un peu euh... le
69 euh, le job. Dès que j'ai quelqu'un qui arrive, l'idée c'est de, de se faire un petit peu une idée de,

70 de... de la personne pour pouvoir créer la relation de manière adaptée à...à ce qu'elle est, à ce
71 qu'elle est en train de vivre aussi. Euh... et donc du coup l'approche y va être différent. Selon si
72 c'est un patient euh... je sais pas moi euh... un schizo paranoïde ou euh... un héboïdophrène ou
73 euh... juste une mamie dépressive et ben, par exemple la, la... l'approche que je vais avoir elle va
74 être différente, et la relation soignant soigné elle va aussi être différente. Il faut s'appuyer sur le
75 cadre de soin pour créer une relation soignant soigné qui est juste, mais pareil le cadre de soins tu
76 l'adapte en fonction de, de... de la personne. Donc moi pour moi la finalité de la relation
77 soignant/soignée c'est de créer une relation de confiance, au (*silence*) au plus qu'il soit possible de
78 le faire. Tu vois... enfin parfois c'est, c'est quasiment impossible... quand t'as un patient qui a un
79 trouble de la personnalité parfois, ça va être quasiment impossible de créer le lien de confiance,
80 mais il faut aller chercher les petites accroches que tu peux avoir pour euh, pour la créer... voilà.
81 En tout cas euh... (*silence*) moi en tant que soignante, il m'est important que le patient puisse me
82 faire confiance

83 **Marine : Ouais.**

84 Mme Lalut : Et... du coup mon principe de base, c'est que quand je fais quelque chose... que quand
85 je dis quelque chose, je le fais, voilà.

86 **Marine : D'accord.**

87 Mme Lalut : Pour pas briser cette confiance-là.

88 **Marine : Et du coup voilà, c'est, c'est vraiment grâce à la relation soignant soigné que tu**
89 **personnalise tes soins en fait, tu t'appuies sur ce, ce...**

90 Mme Lalut : Ouais, ben ouais la relation soignant/soigné le, le... l'espace de parole que tu vas
91 instaurer avec le patient, ce qui va déposer, ben ça te permet de la construire cette relation et du
92 coup, ça permet d'adapter tes soins. Tu vois euh... si euh...admettons on a une patiente psychotique
93 qui arrive... complètement décompensée, on sait qu'il y a un psycho trauma de viol et qu'elle nous
94 le dépose à plusieurs reprises, fin' tu vas te servir de ça pour, pour adapter le soin tu vois. Pour
95 euh...bah je pense à la dame que t'as du connaître... Bah **** tu l'as connu ?

96 **Marine : Oui, oui.**

97 Mme Lalut : Par exemple, euh ben...du coup on a beaucoup questionné en équipe euh... quel
98 intervenant va rentrer dans la chambre d'isolement pour essayer de l'apaiser. On évite de rentrer
99 qu'avec que des hommes, on évite de rentrer qu'avec des femmes aussi pour pas non plus rentrer
100 euh... complètement dans euh... dans ses idées qui pouvaient délirantes ou psycho trauma on savait
101 pas. Mais du coup on a ajusté le soin en la prenant euh, tu vois en... s'appuyant sur cette relation
102 qu'on pouvait établir, tu vois ?

103 **Marine : Mmh mmh.**

104 Mme Lalut : Voilà.

105 **Marine : Alors...**

106 Mme Lalut : Je sais pas si je suis claire ou ... ?

107 **Marine : Ah non mais c'est très bien euh... ça me fait même euh... ça fait un peu écho à ce**
 108 **que euh... ce que je pensais, le cadre de soin. C'est très bien ça s'articule (*rires*), c'est très**
 109 **bien.**

110 Mme Lalut : Ok.

111 **Marine : Euh... du coup le 3e truc, bon voilà, c'est un peu plus intime là déjà mais euh, est-**
 112 **ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir l'impression d'agir à l'encontre de ta vision du soin ?**

113 (*Long Silence*)

114 Mme Lalut : De moi agir à l'encontre de ma vision du soin ? Ou de voir l'équipe agir...

115 **Marine : L'équipe... ou, ou d'avoir vu une situation qui te donnais l'impression que c'était**
 116 **pas du soin quoi, que c'était pas... soignant.**

117 Mme Lalut : Alors oui ça, ça je pense que ça nous est tous arrivé.

118 **Marine : mmh mmh...**

119 Mme Lalut : Mais euh... parce qu'en fait on travaille en équipe et donc du coup, les sensibilités la
 120 lecture clinique elle est forcément différente entre les différents acteurs, acteurs parce que euh...
 121 ben la personne a moins d'expérience que l'autre ou parce que la sensibilité elle est différente que
 122 ton collègue et cetera. Et du coup oui ça a pu m'arriver de, de euh...de voir des situations où euh
 123 j'ai, j'ai pas été d'accord euh...sur la mise en place de tel ou tel soin ou euh...ça a pu, oui si ça a pu
 124 m'arriver. Après euh... tu voudrais un exemple ?

125 **Marine : Un exemple et, peut-être aussi comment t'as fait pour voilà, pour euh, pour gérer la**
 126 **situation genre ?**

127 (*Silence*)

128 Mme Lalut : Je réfléchis à quelle situation je, je peux te donner... (*silence*). Alors il y a eu une
 129 situation où j'ai, où je me suis questionnée moi-même. On va prendre cette situation si tu veux,
 130 après je te parlerai de l'autre, où j'avais une patiente euh... qui était euh...une bonne grosse histero
 131 tu vois euh... un bon trouble de la perso sur une personnalité histrionique à fond, avec aucun
 132 élément psychotique.

133 **Marine : mmh..**

134 Mme Lalut : Euh mais du coup si, si important et si euh...si, si omniprésent en fait, dans son
 135 quotidien qu'elle en est venue, à ne plus venir en service de, d'accueil crise et du coup à aller
 136 jusqu'en USIP tu vois ? Et cette dame la elle euh...elle se mettait au sol, elle se foutait à poil au sol,
 137 jusqu'à ce que tu la relèves tu vois ?

138 **Marine : Mmh...**

139 Mme Lalut : Et donc du coup, on était complètement perdus nous, donc qu'est-ce qu'on fait tu vois
140 euh... Donc le premier jour est ben on l'étaye à fond, on la relève fin'... on essaie de la mobiliser
141 par la parole mais, ça ne fonctionne pas. On la relève nous, on lui fait sa toilette, on la remet au lit,
142 on passe 2h plus tard, elle s'est refoutue par terre, nue sur le sol dans ses excréments... voilà. Parce
143 que c'était pas une patiente déficitaire hein, faut bien se rendre compte hein ?

144 **Marine : Mmh...**

145 Mme Lalut : C'était voilà... Et donc c'était hyper violent et donc, sur plusieurs mois je faisais
146 quatre matins à cette époque-là, et sur quatre matins on a... avec mon collègue on a fait des prises
147 en charge différentes. Le dernier matin ben on s'est dit ben... on va essayer de... de ne pas la
148 toucher en fait.

149 **Marine : Mmh.**

150 Mme Lalut : Donc en fait on est passé euh je crois tout les demi-heures pour aller avoir, en lui
151 disant : « *allez essaye de te lever, bon tu peux y arriver, on a confiance en toi* » En faisant tête mais,
152 fin' sans, sans la soulever physiquement tu vois ?

153 **Marine : Mmh.**

154 Mme Lalut : Et donc du coup on a fait ça pendant plusieurs heures tu vois, à passer très
155 régulièrement je crois, c'était euh, il me semble qu'on a dû faire ça jusqu'à 10h30 tu vois. Et en fait
156 à 10h30 c'était toujours pareil donc en fait on l'a soulevé nous on l'a rhabillé en fait, on était reparti
157 dans le même schéma. Mais du coup c'était relativement violent pour moi, et ça m'a heurté parce
158 que je me suis dit est-ce que là, j'ai toujours été soignante tu vois ?

159 **Marine : Mmh.**

160 Mme Lalut : Je me suis euh, posée la question est-ce que... est-ce que je suis restée soignante ou
161 est-ce que c'est mon contre-transfert qui a pris le dessus au point où je me suis dit ben vas-y on la
162 pousse dans ses retranchements, on essaie de la laisser se débrouiller quoi.

163 **Marine : D'accord... donc ouais le fait de la laisser, ce qui t'a marqué c'est le fait de la**
164 **laisser...**

165 Mme Lalut : De la laisser au sol, en sachant qu'elle était nue, qu'elle était sur un cœur lâche froid
166 euh, que quand on l'a retrouvé fin' quand on l'a relevé, ben en fait elle était froide quoi, tu vois
167 euh...

168 **Marine : Oui, oui, oui c'est que...**

169 Mme Lalut : Ben en fait est-ce qu'on a...est-ce qu'on a pas été trop loin tu vois euh... et à la fois
170 on était complètement perdus dans cette prise en charge on savais plus quoi faire, fin' voilà. Et du

171 coup ça, ça m'a questionné et à ce moment-là, je me suis dit est-ce que là, j'ai été soignante. Je sais
172 pas...

173 **Marine : Je vois.**

174 Mme Lalut : Je me suis beaucoup... questionné là-dessus. Ca c'est une situation et la deuxième
175 situation c'est, avec un collègue en accueil crise fermée où, en fait on a une patiente, c'est une primo
176 hospit euh... avec des gros troubles du comportement euh... sur la voie publique ... sans trop
177 d'éléments psychotiques à...à première vue et qui refuse de prendre le traitement en fait. Donc du
178 coup moi je négocie, je négocie, je lui tend le traitement et en fait, mon collègue a une euh, une
179 analyse complètement différente de, de ce moment-là. Il pense qu'en fait ... euh, en elle voulait me
180 mettre le traitement au sol, sauf que lui il a pensé qu'elle voulait m'agresser et me jeter le traitement
181 dessus et m'agresser donc euh le collègue lui a clairement sauté dessus. Sauf qu'en fait, moi j'ai été
182 complètement... choquée de cette situation, fin' choquée, c'est un grand mot mais, j'ai été très très
183 surprise et je me suis dit mais en fait qu'est-ce qu'il fait fin'...j'étais pas du tout en insécurité,
184 j'étais pas du tout en danger, j'ai trouvé ce moment violent. Euh... il l'a maîtrisé sans lui faire mal,
185 mais elle l'a griffé, enfin du coup ça a été hyper loin, elle est montée en isolement. J'étais avec une
186 étudiante qui a vécu le moment euh de manière très difficile parce qu'elle n'a pas non plus compris
187 pourquoi le collègue il avait été jusqu'à la contention euh... physique. Et donc du coup bah, par la
188 suite il faut reprendre ça avec ton collègue quoi.

189 **Marine : Mmh mmh...**

190 Mme Lalut : Donc selon le collègue tu as en face et ben euh... moi je, je lui ai déposé ce que ce
191 que j'avais ressenti, vu et la lecture que j'avais eu de la situation clinique à l'instant T. Bah on était
192 pas du tout d'accord, tu vois ?

193 **Marine : Oui.**

194 Mme Lalut : Donc ça arrive et euh pour autant, tu vois, on a pu en discuter mais euh, ça a été quand
195 même un petit peu compliqué quoi pendant quelque temps après, avec ce collègue-là tu vois ?

196 **Marine : D'accord.**

197 Mme Lalut : Parce qu'on n'était pas d'accord sur la situation. Il était pas trop ok avec ce que je
198 disais je sais tu vois, pour lui j'étais clairement en insécurité et il m'avait un peu sauvé tu vois.

199 **Marine : D'accord (inspire). On voit, la vision du soin elle est importante, la façon dont on**
200 **analyse la situation...**

201 Mme Lalut : Et du coup je pense que ça peut arriver euh de manière, fin' ça peut arriver plein
202 plein de fois d'avoir euh une vision différente du soin, mais l'idée c'est de se concerter avant de
203 faire quoi que ce soit si c'est possible, ben là dans ce cas-là c'était pas possible parce qu'on était
204 face à la patiente et surtout, qu'il a pensé qu'elle allait sauter dessus... Mais du coup l'idée c'est
205 d'essayer d'en discuter par la suite quoi tu vois... c'est pas toujours simple par contre.

206 **Marine : Ah non, ça c'est sur (*rire gêné*) ...Alors on arrive sur le côté un peu plus culture.**
207 **Donc euh c'est quoi la culture selon toi avec tes yeux de soignante et, est-ce qu'elle peut avoir**
208 **un impact euh dans, dans la prise en charge ?**

209 Mme Lalut : Mmh, ça c'est...c'est hyper intéressant comme question. La culture pour moi c'est la
210 constitution d'un être, donc ça veut dire que c'est toutes les petites pièces de sa vie euh... depuis
211 toujours qui sont là, avec euh tous les éléments euh qui soient religieux euh, qui soient alimentaire
212 par exemple, euh qui soit euh culturel au niveau du pays tu vois de la région même, tu vois voilà.
213 Donc c'est tout ce qui constitue l'être sa culture tu vois. C'est euh... c'est plus, c'est même plus que
214 lui-même, c'est sa famille c'est, c'est, c'est...euh comment on appelle ça, ses ancêtres et cetera, et
215 tout ça ça le constitue lui et ce qu'il est à l'instant T, et voilà. *Ce dont*, dans le milieu dans lequel il
216 a évolué et tout ça... et pour moi ça.... La deuxième question c'était pourquoi c'est important de le
217 prendre en...

218 **Marine : ...euh oui, en quoi ça peut impacter euh ta prise en charge ?**

219 Mme Lalut : Alors, c'est hyper difficile euh... difficile. Je pense que ça doit s'inscrire dans les
220 prises en charge en tout cas, on doit en avoir conscience nous en tant que soignants et... si c'est
221 possible questionner euh le, le patient si on ne connaît pas la culture à laquelle il appartient par
222 exemple. Pour pas le heurter, pour pas faire de conclusion hâtive sur des éléments qui pourraient
223 nous paraître étranges alors qu'en fait, si ça se trouve c'est juste culturel, ou... délirant alors qu'en
224 fait c'était juste culturel tu vois. Questionner le patient, questionner la famille... mais à la fois c'est
225 hyper délicat. Parce que, ta culture est la mienne déjà, elle est différente même si, on est toutes les
226 deux françaises de parents français admettons, même moi je suis d'une région différente que la
227 tienne, donc euh, une éducation différente donc je pense que, elle sera forcément différente. Donc,
228 c'est encore plus délicat avec les patients, par exemple euh, étrangers ou y'a une mixité et cetera...
229 Je pense que c'est à prendre en compte mais il faut réussir à trier, la clinique pure, psychiatrique,
230 parce qu'on parle de psychiatrie, de la culture, et pas mélanger les deux. Et c'est à prendre en compte,
231 dans le soin, dans le sens où euh... beh euh... comment on peut dire...(*silence*). Faut pas... je
232 pense qu'il faut pas le... faut pas le nier en fait tu vois, même s'il y a un cadre de soin et que, à
233 quelle heure y a ça, ça, ça, ça, euh... ben en fait faut essayer de trouver des stratagèmes et des
234 arrangements. Par exemple, ça nous arrive très souvent en période de ramadan, qu'y ait des patients
235 qui veulent faire le ramadan. Donc, dans un premier temps t'essaie bah, tu te renseignes auprès de
236 tes collègues qui par exemple font ramadan, qui t'explique ben en fait, quand tu es hospitalisé t'es
237 pas, je te prends cet exemple parce que c'est plus simple, et en plus ça arrive souvent, t'es pas obligé
238 de faire le ramadan quand t'es hospitalisé. Les imams ils autorisent à ce que les personnes ne fassent
239 pas le ramadan. Donc tu appuies sur ça, en pouvant dire à, au ton patient, bah voilà mon collègue
240 qui, qui est pratiquant ou qui pratique cette religion-là, qui pratique ce, ce, ce, rite-là du ramadan...
241 lui euh, enfin voilà il m'a il m'a indiqué que, que c'était pas nécessaire. Si le patient est accessible
242 tant mieux, s'il est pas accessible faut trouver un autre arrangement. Donc l'arrangement ça peut

243 être de décaler la prise des traitements, par exemple si c'est possible, pour qu'il y ait une prise de
244 traitement le matin très tôt, une prise de traitement le soir après le coucher du soleil tu vois ça, c'est
245 des choses qui peuvent être établies. Mais en accueil fermé c'est quand même euh, très complexe
246 de le mettre en place.

247 **Marine : Ah oui ?**

248 Mme Lalut : Parce qu'il y a aussi une ritualisation autour de la prise des traitements et une nécessité
249 de prise à des taux euh, des moments horaires précis, donc euh tu vois c'est, ça fait aussi partie du
250 soin, ça marque aussi le cadre donc voilà. C'est c'est un jeu hyper euh, hyper délicat de pas nier la
251 culture de la personne, en lui disant oui mais là à l'instant T, ta santé mentale doit primer et, tout le
252 soin doit primer, surtout dans un milieu de soins sous contrainte. Le gars il te dit mais en fait, je
253 m'en fous moi, je veux sortir tu vois, je suis pas malade. Je pense que ça serait délicat dans un autre
254 euh, la psychiatrie c'est vraiment particulier.

255 **Marine : Ah ben c'est pour ça que j'ai voulu venir, en psychiatrie, je me suis dit que c'était**
256 **encore plus complexe quoi...**

257 Mme Lalut : Après tu as aussi l'histoire des Corans ça, ça arrive souvent ça, tu vois, je te parle de
258 du Coran parce que c'est ce qui me vient en tête mais ça pourrait n'importe quel livre religieux. Un
259 patient en iso qui demande un livre religieux, ben comment tu fais ? T'as pas le droit de donner
260 d'objet en iso...

261 **Marine : Et ouais...**

262 Mme Lalut : Voilà, sauf que c'est hyper important pour lui et, qu'il délire pas sur une thématique
263 mystique comment tu fais ?

264 **Marine : Ah ben...**

265 Mme Lalut : Tu vois ? C'est ça l'idée, et ben l'idée c'est d'aller creuser est-ce qu'il y a un délire
266 mystique derrière ou pas. Sinon, ben on peut peut-être demander au psychiatre d'autoriser au moins
267 celui voilà tu vois ? Et surveiller qu'elle en est la, l'utilisation est-ce qu'elle est pathologique ou
268 non ?

269 **Marine : Ben alors après, juste brièvement mais, est-ce que t'as déjà entendu parler de**
270 **compétences culturelles ?**

271 Mme Lalut : Euh non, non vraiment non, compétence et culturelle en même temps non, ça
272 m'intrigue.

273 **Marine : Et transculturalité non plus ?**

274 Mme Lalut : Si transculturalité si, c'est, c'est ces formations ethno psy ça ?

275 **Marine : Oui**

276 Mme Lalut : et euh ça remonte à quelque temps, ça m'intéressait vachement mais ça va peut-être
 277 me revenir vas-y ?

278 **Marine : Ah non, non, c'était juste une question, pour moi c'est une question ouvertement**
 279 **fermée.**

280 Mme Lalut : Ok eh ben j'ai fait la formation ethnopsy, donc du coup euh, j'ai potassé un petit peu
 281 transculturalité, *acculturalité* tutti quanti, donc ça, j'ai quelques notions je pense, c'est une
 282 vaste...euh

283 **Marine : Bon après c'est compliqué parce que y en a pas beaucoup en France, en réalité hein**
 284 **de de trucs là-dessus, à part en enthnopsychiatrie, c'est à peu près le seul secteur en France**
 285 **où c'est développé parce que c'est vraiment comme euh... tu vois un peu la**
 286 **transdisciplinarité ? Mais avec la culture ça réussi à tu vois.. ? Mais c'est pas trop**
 287 **développé... (silence) Ok, après sur le refus de soin alors...**

288 Mme Lalut : Ok.

289 **Marine : Est-ce que tu as déjà fait face à un refus de soins et comment tu t'y es pris ? (rire)**

290 Mme Lalut : (rire) Alors euh... comment te dire Marine ? C'est-à-dire que je le vois à peu près tous
 291 les jours dans ma pratique quotidienne, en accueil crise fermé dans un secteur où euh, 99,9 de mes
 292 patients sont hospitalisé sous-contrainte et, donc du coup n'ont pas envie de se soigner. Donc
 293 comment tu t'y prends pour soigner quelqu'un qui n'a pas envie d'être soigné ? Bah tu tu t'adaptes
 294 voilà, capacité d'adaptation *number one*, tu essaies de créer une relation soignant/soignée solide,
 295 avec un lien de confiance. Et ça, ça peut prendre euh parfois beaucoup de temps, donc parfois t'es
 296 dans l'agir, même si un refus de soin t'es obligé d'être dans l'agir, donc tu sécurisé et tu fais ton
 297 soin. Tu as pu le voir je pense en stage.... et parfois bah tu créer la relation bah après avoir fait un
 298 soin sous la contrainte et en présence de renforts et cetera donc euh... voilà tu pars pas pareil au
 299 niveau de la relation soignant/soigné tu vois. Je pense que, il faut avoir beaucoup de stratégies de
 300 négociation, de pacification... faut essayer de comprendre pourquoi il y a un refus de soin aussi tu
 301 vois c'est hyper important ! Ca peut... les raisons elles peuvent être diverses et variées, ils sont pas
 302 tous euh... : « *bah parce qu'en fait je suis pas malade* ». Des fois, faut aller creuser un petit peu
 303 plus loin que ça tu vois, pourquoi tu dis que tu es pas malade ? Pourquoi tu es venu ici ? Essaye
 304 de m'expliquer... voilà. Est-ce qu'il y a de la persécution, est-ce que le gars il est en manie en fait
 305 il adore son état, donc il a pas du tout envie de s'en détacher, parce que voilà. Et puis après dans la
 306 discussion il faut essayer de ramener un petit peu des éléments de réalité, sans casser le délire. Ca
 307 c'est un jeu aussi qui est complexe mais, vachement intéressant. Casser le délire ou, ou les
 308 comportements inappropriés, parce que...ça peut-être aussi le cas et ...en fait euh... s'appuyer
 309 sur.... sur les normes sociétales, ce que leur demande la société en fait. Faut essayer d'expliquer
 310 que nous notre job, c'est pas de d'abraser complètement les sentiments qu'ils les font vivre et qui,

311 qui les remplissent. S'il y'a pas d'animosité, je te parle d'un patient qui a par exemple je sais pas
312 en en manie tu vois ?

313 **Marine : Mmh mmh...**

314 Mme Lalut : L'idée c'est... c'est de lui expliquer qu'on va... L'idée c'est pas de le, le complètement
315 lui retirer cette... exaltation qu'il le fait vivre et qui le rend heureux et comblé. Mais plutôt de
316 l'apaiser pour pas qu'il se mette en difficulté en termes de normes sociétales dans ses relations
317 qu'elles soient professionnelles ou personnelles, pour pas qu'ils se mettent en danger, pour pas tout
318 ça... Donc ça c'est beaucoup de négociations mais ça passe par la relation aussi en fait hein, si ton
319 patient il arrive à avoir confiance en toi et ben, tu peux ouvrir des portes après tu vois ? Je te dis
320 pas que tout de suite il va dire : ok, c'est bon je prends mon traitement voilà, je vais arrêter le *shit*,
321 pas du tout. Mais peut être que t'ouvre des portes en lui et auquel il va pouvoir réfléchir au fur et à
322 mesure. Et parfois ça prend des années, tu vois. Surtout avec les patients psychiatriques soins sous
323 contrainte quoi.

324 **Marine : Mmh.**

325 Mme Lalut : Mais c'est vachement intéressant ! C'est je, je pense que... nous ici ça c'est... le plus
326 important de notre job quoi, tu vois ? De réussir à construire cette relation, pour travailler sur la
327 pathologie. En plus du fait que tu travailles avec des, des, des pathologies en psychiatrie qui sont
328 très stéréotypés, donc l'œil de la société sur ces pathologies elle est euh... il est euh, quand même...
329 très souvent péjoratif tu vois... Donc faut aussi apporter un... essayer d'assainir un petit peu tout
330 ça tu vois... en leur expliquant que beh.. en prenant en compte que la société a peur de ces patients
331 là et, à la fois en essayant de leur dire qu'il faut réussir à s'étendre social... à s'insérer dans cette
332 société où ils font peur à tout le monde et, qui les rejettent aussi tu vois, c'est complexe hein ?

333 **Marine : Ah ça, je te le fait pas dire...**

334 Mme Lalut : Mais c'est intéressant !

335 **Marine : C'est pour ça que c'est passionnant.**

336 Mme Lalut : C'est clair...

337 **Marine : Ben dernier truc est-ce que tu as des choses à rajouter, quelque chose à quoi ça t'a**
338 **fait penser... ?**

339 Mme Lalut : (Silence)... Non je trouve que c'est un sujet qui est vachement intéressant, je pense
340 que tu vas pouvoir faire sortir pas mal de choses là-dessus. Tu me l'aurais dit avant je t'aurais filé
341 des... mon truc sur l'ethnopsy... ma formation ethnopsy.

342 **Marine : Ah oui, c'est vrai, j'ai pas pensé...**

343 Mme Lalut : Je t'envverrais par mail et j'essaierai de regarder si je l'ai à la maison et je te... je te
344 transférais le... mon doc qu'elle nous avez filé. Moi c'est quelque chose qui me mobilise toujours,

345 parce que j'essaie toujours de réfléchir à... ce qu'on a pu mettre en place. Dans les soins ici un
346 accueil crise fermée... je pense que parfois on taxe trop le soin euh...sans forcément prendre en
347 compte parce que, par manque de temps ou, par manque d'envie je sais pas le, le patient dans ce
348 qui est profondément tu vois... Mais c'est, c'est, c'est, c'est hyper nécessaire. C'est hyper nécessaire
349 donc euh... c'est vachement intéressant comme sujet, tu vas partir avec plein de.... de base... à te,
350 pour te questionner toi-même quoi..

351 **Marine : Bah oui c'est un des trucs qui me questionne le plus c'est pour ça que je travaille**
352 **la-dessus.**

353 Mme Lalut : Ouais, carrément, franchement c'est, c'est hyper intéressant mais, c'est aussi plein de
354 choses qui s'entremêlent quand même...

355 **Marine : Ah oui !**

356 Mme Lalut : Parce que quand t'as un patient qui vient d'Afrique noire pour qui euh, les esprits c'est
357 juste une réalité dans sa culture et, qui a plein de choses qui se mettent en place pour les combattre
358 dans sa culture et, qui te dit qu'ils voient des esprits. Bah toi va lui faire comprendre qu'en fait euh,
359 y a une maladie psychiatrique si t'as évalué que et c'était vraiment une maladie psychiatrique tu
360 vois ? Et puis va le faire comprendre à la famille aussi, qui eux pensent qu'il est complètement
361 ensorcelé quoi, tu vois ? C'est hyper intéressant...

362 **Marine : Il y a carrément un enjeu le diagnostic même du coup... ?**

363 Mme Lalut : Il y a un enjeu de diagnostic, après l'enjeu diagnostic quand même, il.... Alors moi
364 quand même quand je, je, j'ai, j'ai commencé, que je suis sortie de l'école infirmière, je me suis dit
365 mais comment ils font les psychiatres, pour savoir si c'est vrai en fait, ou pas ? Pour savoir si le
366 patient il est délirant, ou si c'est juste culturel, comment ils font ? Sauf qu'en fait tu te rends vite
367 compte que... ça existe pas une pathologie où il y a que le délire quoi, tu vois. En tout cas nous on
368 les voit pas tu vois. J'en ai jamais vu... Euh...c'est à dire que si y a que le délire, c'est un peu fin'...
369 c'est un peu étrange tu vois, y'a d'autres symptômes qui s'ajoutent, tu vois, tu as de la dissociation,
370 t'as la discordance, t'as... t'as la désorganisation, t'as le repli autistique, t'as... t'as un milliard de
371 symptômes qui se greffent autour de ce délire et, en fait, c'est ça qui t'aide à faire ton diagnostic,
372 plus que le délire...

373 **Marine : Que les idées en elles-mêmes ?**

374 Mme Lalut : Plus que les idées délirantes, tu vois ? C'est, c'est, c'est ça qui t'aide. Parce que si t'as
375 que euh des propos qui te paraissent délirants mais que t'as zéro symptôme autour, ben c'est là où
376 tu te dis ben, en fait c'est peut-être juste de la croyance ou, un trouble de la personnalité. Ce qui a
377 pu déjà être le cas, je sais pas si t'étais là tu vois, avec un détenu...

378 **Marine : Non, j'étais pas là...**

379 Mme Lalut : Donc euh voilà... Après au fil du temps, tu te rends compte que la patho psy c'est pas
380 que, que le délire tu vois, qu'il y a plein d'autres choses qui se greffent autour, et que c'est comme
381 ça qu'on pose un diagnostic en fait. Pas qu'en se fixant sur les idées et les propos délirants. C'est
382 hyper intéressant...

383 **Marine : Ben merci beaucoup...**

384 Mme Lalut : Et si y a un truc...ah si, si ça c'est important. Questionner... je sais pas si l'ai dit, je
385 sais pas si je l'ai dit, quand tu créer la relation avec ton patient, c'est bien de le questionner sur qui
386 il est, genre euh... Ben par exemple, c'est un patient d'origine étrangère : d'où vous venez ? De
387 quel pays vous venez ? Ca c'est en ethnopsy que j'avais appris ça, ils te disent des fois enfin, faut
388 même leur demander de, de, de quelle ethnie ils viennent tu vois. Pour avoir des notions et que ça
389 fasse des tilts tu vois. Mais ça tu le vois, la formation ethnopsy, quand tu sors de l'écoles tu, tu
390 penses même pas à ça, parce que tu te dis moi, je la connais pas sa culture, donc euh... tu vois ?
391 Qu'est-ce que ça va m'apporter ? Ben en fait, si ça t'apporte ! Si tu vois que le patient, il y a des
392 trucs qui peuvent te faire penser à de l'ethnopsy ben tu fais des petites recherches tu vois. Donc
393 voilà le questionner de... sur d'où il vient.

394 **Marine : Ben merci... non mais c'était, c'était important à rajouter.**

395 *(Coupure)*

396 Mme Lalut : (parle de sa formation ethnopsychiatrique)...les rites qu'il peut y avoir tu vois, pour
397 un enfant et cetera et cetera. Alors toi, on te dépose ça comme ça en psychiatrie, au fin fond de la
398 France tu te dis, ben en fait c'est, c'est de la folie mais en fait non, juste c'est un rite tu vois fin...Du
399 coup elle t'informe des rites qui peuvent exister pour pas que toi tu sois...euh

400 **Marine : C'est ça donc y'a quand même des connaissances ouais, qui t'aide a...**

401 Mme Lalut : ...Que ça donne quelques clés... Après il faudrait je pense des années pour être formée
402 à ça, parce qu'il y a tellement de cultures différentes tu vois, et là elle avait actuellement axée sur
403 l'Afrique noire, le Maghreb, parce que c'est nous, nos populations qu'on rencontre beaucoup tu vois.
404 Mais elle à pas beaucoup axé par exemple sur la population d'inde où d'Asie, alors que ça pourrait
405 être aussi intéressant tu vois.

406 **Marine : Ouais c'est sur...**

407 Mme Lalut : Du coup j'ai découvert des trucs de ouf tu vois, même à un plan uniquement personnel.
408 Je suis... enfin tu vois ma, ma petite elle est... elle est quarteron tu vois, son Papa est métis. Et en
409 fait, je me suis rendu compte, que mon beau-père, il lui avait offert un bracelet en argent tu vois,
410 quand elle était petite, mais en fait c'est un rite tu vois, et ça je le savais pas.

411 **Marine : D'accord !**

412 Mme Lalut : Enfin je me suis rendu compte de plein de trucs tu vois ?

413 **Marine : Ouais...**
414 Mme Lalut : ... C'est fou hein ?
415 **Marine : Ouais après quand on est curieux je pense...**
416 Mme Lalut : C'est hyper intéressant hein, c'est hyper intéressant... donc voilà. Je... j'essaierai de
417 te l'envoyer par mail. Tu m'envoies le truc de M. ****
418 **Marine : Ouais, je te fais ça pour le coup, j'avais préparé le mail mais je l'ai pas envoyé parce**
419 **que...Juste tu peux dire que tu es ok pour être enregistrée ?**
420 Mme Lalut : c'était complètement ok, consentante pour être enregistrée.
421 **Marine : Merci.**

ANNEXE V : Entretien avec M. Lenap

- 1 **Marine : Bonjour..**
- 2 M. Lenap : Non
- 3 **Marine : (rire), est-ce que tu es d'accord pour être enregistré ?**
- 4 M. Lenap : Oui !
- 5 **Marine : Est-ce que tu peux commencer par me donner tes... ton expérience dans le soin, tes**
6 **années de diplôme infirmiers, les services que tu as fais ?**
- 7 M. Lenap : Euh du coup je suis diplômé infirmier de juillet 2023, je suis actuellement à *****
8 (service d'accueil crise fermé) où j'ai pris poste à la fin de l'école et, je suis dans cette école depuis
9 euh, depuis maintenant.
- 10 **Marine : D'accord, et tu avais une expérience auparavant ?**
- 11 M. Lenap : J'avais une expérience avant où j'étais aide-soignant, euh j'ai eu le diplôme d'aide-
12 soignant en 2014, j'ai commencé à travailler en deux mille qua... en 2015. Et alors de... 2015 à
13 2020, j'ai exercé en maison de retraite et, en psychiatrie dans un secteur fermé comme ****.
- 14 **Marine : Ok, très bien. Alors, ma première question c'est, comment vous définiriez la... tu**
15 **définis pardon, la compétence infirmière et comment on devient compétent selon toi...**
- 16 (M. Lenap me demande de mettre pause dans l'enregistrement, inquiet de ne pas être à la hauteur,
17 je prends le temps de lui expliquer l'exercice)
- 18 M. Lenap : donc du coup
- 19 **Marine : Comment définis-tu la compétence infirmière et comment on devient compétent**
20 **selon toi ?**
- 21 M. Lenap : Ben une compétence infirmier c'est... alors c'est sûr que de base voilà dans le cursus et
22 dans... la formation on nous apprend qu'il y a plusieurs thèmes de compétences qu'il y a euh...qu'il
23 y en a quelques-unes que je ne me rappelle plus combien il y en a, mais quelques-unes. Euh... c'est
24 en lien avec toute la formation mais euh... La compétence infirmière c'est, c'est quelque chose qui
25 euh... qui est propre du coup au métier et qui se permet...qui possible, qu'il est possible d'être
26 développé, d'être d'expertisé et voire même d'en faire quelque chose qui peut être vraiment euh, un
27 soin à proprement parler. Euh... si on le développe au maximum euh...(soupir) c'est compliqué
28 hein.
- 29 **Marine : Et euh ouais, comment tu penses qu'on peut le devenir compétent ? Qu'est-ce que**
30 **tu...**
- 31 M. Lenap : Comment on peut devenir compétent ?

32 **Marine : Mmh mmh.**

33 M. Lenap : Alors on devient compétent en... en liant la pratique et la théorie. Euh la théorie est
34 une chose qui est fondamentale pour pouvoir euh.. vis-à-vis du patient et vis-à-vis euh... de la prise
35 en charge et des soins euh... qui est indispensable. Et après derrière beh, il y a le relationnel avec
36 le patient, il y a euh... il y a la, le terrain quoi, et le terrain ben malheureusement c'est euh... faut
37 faire et... des fois on fait pas parfaitement. Et... le plus important c'est de savoir toujours se
38 questionner, toujours savoir remettre en question ses compétences, sa valeur, de manière à pouvoir
39 toujours se rectifier, toujours progresser, dans dans, dans sa façon de de travailler.

40 **Marine : Ok. Et est-ce que tu te sens compétent toi ?**

41 M. Lenap : Alors...on va dire... que sur euh le principe de me sentir compétent euh... Beh, en
42 règle générale oui, parce que.... souvent le patient, les patients font des retours positifs, le patient
43 nous rend souvent ce qu'on peut apporter donc on peut, je peux partir de ce principe que je suis
44 compétent dans mon travail, si le patient me renvoie quelque chose de positif. Après si on... est un
45 petit peu plus exigeant envers soi-même, je sais qu'il y a des endroits où on peut être... encore
46 plus... je pourrais être plus euh je pourrais être plus expert en fait dans, dans certaines choses. Mais
47 voilà, ça fait 6 mois que je suis diplômé, 6 mois que je travaille en psychiatrie alors euh... Même
48 si je travaillais avant en psychiatrie, mais je pense que je peux évoluer encore et m'améliorer encore
49 plus mais voilà, ça passe par de la formation, du questionnement sur euh... sur mon travail. Et...beh,
50 voir si euh...et aussi être, être jugée par ses pairs aussi, par les autres infirmiers, le cadre, les
51 médecins pour savoir voilà, savoir ce qu'on vaut aussi réellement par le biais du regard des autres
52 aussi.

53 **Marine : Super. Donc on va parler la relation soignant/soigné, c'est quoi selon toi la relation**
54 **de soin, fin la relation soignant/soigné et comment euh, elle permet de personnaliser la, la**
55 **prise en charge ?**

56 M. Lenap : Euh... La relation c'est...euh soignant/soigné, pour moi c'est quelque chose qui est
57 fondamental. Euh... pour l'avoir vécu ou, rien qu'en étant étudiant euh, venir faire un soin à une
58 personne qu'on ne connaît pas, qu'on n'a jamais vu, parce que c'est notre premier jour de stage, c'est
59 toujours très compliqué. Parce qu'on va se focaliser beh déjà sur la théorie, sur... le bien faire, et
60 on en oublie le relationnel, parce que beh on est novice et qu'on essaie de vraiment de... de faire
61 au mieux la chose. Et en fait on se rend compte que euh, au fil des semaines et au fil des jours, on
62 crée du relationnel dans le soin, parce que la personne on la connaît on a pu échanger et... et le
63 soin bizarrement est beaucoup plus facile. Alors je pense pas qu'en 15 jours on peut être expert
64 de... d'un pansement hyper complexe, mais par contre se sentir à l'aise lors du soin euh... ça passe
65 aussi par la relation soignant/soigné. Et du coup inconsciemment, le patient aussi se sent mieux et
66 nous fait confiance, donc c'est un cercle euh... c'est un cercle qui, qui rentre en jeu au moment où
67 euh... les, les premiers soins commencent. Et euh... et dans un contexte de psychiatrie la relation
68 soignant/soigné c'est la clé de tout euh, c'est la clé de tout parce que si on... si y a pas de relation,

69 sans relation y a pas de soin. Donc du coup bah, le patient en fait, il est livré à lui-même dans une
70 humilité et, et on fait rien pour lui donc euh...c'est pas... c'est, absolument pas ce qu'il faut faire.

71 **Marine : Et tu t'en sers ou, tu t'appuies dessus pour personnaliser tes soins ?**

72 M. Lenap : Oui, oui oui oui, alors euh il y a... comment s'appelle... on fait pas les... je veux pas
73 faire le même soin avec un patient que je connais depuis 6 mois, qu'un patient que je connais depuis
74 une semaine. Ca dépend aussi de, du relationnel qu'on peut avoir, des échanges qu'on a pu avoir
75 c'est euh... c'est toujours intéressant beh quand on connaît un peu certaines... certaines passions
76 d'un patient ou... certaines envies. Beh quand on est obligé de faire un soin qui peut être un peu
77 euh... un peu maltraitant entre guillemets – bah comme une injection, comme un NAP, comme
78 une prise de sang – beh on peut créer du lien et, échanger avec le patient, sur des sujets
79 complètement... différents de la prise de sang et, pourtant la prise de sang va bien se passer. Mais
80 c'est... comme je l'ai dit tout à l'heure, faut que ça passe par une expérience de soins, une expérience
81 de faire, qui nous amène à quelque chose où on peut améliorer notre soin, quand on sait faire, on
82 peut encore mieux faire. Et euh... par le relationnel ça rentre en jeu.

83 **Marine : Ok, super. Alors là, on aborde la cultu... non, non non, pardon, excuse-moi, est-ce**
84 **que ça t'est déjà arrivé d'avoir l'impression d'agir à l'encontre de ta vision du soin ? Ou**
85 **d'avoir vu une situation ?**

86 M. Lenap : Euh... alors oui, oui oui, parce que... on n'est pas tout le temps d'accord euh... que...
87 dans le secteur de la psychiatrie par moment il faut être à plusieurs, pour faire certains soins,
88 certaines prises de décision et, on peut pas, on ne peut pas être tout le temps, tout le temps, tout le
89 temps d'accord avec ses collègues. Par moment ça nous arrive d'être, en opposition, et euh, alors
90 oui, il y a des choses que des fois je n'étais pas d'accord, mais que j'ai fait, même si ça allait pas à
91 l'encontre absolue de mes principes, parce que si ça va à l'encontre absolue de mes principes là c'est
92 non. Mais peut-être que moi j'aurais pas fait comme ça. C'est plus euh...pas à l'encontre mes
93 principes, mais plus à l'encontre euh, de mon idée initiale. Euh...mais le plus important c'est voilà
94 on travaille en équipe, on est une équipe et, quand quelqu'un prend une décision même si on en a
95 on n'est pas totalement d'accord, c'est en tout cas d'aller dans ce sens-là... Et après... de questionner
96 d'échanger et de comprendre en fait pourquoi cette personne a fait ça, et peut-être qu'elle peut nous
97 faire changer d'avis et, et nous donner, donner des arguments qui sont euh... qui sont valables à
98 entendre et, finalement changer notre vision du... du soin qu'on allait faire. Et euh...je pense que
99 même moi, aussi je pense avoir fait des choses, que certains de mes collègues n'ont peut-être pas
100 cautionné mais, ou étaient pas trop d'accord, mais qu'ils ont fait quand même. Après quand on est
101 dans un principe individuel, euh... où il y a plus d'équipe et c'est vraiment un soin euh... où on est
102 seul, là par contre non, non. Je n'irais pas faire quelque chose que je, je... je suis pas d'accord.
103 Euh... ou en tout cas je revendiquerai... fort euh...mon mécontentement. Après si c'est une
104 décision médicale et que je n'ai pas le choix, et que c'est quelque chose que en aucun cas je peux
105 trop me rétracter, beh... je le ferais mais... pas... pas vraiment avec enthousiasme.

106 **Marine : (rire) D'accord... Ben du coup maintenant la culture et la compétence culturelle.**
107 **Euh, du coup selon toi c'est quoi la culture et est-ce qu'elle peut avoir un impact dans la prise**
108 **en charge ? Dans la façon de prendre en charge...**

109 M. Lenap : Alors oui, oui oui, la culture, pour moi la culture c'est.... c'est toute euh... déjà il y a
110 une partie par euh... une partie qui se fait par la religion. Il y a une grosse partie de la culture qui
111 est en lien avec les religions, il y a une partie de la culture qui va être... les habitudes de vie et
112 euh... et... et les façons de beh de manger de, de vivre, de la personne. Quelqu'un qui mange pas
113 de viande, y'à la religion au milieu, mais ça, ça a un impact dans la prise en charge. On peut pas
114 donner voilà... faut qu'on soit en lien et on n'est pas tout le temps adaptés dans, dans nos régimes,
115 ou dans, dans le service des fois il faut qu'on fasse des... des demandes tout ça, ça prend du temps
116 et il faut qu'on essaye, un maximum de bah de rentrer en... comment s'appelle, de rentrer en
117 adéquation avec la culture de la personne. Il y a des personnes euh...c'est, c'est c'est... j'ai un
118 exemple qui me vient en tête là. C'est un patient que, qui était un patient schizophrène, très connu
119 de la psychiatrie euh... Je travaillais avant en tant qu'aide-soignant, ça faisait 20 ans qu'il était là
120 et...euh c'était un patient son souhait de vie et sa vie était d'être SDF. Lui ce qu'il voulait c'est être
121 SDF. Et euh... en fait après plusieurs, plusieurs, plusieurs années ou on a... absolument toujours
122 voulu le mettre dans une structure, on le renvoyait dans un appartement... même avec un
123 appartement, il retourné dans la rue. Euh...donc au bout d'un moment en fait on... quand on le
124 faisait sortir, on le laissait sortir avec, ces traitements sur lui, on faisait tout en lien pour qu'il puisse
125 culturellement lui, se sentir bien, c'était être dans la rue. On faisait tout pour que dans la rue, il
126 euh...la prise en charge était..., soit maintenue. On savait que c'était quelque chose de très précaire
127 et, que c'était quelque chose qui était... qui allait durer 6 mois, 7 mois puis, il allait revenir et on
128 allait reprendre soin de lui. Mais voilà, c'était euh... on s'était adapté à sa façon de voir sa vie, et
129 finalement tout se passait bien. Quand il venait alors oui, il était un peu décompensé on reprenait
130 un peu le traitement, il restait 15 jours, un mois et après ressortez, il avait pris quelques douches
131 euh..., il se sentait mieux. Parce qu'après c'était quelqu'un de très débrouillard à l'extérieur, il était
132 pas dénutris... il était en pleine forme voilà. C'est ce, c'est l'idée qui me vient en tête. Après c'est
133 sûr, que si on rentre dans la culture classique avec les religions euh...oui on est obligé de faire en
134 sorte de respecter euh ... le patient... je me verrais pas euh... empêcher un patient, il me dit la
135 prière elle est à 08h30 et, je lui dis non il a petit-déj' à 08h30. Non tu fais ta prière, et tu viendras
136 après tu viens après, manger, voilà. C'est pouvoir être...on est dans une institution euh... on peut,
137 faut faire au mieux pour, pour pouvoir accepter les cultures de chacun. Des fois c'est plus compliqué,
138 des fois il faut... des fois il faut... dire non parce que c'est pas possible, en fonction de l'état du
139 patient et en fonction de pourquoi c'est fait. Euh... et puis en soi, il y a beaucoup de religions aussi,
140 sur ce principe-là qui euh..., qui accepte de, la non faisabilité de certaines choses euh... alors quand,
141 lorsqu'on est malade...ben on n'est pas... on n'est pas puni par la, par la religion ou par, ou par
142 Dieu parce que c'est, c'est pas grave, on est malade, on est là pour se soigner d'abord soi. Et après
143 la religion est au 2nd plan. Donc euh... c'est vrai que la culture c'est, c'est important puis connaître

144 la culture du patient, c'est aussi créer le relationnel. Euh... sans ce que... ça fait... c'est bien d'avoir
145 un bon relationnel, il y a des gens qui ont une capacité à échanger et à discuter avec les gens, de
146 tout et de rien, de la pluie du beau temps. D'autres personnes sont plus en difficulté et...beh ça fait
147 partie de comprendre la culture de l'autre et de comprendre, ses... son souhait de vie. Ça permet de
148 pouvoir créer du lien et créer de l'échange... sur certains sujets et, ça fait partie de d'un soin à
149 proprement parler.

150 **Marine : Super merci beaucoup, alors là c'est vraiment une question fermée hein, c'est pour**
151 **voir un petit peu, qui c'est qui en a entendu parler ou pas, mais est-ce que t'as déjà entendu**
152 **parler de compétences culturelles ou de transculturalité ?**

153 M. Lenap : Alors j'avoue que non, j'en avais jamais entendu parler, mais ça me choque pas, c'est...
154 c'est, c'est je pense que c'est même très bien que, des personnes soient spécialisées dans certains
155 secteurs, peut-être pas dans tous les unités de hospitaliers. Mais dans certaines unités hospitalières,
156 en tout cas pour la psychiatrie, je pense que ça peut être très intéressant que quelqu'un ait des
157 capacités diverses, et variées et des et des connaissances sur les différentes cultures qui peuvent
158 exister voilà.

159 **Marine : Merci beaucoup, alors ensuite, je vérifie juste si ça enregistrer encore..., la c'est la**
160 **partie sur le refus de soins. Donc y a qu'une question enfin... une question qui se divise en 2**
161 **parties, enfin ouais. Est-ce que tu as déjà fait face à un refus de soins et si oui comment tu t'y**
162 **es pris ? On est en psychiatrie, je suppose que ça va être oui mais...**

163 M. Lenap : Voilà, en psychiatrie oui le refus de soin euh... il est quand même bien présent, étant
164 donné que beh, on est dans un secteur fermé, de façon à ... sous mesure de protection, donc euh on
165 est... on est sur des patients qui ne veulent pas être soignés. Donc obligatoirement souvent on est
166 lié au refus, dans les premiers temps, après les traitements font leur effet et, le refus est un peu
167 moins euh... on va dire actif. Il devient un petit peu plus passif, en nous disant souvent : « *je le*
168 *prendrai plus quand je sortirais* ». Mais... mais oui le refus de soin il est présent euh... je l'ai
169 jamais vécu en dehors de la psychiatrie, je réfléchis mais euh... Non ça me dit rien, ça me dit rien,
170 ça me dit rien. Mais en tout cas oui en psychiatrie, j'ai déjà vécu des refus de soins aussi pour des
171 raisons qui s'entendent, un patient qui refuse de faire la piqûre le matin parce que ça sédate, il
172 préfère la faire à 18h00. Ben oui ça s'entend. On va faire un NAP, s'il se sent moins bien après le
173 NAP et qu'il se dit... : je pense que vaut mieux passer une journée complète bien et, dormir et, le
174 lendemain on est mieux voilà. C'est aussi entendre le refus, il y a certains refus ils sont entendables
175 et, et il faut en prendre compte. Et pour les autres où, c'est plus compliqué beh... souvent la
176 pathologie rentre en jeu donc, on rentre dans une négociation et...voilà. C'est, c'est... souvent on
177 est à la limite souvent, peut-être, c'est un peu du chantage. Quand on fait, on fait de la négociation
178 à ce niveau-là mais, dans un sens c'est...c'est fondamental pour que le patient aille mieux, donc
179 euh...c'est un mal pour un bien entre guillemet. C'est, c'est comme ça...

180 **Marine : Très bien. Et du coup est-ce que tu as quelque chose à rajouter, est-ce que tout ça**
181 **t'évoque quelque chose en particulier, sur cette thématique, refus de soin, culture... ?**

182 M. Lenap : Euh...Oui, c'est ouais, c'est, c'est un sujet qui... moi qui en tout cas, qui... euh que je
183 trouve très important. Le, le relationnel et la relation soignant/soigné et, et le fait que même si on
184 se retrouve en dehors de, de la psychiatrie c'est hyper, hyper important dans tous les soins. Quand
185 on voit que même dans un service de réanimation, on demande aux soignants de parler aux patients,
186 ou y'a plus de communication. Mais on leur demande encore de leur parler, de dire ce qu'il faut
187 faire, ça montre bien l'importance du, du relationnel. Parce que... là on pourrait parler de
188 communication passive ou, la personne ne répond pas mais en vrai, on fait ça pour que la personne
189 ait des souvenirs que ça marque. Donc euh.... Inconsciemment c'est une relation non, non consentie
190 entre guillemets, par rapport à l'infirmier et le patient qui est endormi, mais c'est quand même une
191 relation. L'infirmier maintient une relation et pour avoir des connaissances qui sont dans ce secteur-
192 là, même, même si la personne ne répond pas on peut créer de l'affection. Et euh... donc euh... en
193 effet, si dans un secteur comme ça, il y a pas d'échange, alors dans tous les autres services ça devrait
194 être une priorité, une grosse priorité. Et du coup en découle la question de la culture comme j'ai dit
195 tout à l'heure. Alors euh, un bon un bon relationnel, c'est connaître la personne, connaître la
196 personne c'est aussi, connaître sa culture et connaître ses... ses... sa vie, connaître ses habitudes de
197 vie. On nous le réapprend souvent à l'école, en demandant les démarches et tout ça. C'est peut-être
198 souvent un peu bâclé quand on fait les démarches papier mais, mais en tout cas dans la vie au
199 quotidien, moi en tout cas, en tant qu'étudiant je... c'était pas ma priorité dans les démarches écrites,
200 mais par contre, dans le travail réel et face aux patients, c'était quelque chose qui m'importait
201 vraiment.

202 **Marine : Ok, ben merci beaucoup.**

203 M. Lenap : De rien.

ANNEXE VI : Entretien avec Mme Ippot

Marine : D'accord. Euh... bah du coup je vais commencer par vos années de diplôme, et euh... les services un peu que vous avez fait avant d'arriver ici ou, si vous êtes tout de suite arrivé ici. Voilà votre expérience un peu.

Mme Ippot: Alors moi, je suis diplômée depuis 2020 euh... j'ai fait, donc je suis diplômée de Montpellier, j'ai fait... un service de médecine interne, maladie multi-organique à Montpellier. Donc c'est un service qui s'occupe de, des maladies dysimmunitaires, auto-immunes, tout ça euh... vascularite, maladies rares, à diagnostic difficile. Et donc j'ai fait ça pendant un peu plus d'un an et, ensuite je suis venu ici à Avignon, et du coup j'ai directement commencé en endocrinologie HDS, HDJ.

Marine : D'accord, ok. Alors euh ma première question serait, comment vous définiriez, vous la compétence infirmière ?

Mme Ippot : Ola, c'est vague...

Marine : Mmh mmh, et ouais, et comment on devient compétent aussi, mais voilà, c'est en deux temps.

Mme Ippot : La compétence infirmière ?

Marine : Ouais...

Mme Ippot : Le fait d'être compétent ? Bah déjà c'est accrédité par un diplôme, donc euh... ça c'est facile... (silence). Je sais pas, ça regroupe tellement de choses euh... La compétence infirmière...(silence). Ben pour moi, c'est pour... c'est être à même de faire son travail, c'est à dire de bah, de cliniquement, pouvoir établir un diagnostic infirmier au lit du malade, réaliser les soins qui ont été posés et nécessaires pour pallier à... aux problèmes de santé et risques du patient. Donc euh... d'un point de vue infirmier, les problèmes de santé et risques, c'est souvent en lien avec une perte d'autonomie. Moi je, je sais que maintenant ils apprennent les choses différemment. Moi j'ai appris les 14 besoins de Virginie Anderson. Après je sais qu'il y a la pyramide de Maslow, mais en gros c'est une altération des... de, des, des besoins du patient qui peut plus satisfaire par lui-même. Donc comme on vient en suppléance à cette aide-là, et à côté..., donc ça c'est le rôle propre et, à côté de ça il y a le rôle prescrit. Donc pouvoir faire les soins prescrits, . Je sais pas si j'ai répondu complètement, mais...

Marine : Non, non, si c'est bien, c'est bien. Et du coup voilà comment on devient compétent ? Est ce qu'il y a besoin de temps ? Ou est ce qu'il y a besoin de plus de formation ? Ou est-ce que qu'on l'est direct au diplôme...

Mme Ippot : Comment on devient compétent ?

Marine : Oui.

Mme Ippot : Euh... oui, c'est du temps, clairement ! Quand on est diplômé... on a la base on va dire, mais euh...c'est, c'est une adaptation permanente des services, de l'équipe, de

36 l'organisation, voilà. Après quand on est... disons que c'est beaucoup plus simple quand on est
37 seul face au(x) patient(s). Parce que... on, si on s'extrait du contexte, on sait quoi faire et, dans
38 le contexte, en fait, on se rend compte que c'est pas toujours aussi simple euh... Donc comment
39 on devient compétent ? Bah ouais, c'est, c'est la connaissance euh...pour moi c'est la
40 connaissance du patient déjà, ça passe par la connaissance du patient. Donc, toutes les
41 informations qu'on peut avoir sur lui vont nous aider à comprendre, et à affiner notre... notre
42 plan de soins, donc notre... démarche clinique, la connaissance du patient, la connaissance de
43 la pathologie. Donc ça, quand on arrive dans un service c'est plus compliqué, mais au fur à
44 mesure de l'expérience, on acquiert... une certaine expertise de la pathologie qui fait qu'on est
45 plus fins, plus adaptés. Euh... la connaissance de l'équipe, ça fait beaucoup : qui fait quoi, pour
46 pouvoir s'appuyer, prendre le relais, travailler en équipe. Après voilà c'est... la, la compétence
47 c'est... c'est un bien grand mot en fait c'est... Une fois qu'on est diplômé, techniquement, on
48 est compétent, mais en fait, on se rend compte que c'est répondre aux attentes des uns et des
49 autres, du patient, des médecins, de, de l'équipe.

50 **Marine : D'accord, très bien. Euh, du coup là je pars sur la relation soignant/soigné. Donc**
51 **qu'est-ce que c'est selon vous, la relation soignant/soigné ?**

52 Mme Ippot : La relation soignant soignée, c'est beh, c'est... j'ai fait mon mémoire dessus en
53 plus (rire)

54 Marine : Voilà... (rire)

55 Mme Ippot : Ça commence à dater... Ça se distingue de la, de la relat'...Enfin, pour moi, à
56 partir du moment où on est en contact avec un patient, il y a relation, ça c'est sûr ! Mais ça fait
57 pas la relation soigné, soignant pour autant... Parce que pour moi la relation soignant/soigné, il
58 faut y avoir une certaine confiance, une certaine alliance thérapeutique. Donc elle se crée. On
59 a... on a une relation à partir du moment où on rentre en contact, parce qu'on est dans un
60 contexte de soins et voilà on a un soigné et un soignant. Mais, la relation soignant/soigné,
61 vraiment, elle se construit au petit à petit, avec la connaissance de l'un et de l'autre, avec la
62 confiance qu'on y met, avec l'alliance thérapeutique et tout ça.

63 **Marine : Et ouais, la deuxième question, enfin à la suite, c'est : comment vous faites vous**
64 **pour faire, pour personnaliser vos soins à partir de cette relation ?**

65 Mme Ippot : Personnaliser mes soins ?

66 **Marine : Ouais.**

67 Mme Ippot : (Réfléchit)... Eh Ben en fait, ça passe par la communication, euh...non verbale et
68 verbale. Euh... l'accueil déjà, c'est hyper important ! Euh... quand on... quand on connaît pas
69 quelqu'un, enfin je sais pas, c'est, c'est... je prends un exemple, moi j'aime bien les métaphores.
70 Quand on rencontre quelqu'un dans la rue, si on le connaît pas, et beh il se présente, il dit qu'il
71 est, voilà. Il y a un préalable aux soins qui est enfin, un préalable à la relation qui est nécessaire.
72 Et c'est vrai qu'on a tendance à l'oublier quand il y a un patient dans le lit, nous on sait pourquoi

73 il est là, lui, il sait pourquoi on est là, donc on part du principe que le préalable il a été fait. Pas
74 du tout ! Il nous connaît pas euh, il sait pas qui c'est derrière le masque, il sait pas euh...souvent,
75 il sait même pas si on infirmière, aide-soignante, donc euh... ou médecin ou quoi qu'est-ce.
76 Donc déjà, se présenter, accueillir et faire vraiment ce préalable à la relation. On se connaît pas
77 et beh voilà on se rencontre, déjà, premièrement. Et après beh communiquer au plus possible.
78 Une prise de sang, bah chez quelqu'un qui a l'habitude et où il y a pas de soucis, c'est pas pareil
79 que chez quelqu'un qui est qui a peur, qui, qui a la phobie des aiguilles et tout ça. Comme on
80 sait pas qui c'est qui est en face de nous, et beh demander. Qui êtes-vous ? Est-ce que vous,
81 vous êtes quelqu'un ou les piqûres, ça vous dérange pas ? Ou est-ce que vous êtes quelqu'un qui
82 est phobique. Voilà juste ça, en fait ça change tout le soin. Quelqu'un qui me dit j'ai pas, j'ai
83 l'habitude ça me dérange pas, bah effectivement mon soin il va être beaucoup plus rapide, et je
84 vais moins m'interroger. Quelqu'un qui me dit : ah moi je supporte pas ça, ça me met en stress,
85 et ben forcément je vais adapter le fait, je vais pas... je vais pas lui prendre le bras comme je
86 prendrai à l'autre qui me dit, allez-y moi il y a pas de souci quoi. Et donc c'est pareil un peu
87 pour tout, un pansement quand on commence à le faire bah voilà, est-ce qu'il est douloureux ?
88 Est-ce qu'il est pas douloureux. En fait, se poser des questions sur les conditions du soin entre
89 guillemets.

90 **Marine : Et alors là du coup j'ai une question un peu... Est-ce que ça vous est déjà arrivé**
91 **d'avoir des situ... de voir des situations, d'en vivre euh qui ont... qui allaient un peu à**
92 **l'encontre de votre vision du soin ?**

93 Mme Ippot : Ah oui ! Et ça, quotidiennement... (rire)

94 **Marine : (rire)**

95 Mme Ippot : C'est ce que je disais, c'est à dire que quand on est seul face au(x) patient(s) et
96 qu'on dit bah moi je vais faire ça, c'est beaucoup plus simple parce qu'on est tout seul. Sauf
97 qu'en fait ça se passe... le soin, c'est pas... ça ne (bafouille) ça ne se passe pas comme ça. Il y
98 a plein de choses qu'interagissent avec un soin. En théorie, moi mon soin, je voudrais qu'il soit
99 fait comme ça, comme ça, comme ça dans les règles mais en pratique, je suis avec un médecin
100 qui est pas d'accord avec... mon protocole. Je donne un exemple hein, je suis avec euh...une
101 équipe qui attend de moi, que... je fasse autre chose et du coup je suis pas vraiment là. Je suis
102 avec un secteur qui est absolument chaotique et du coup je, j'arrive pas à être pareil dans la
103 chambre présente à 100%. Voilà il y a plein de choses qui font, ou même en fait des fois on fait,
104 on fait des choses d'une manière, on... nous on a les arguments scientifiques parce qu'on veut
105 les faire de cette manière-là et, on sait que c'est la bonne manière. Sauf qu'en face bah, on a des
106 collègues bah, c'est pas de cette manière-là qu'elles font, et elles vont nous expliquer qu'elles,
107 elles ont d'autres raisons de faire d'une autre manière, enfin... Voilà il y a pas... quand on est
108 tout seul face aux patients c'est, c'est beaucoup plus simple. Mais... mais des fois c'est pas...
109 ça se passe pas comme ça, on a des demandes. Bah on a un rôle prescrit aussi où on comprend
110 pas toujours ce qu'on fait. Voilà c'est, oui des situations où moi j'étais pas d'accord, oui il y en

111 a eu. Euh....après euh... ouais, y en a plein hein. J'en ai une qui me revient vraiment en tête.
112 C'était une patiente qui avait des gros troubles cognitifs, qui était euh complètement désorientée
113 dans l'espace et dans le temps et, qui se rendaient pas compte qu'elle était en train de perdre son
114 œil. Il fallait absolument qu'elle se fasse opérer, sinon elle perdait la vue. Sauf que ben... une
115 patiente qui dit, qui se rend pas compte de ça et, qui est angoissée du soin parce que c'est ça
116 aussi. Quand on est dans une chambre où on sait pas pourquoi on est là, on sait pas qui vient en
117 blouse blanche, avec un masque en plus, c'est pire depuis qu'on a les masques. Euh.. qui sait
118 pas qu'est ce qui se passe quoi. On a beau lui expliquer, à un moment donné c'est...c'est qu'elle
119 écoute ses émotions de : j'ai peur, je sais pas ce qu'on me fait, j'y vais pas, plutôt que nous, c'est
120 c'est logique. Mais le fait est que voilà, on a beau lui dire, vous allez perdre votre œil, vous allez
121 perdre votre œil, si elle n'est... enfin si elle écoutait pas, enfin elle n'écoutait pas d'ailleurs et
122 c'était compliqué. Et du coup bah on a dû... on a dû la calmer par euh... par une piqûre... de
123 *Loxapac* dans les fesses. C'est pareil, on l'attrape, on lui met...(souponne). Donc euh très, très,
124 très compliqué euh... Non, ça correspond pas à ma vision du soin. Après est ce que c'était la
125 bonne réponse ? À l'heure actuelle, je sais toujours pas. Est ce que... elle a, elle a pas perdu son
126 œil, ça c'est le coté positif du truc. Après on, moi je considère qu'on a été violent. Est ce qu'on
127 a été violent euh... à bon escient ? Ça j'ai pas encore la réponse et je l'aurai jamais.

128 **Marine : Mmh...c'est intéressant. Euh...du coup, là après, ben je pars sur la culture. On**
129 **a euh... alors est-ce que selon vous c'est quoi la culture et comment elle peut impacter la**
130 **prise en charge ?**

131 Mme Ippot : Alors la, la culture, c'est les codes tacites, et euh...pour moi... difficiles des fois
132 de de de les définir. Mais c'est les codes tacites qu'on dans lesquels on baigne, depuis qu'on est
133 petit. C'est-à-dire dire qu'on nous apprend certaines choses, qu'on arrive même plus à
134 conscientiser. On sait que quand on nous donne quelque chose, on dit merci. On sait que quand
135 on demande quelque chose on dit s'il vous plaît, ça, c'est des codes. Est-ce que c'est des codes
136 que, si on change complètement de pays et, qu'on va à l'autre bout du globe ils ont ? Peut-être
137 pas. Mais du coup dès lors que nous, on considère que ces codes ils sont acquis pour tout le
138 monde, ça peut générer de l'incompréhension. Si je vais à l'autre bout de la terre et que je donne
139 quelque chose on me dit pas merci et que je me vexe, ça impacte forcément la relation. Parce
140 que j'attends quelque chose, parce qu'on m'a demandé, que cette attente... on m'a dit
141 implicitement que cette attente, elle était légitime. Et sur ça, il y a plein de choses ! Ça, ça, ça
142 fait appel à beh, ça fait appel à... à la relation, ça fait appel à notre place dans la société, ça fait
143 appel à... plein de choses. Ce bain de culture dans laquelle on est, et dans lequel on nage, et
144 ben ça fait que on va attendre certaines choses, on va on va dire sa situation là elle est normale
145 cette situation elle est pas normale. Et en fait le problème c'est quand on se confronte à des gens
146 qui ont des cultures différentes, et ben on a pas la même norme. Et donc à partir de ce moment-
147 là, si on communique pas et si on interroge pas on sait pas en fait, on n'arrive pas à distinguer
148 qu'est ce qui est de la norme ou pas. Forcément ça bouscule complètement la norme de la
149 relation. Donc, en fait ça demande un effort supplémentaire, de se demander là ce que le patient

150 fait, est-ce qu'il le fait parce que c'est sa culture, ou est-ce qu'il le fait parce qu'il est malpoli ?
 151 Est-ce qu'il le fait parce qu'il est pas dans son droit ? Parce qu'il pense être dans son droit ?
 152 Voilà, c'est... il y a plein de choses. Forcément, la culture, ça biaise la, la relation, ça la rend
 153 beaucoup plus compliquée. Euh après, il y avait la culture et il y avait.

154 **Marine : Bah c'est comment ça impact la prise en charge, mais vous avez déjà un répondu,**
 155 **mais...**

156 Mme Ippot : Ah bah complètement...

157 **Marine : Euh...c'est très bien. Et du coup, là c'est plus une question fermée, est-ce que**
 158 **vous avez déjà entendu parler de compétences culturelles ou de transculturalité ?**

159 Mme Ippot : Non, j'en ai jamais entendu parler, je comprends le concept. Mais j'en ai jamais
 160 entendu parler.

161 **Marine : Voilà, merci. Et là maintenant, il y a la question du refus de soins, donc est ce**
 162 **que vous avez déjà fait face à un refus de soins du coup ?**

163 Mme Ippot : Oui, plein de refus hein. Et en fait... on se fait tout un monde du refus de soins
 164 parce que on est actuellement dans une bascule qui est pour moi pas complètement faite, même
 165 si on a tendance à dire qu'elle devrait l'être. Dans une bascule d'un, d'un ancien schéma de soins,
 166 d'un nouveau schéma de soins. C'est à dire qu'on était vraiment dans, dans un soin qui était très
 167 patriarcale, entre guillemets avant où, ben... le, le patient il faisait confiance aveugle en l'équipe
 168 soignante ; l'équipe soignante disait que c'était ça qu'il fallait faire et c'était ça qui était fait,
 169 point barre. On est en train de basculer avec toutes les lois sur le droit des patients, toutes cette
 170 importance qu'on donne aux patients en tant que partenaires de soin. On est en train de basculer,
 171 mais pour moi c'est pas encore tout à fait fait euh...sur un patient qui est à même de décider ce
 172 qui est bon ou pas pour lui, malgré le fait qu'il ait pas les compétences médicales de le faire. Ce
 173 qui sous-entend qu'il faut qu'il ait les connaissances via nous, de pouvoir décider lui-même de
 174 ce qui est bon pour lui ou pas. Euh...donc des, des refus de soins on en a plein, dès lors que, à
 175 partir du moment où nous on dit ça, c'est ce qu'on veut pour vous et, que le patient il est pas
 176 d'accord, il y a un refus de soins. Le défaut, je trouve en ce moment, de cette bascule-là, c'est
 177 que du coup on est confronté à un médecin... fin' à une équipe soignante pour pas... pas
 178 stigmatisée, une équipe soignante qui peut facilement se braquer face au refus parce que, ben
 179 on sait ce qui est bon pour lui. Ouais mais pourquoi il dit non ? Est-ce qu'il sait que c'est
 180 vraiment bon pour lui ? Est-ce que, qu'est ce qui, qu'est ce qui... qu'est ce que dans la
 181 proposition qu'on lui fait, le bloque ? En fait c'est là où on n'est pas bon, c'est qu'on se pose pas
 182 forcément cette question-là, on se dit bah il refuse c'est pas grave il a qu'à rentrer chez lui. Ouais
 183 mais non en fait y'a... y'a d'autres...pourquoi il refuse ? Qu'est ce qui fait qu'il refuse ? Qu'est-
 184 ce qu'on peut lui proposer d'autres ? Parce que nous on dit c'est ça qui est bon pour lui ok mais,
 185 est-ce qu'il y a pas une autre option ? Et ça selon l'équipe avec laquelle on a... c'est ce que je
 186 disais tout à l'heure sur la compétence, c'est que, bah voilà, en fait on n'est pas tout seul et selon
 187 l'équipe avec laquelle euh... avec qui on travaille et bah ce travail, il est plus ou moins fait.

188 **Marine : D'accord. Après...du coup la question d'après, c'était comment vous vous y**
189 **êtes pris, mais c'est pareil c'est... vous avez déjà un petit peu répondu à la question. Alors**
190 **comment vous, comment ...comment vous avez vécu déjà les refus de soin et comment**
191 **vous vous y êtes pris pour essayer de...des explications en plus, justement aux patients**
192 **pour essayer de...**

193 Mme Ippot : Ah bah oui ! Pour moi, à partir du moment où il y a un refus d'une... d'une, d'une
194 thérapeutique ou d'un, d'un, d'un...d'un axe de soin, il faut expliquer en quoi ce refus l'impact.
195 Parce que...un consentement c'est donné de manière éclairée...tout ça mais, du coup un non-
196 consentement pour moi, ça l'est tout autant. À partir du moment où je refuse ce médicament-là,
197 je prends conscience que sans ce médicament-là, il se passera ça, ça, ça, ça. En tout cas, il y a
198 un risque de se passer ça, parce que j'ai pas une boule de cristal, mais probablement il risque de
199 se passer ça, ça, ça, ça. Est-ce que malgré tout ça, on dit non ? Parce que c'est vrai que... quand
200 on fait une... quand on va en chirurgie, on nous fait signer tout un papier, avec les effets
201 secondaires potentiels et tout ça ! Mais beh, on oublie les effets secondaires potentiels d'un refus
202 c'est... ça peut impacter tout autant.

203 **Marine : Et oui c'est vrai, mmh. Super et bah du coup, juste en dernier, est-ce que vous**
204 **avez quelque chose à ajouter ? Est-ce que vous avez quelque chose qui vous vient ?**

205 Mme Ippot : (*silence*) ... Sur le sujet, la culture, le refus de soin ?

206 **Marine : Ouais, culture, le refus, compétence tout ça, la relation soignant/soigné.**

207 Mme Ippot : Ben pour moi la clé c'est le temps, malheureusement euh, on le dit pour tout et je
208 sais que c'est l'argument pour tout entre guillemets mais... souvent on n'a pas le temps. **Marine :**
209 **Ouais ?**

210 Mme Ippot : De se poser toutes les questions, de se dire bah voilà bah pourquoi il refuse ?
211 Pourquoi... enfin voilà, c'est... c'est ce qui nous braque le plus je trouve, c'est quand le patient
212 en fait demande plus de temps. C'est à dire que bah je le disais tout à l'heure, un patient qui dit
213 moi j'ai l'habitude des prises de sang, prenez mon bras, faites-en ce que vous voulez, c'est méga
214 simple, parce qu'on sait qu'en 30 secondes la prise, la prise de sang elle sera faite. Je caricature
215 mais c'est l'idée quoi.

216 **Marine : Ouais.**

217 Mme Ippot : Quelqu'un qui dit bah non j'ai peur, quelqu'un qui parle pas notre langue, quelqu'un
218 qui qui dit bah moi du coup c'est pas pourquoi vous piquer, qu'est ce que vous me piquez j'en
219 veux pas. Forcément ça nous demande plus de temps. Et en fait, c'est là qu'on devient... comme
220 l'institution est maltraitante avec nous et nous donne pas le temps de faire cette démarche-là
221 auprès du patient, en fait on devient vite... complètement acculé par le par le fait que ce patient-
222 là demande du temps. Mais en fait c'est pas lui le problème, lui il a le droit de demander du
223 temps. Mais bon...pas toujours simple de l'avoir ce temps-là...

- 224 **Marine : Merci beaucoup. Juste est-ce que c'est possible de dire que vous étiez d'accord**
225 **pour être enregistrée comme ça, voilà...**
- 226 Mme Ippot : Oui, oui, oui, moi je suis tout à fait d'accord pour être enregistrée.
- 227 Marine : Très bien, merci, hop.

ANNEXE VII : Entretien avec Mme Osmur

- 1 **Marine : ... attends j'enregistre, euh... ton parcours, genre le parcours que t'y a eu...**
- 2 Mme Osmur : Ok
- 3 **Marine : ...depuis le diplôme, je te laisse y aller ?**
- 4 Mme Osmur : D'accord, donc tu veux que je me présente ?
- 5 **Marine : Ben oui... c'est ça.**
- 6 Mme Osmur : Donc, Mme Osmur, infirmière depuis 2014. Euh...donc j'ai été diplômée au C...
7 à l'école du CHU de *****. J'ai commencé par faire de l'intérim pendant... 3-4 mois et ensuite
8 j'ai fait 7 mois en maison de retraite, puis euh...puis j'ai commencé à l'hôpital *****, où j'ai fait
9 le pôle MCO, j'étais... j'étais roulante, quoi. J'étais au *pool*, donc j'ai fait euh médecine,
10 chirurgie, SSR, soins externes. Et ensuite, je suis arrivé aux urgences euh début... 2016. Donc
11 depuis 2016, je suis aux urgences. Voilà...
- 12 **Marine : Voilà ?**
- 13 Mme Osmur : Euh...là, je suis en train de passer le DU de... soins infirmiers d'urgence. Voilà,
14 c'est tout en diplôme supplémentaire.
- 15 **Marine : Oh ben c'est pas mal déjà ?**
- 16 Mme Osmur : C'est déjà bien, c'est super (*rire*)
- 17 **Marine : (*rire*) Du coup ? Je vais commencer par la première question, comment**
18 **définiriez-vous, tu pardon, la compétence infirmière ?**
- 19 Mme Osmur : Hum... Je dirais que c'est allier euh le savoir-être et le savoir-faire. Euh... surtout
20 aux urgences où on est confronté à différentes populations, différents âges, puisque nous on fait
21 pédiatrie et adulte. Euh... et y a beaucoup de tourisme aussi, donc faut savoir s'adapter
22 beaucoup à...à la population, aux différentes situations. Euh... donc voilà, les compétences je
23 dirais oui, le savoir-faire, donc avoir euh... savoir-faire, les soins techniques qu'on a aux
24 urgences. En plus quand on sort en SMUR aussi, être à l'aise sur les... sur les sorties SMUR,
25 donc avoir quand même une certaine expérience pour être... pour être assez à l'aise, c'est mieux.
26 Euh...voilà.
- 27 **Marine : Et du coup comment on devient, compétent selon toi ? L'expérience ou autre**
28 **chose ?**
- 29 Mme Osmur : Moi je dirais l'expérience surtout. Après, à l'école aussi, on... on apprend quand
30 même les bases. Mais bon, pour être vraiment compétent, moi j'imagine...enfin selon moi, ça
31 serait plutôt l'expérience. Euh...après aussi le travail en équipe, d'apprendre avec ses collègues
32 euh... au fur et à mesure. Parce que bon, on sort avec un diplôme de l'école, mais bon, c'est pas
33 pour autant qu'on... qu'on sait tout, qu'on sait tout faire ! Donc c'est... je dirais, avec
34 l'expérience.

35 **Marine : Et du coup, toi, au bout de 10 ans d'expérience, tu te sens plutôt compétente ou**
 36 **tu te dis j'ai encore trop d'choses à apprendre ?**

37 Mme Osmur : Bah pff... on peut toujours s'améliorer, parce que bon à *** (petit hôpital) ...
 38 c'est assez calme, entre guillemets. Tu vois, c'est c'est pas un grand service de... d'urgence euh,
 39 donc les soins techniques en fonction des moments où euh... en, en fonction des, des jours, on
 40 n'est pas forcément... on n'a pas forcément si on n'est pas chat noir, on n'a pas forcément
 41 beaucoup de, de, de situations réelles d'urgence. Euh... mais je sais plus quelle était la question
 42 du coup euh...

43 **Marine : Si tu te sens compétente ou...**

44 Mme Osmur : Oui, si je me sens compétente ! Oui, moi j'ai l'impression. En tout cas, je suis à
 45 l'aise dans mon travail et puis, je me sens pas particulièrement en difficulté... *rire*.

46 **Marine : *rire*... C'est l'impression que ça m'a donné aussi, hein j'te ...**

47 Mme Osmur : Bon ça va.

48 **Marine : Alors la euh... c'est la euh, la question c'est qu'est-ce que la relation**
 49 **soignant/soigné selon toi et est-ce ce qu'elle te permet de personnaliser les soins ?**

50 Mme Osmur : Alors la relation soignant/soigné euh... Bahh c'est établir déjà un... un... un bon
 51 relationnel euh pour, pour que les soins se passent au mieux. Donc bon après qu'est ce que c'est
 52 la relation soignant/soigné euh... Ben voilà, c'est de tout mettre en œuvre pour que les soins se
 53 passent le mieux possible donc oui, être euh, être quand même euh empathique. Donc c'est ce
 54 qu'on apprend, voilà à l'école aussi, hein l'empathie beaucoup à l'hôpital. Mais oui, ça a son
 55 importance quand même, parce que les gens ils arrivent ils souffrent ou... ils sont euh
 56 psychologiquement instables et c'est à prendre en considération euh quand, quand on les prend
 57 en charge.

58 **Marine : Alors...est ce que c'était déjà arrivé d'agir euh enfin, d'avoir l'impression d'agir**
 59 **à l'encontre de, de ta vision du soin ou d'avoir des situations qui te semblaient être un peu**
 60 **voilà...**

61 Mme Osmur : Alors euh... oui, des fois on a l'impression de... selon les situations que c'est pas
 62 forcément adapté. Par exemple euh... bah on pense surtout aux patients de psychiatrie où il faut
 63 contenir direct...hum...alors que enfin, sur prescription de médicale, alors que nous on
 64 considère... que la situation ne l'exige pas forcément. Donc, voilà, des fois il y a des situations
 65 comme ça ou des soins un peu trop poussés alors que la situation...nécessite pas forcément.
 66 C'était pas...

67 **Marine : C'est plus souvent des, des... du coup du rôle prescrit du coup plus quand ça**
 68 **arrive ?**

69 Mme Osmur : Mmh mmh ouais, c'est ça, souvent c'est ça.

70 **Marine : D'accord.**

71 Mme Osmur : Sinon au niveau du rôle propre, bah après ça arrive aussi qu'on soit fatigué c'est...
 72 après en faisant la situation on se dit avec le recul, franchement j'ai pas été, j'ai pas été sympa
 73 ou j'ai pas été assez empathique, ou voilà... Selon... selon, si on a eu une journée chargée, si
 74 on court partout, on n'a pas le temps de, de s'attarder pour discuter avec les gens. Voilà, des fois
 75 c'est ça le plus compliqué, c'est qu'on a pas le temps à consacrer vraiment aux gens pour euh,
 76 pour discuter... et, et bien prendre en charge le niveau relationnel aussi. Voilà, des fois on, on
 77 vient, on fait les soins, on repart et puis on passe à autre chose et on a pas le temps d'y retourner
 78 de... c'est ça, c'est ça le plus dur euh... voilà.

79 **Marine : Ok. Alors ensuite, c'était euh selon toi, c'est quoi la culture, euh la culture pff, la**
 80 **culture avec tes yeux de soignante et est ce qu'elle a un impact dans la prise en charge ?**

81 Mme Osmur : Bah oui forcément la culture parce que... on a... donc on a différentes
 82 populations forcément, avec différentes cultures, des fois différentes langues aussi parlées. Et...
 83 donc les soins vont pas être les mêmes selon aussi la culture parce que... pour les... si on soigne
 84 euh... par exemple des des femmes euh...voilées euh, elles vont pas accepter que ce soit un
 85 homme qui les... euh qui les soignent, donc c'est beaucoup plus les femmes. Y'a la barrière de
 86 la langue où il faut aussi en général, le traducteur qui vienne avec le patient pour que ça soit
 87 plus simple. Euh...Donc oui, la culture, forcément, forcément la...la prise en charge sera...
 88 sera à adapter. Euh... alors on essaie de faire pareil pour tout le monde, de faire les, la même
 89 qualité de soins, mais des fois c'est difficile parce que... on peut pas, parce que si on a une
 90 équipe que d'hommes, ça sera forcément... Alors il y a des gens qui refusent, qui refusent les
 91 soins euh par rapport à ça des fois mais, on essaie de...(téléphone sonne) voilà, il faut essayer
 92 de, de parler, de communiquer, de savoir pourquoi c'est pas possible euh... Pardon je réponds.
 93 Oui !

94 **Marine : Oui, oui bien sûre...**

95 *Enregistrement mis en pause pour la conversation téléphonique*

96 **Marine : Euh... d'abord la question fermée, est-ce que tu as déjà entendu parler de**
 97 **compétences culturelles ou de transculturalité dans les soins ?**

98 Mme Osmur : Ben... compétences culturelles, pas forcément. Après... bon nous c'est enfin je
 99 pense que ça va avec les soins aux urgences. La compétence culturelle, mais je sais pas si c'est...

100 **Marine : Oui, ça fait parti du relationnel ?**

101 Mme Osmur : Oui euh..

102 **Marine : Non mais je dis ça parce que c'est au, c'est au Canada ou en en Nouvelle-Zélande**
 103 **c'est des concepts qu'ils ont vachement développés vu que c'est des...Tu sais là-bas, ils ont**
 104 **des... bi-culturalités, donc ils ont vachement développé ce truc-là mais c'est vrai qu'en**
 105 **France c'est pas du tout développé**

106 Mme Osmur : Ah oui, parce que ça, vous l'avez ça à l'école la compétence culturelle ? Vous en
107 parlez ou pas du tout ?

108 **Marine : Non, non, pas du tout, pas du tout.**

109 Mme Osmur : Parce que ouais c'est qu'il me semblait parce que nous on en a pas...

110 **Marine : Absolument pas, non non c'est pour ça que je le pose sous question fermée...**

111 Mme Osmur : On parle de relationnel mais pas forcément la compétence culturelle...

112 **Marine : C'est ça, non, non c'est pas du tout développer en France. C'est pour ça que je**
113 **pose la question, je sais que tout le monde va dire non parce que voilà, mais c'était juste**
114 **pour le dire dans le mémoire, ici en France, c'est pas connu, voilà.**

115 Mme Osmur : Ouais, voilà, toute façon en France, on est en retard sur plein de choses par
116 rapport aux autres pays... par exemple le Canada c'est...*rire*.

117 **Marine : *rire*... mmh. Euh... alors après, est-ce que tu as déjà fait face à des refus de**
118 **soins ?**

119 Mme Osmur : Oui ! Forcément ouais.

120 **Marine : Et comment tu t'y est pris ?**

121 Mme Osmur : Bah après tu essayes euh... tu essayes de savoir pourquoi, déjà. Quelle est, quelle
122 est la cause du refus de soin. Euh...Après tu passes le relais à ta collègue si elle a le temps pour
123 aller encore euh... si ça marche pas avec toi, peut-être qu'aussi c'est personnes dépendantes
124 donc d'essayer de... de voir avec quelqu'un d'autre si quelqu'un d'autre arrivera mieux à...
125 convaincre la personne. Mais ouais, donc on essaie de passer le relais à quelqu'un d'autre. Après
126 on demande à la famille s'ils peuvent nous aider aussi. Et puis sinon si c'est refus de soins, bah
127 c'est... on, on le dit au médecin, on voit si on peut pas faire autrement et... Voilà tout est
128 question de négociation et de, d'intervenants qui puissent nous aider et puis de bien expliquer
129 pourquoi on fait ça, quel est l'intérêt. Et puis après si la personne refuse, bah c'est, c'est son
130 choix hein après. On peut pas aller contre... la volonté, si euh, si la personne est... est saine
131 d'esprit, on va pas obliger à faire les soins, mais...voilà. Tout est question de d'explication et
132 de négociation, voilà.

133 **Marine : Et euh...oui c'est ça, après est-ce que du coup en dernier, est-ce que tu as quelque**
134 **chose à rajouter par rapport à tout ça, quelque chose que tu aurais envie de dire ?**

135 Mme Osmur : Non, non bah après ça va être de plus en plus euh... de plus en plus ça les prises
136 en charge. Il faut, il va falloir prendre en charge enfin, en compte les cultures de, de tout le
137 monde puisque maintenant, la France c'est un pays multiculturel hein. Donc... donc je pense
138 que c'est à... quand même prendre en compte et... et peut-être à développer. Développer ça ou
139 tout du moins nous en toucher un mot à l'école déjà... c'est déjà pas mal.

140 **Marine : Merci beaucoup. Ah oui, dernier truc tu étais ok pour être enregistrée ?**

- 141 Mme Osmur : Oui, il n'y a pas de problème *rire*.
142 **Marine: Merci, allez hop.**

ANNEXE VIII : Entretien avec Mme Sahurge

Marine : Bonjour, peux-tu me donner ton parcours s'il te plaît ?

Mme Sahurge : Alors moi j'ai l'école d'infirmière de 2004 à 2007, donc j'ai été diplômée en 2007. J'ai travaillé un an en gériatrie dans un, dans un EHPAD euh, ça me plaisait pas beaucoup parce que j'étais seule pour beaucoup de résidents. Et après j'ai intégré l'hôpital de *****, J'ai fait un an en médecine, c'était hyper formateur et après je suis allé aux urgences, donc j'ai commencé en 2010 aux urgences de ***** (même lieu) et j'y suis resté jusqu'à l'année dernière. Euh... du coup, et après, depuis un an, je suis ici aux urgences de ***** (lieu entretien), pratiquement que les urgences, voilà.

Marine : Euh... je vais poser la première question, comment tu définirais la compétence d'infirmière ?

Mme Sahurge : Euh... attend... je sais pas, la compétence... la compétence infirmière (elle me demande de mettre pause pour réfléchir, et reprend hors enregistrement au début) ... le savoir que t'as pu faire apprendre à l'école et après euh du coup, sur le terrain, les connaissances euh...

Marine : Ça va être plus la pratique ? Plus qu'est-ce qu'y a, qu'est-ce qui va...

Mme Sahurge : Bah c'est global en fait, parce que t'as la, le côté technique et le côté après, tout ce qui est relationnel et euh... et ça je pense que tu l'acquiers après avec... l'expérience au fur et à mesure que... que tu avances dans ton... dans ton parcours quoi.

Marine : Genre quand tu sors de l'école avec la formation infirmière ?

Mme Sahurge : Voilà comme je te disais, je pense qu'ils donnent... les bases, ils te donnent les outils pour, voilà pour... Mais après vraiment moi, moi j'ai appris mon métier sur le tas hein avec euh... ben les anciennes qui te forment, qui t'expliquent, qui te montrent, et t'apprend petit à petit quoi, vraiment je vois ça comme ça hein.

Marine : Et du coup au bout de 10 ans d'expérience, toi tu te sens plutôt compétente, à l'aise, je veux dire dans ton travail ?

Mme Sahurge : C'est à dire que j'ai... comme ça fait 10 ans que je travaille dans, plus de 10 ans que je travaille dans le même service euh...je me sens à l'aise, mais j'apprends quand même tous les jours. C'est ça qui est formidable dans ce métier, c'est que tous les jours t'apprends quelque chose quoi... c'est vrai, hein.

Marine : Je suis assez d'accord, en tout cas c'est pour ça que j'ai voulu le faire. Hum... du coup, qu'est-ce que c'est aussi la relation soigné, soignant/soigné selon toi ?

Mme Sahurge : Y a une relation de, de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et toi. Faut que tu sois à l'écoute de ton patient, que tu recherches ses besoins, que tu identifies les problèmes qu'il a pour l'aider au mieux quoi, pour le prendre en charge en globalité et du mieux que tu peux quoi.

Marine : Ok. Et est-ce que tu t'appuies dessus pour personnaliser tes soins du coup ?

36 Mme Sahurge : Oui, bah oui parce que quelqu'un qui est un patient qui est angoissé... qui enfin,
37 qui a des soucis euh, il faut que t'arrives à identifier ça pour le prendre au mieux en charge,
38 pour être le plus adapté possible en fait à ton patient quoi.

39 **Marine : D'accord. Hum...et est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir des situations que...**
40 **avec toi ou des collègues, qui te donnaient l'impression d'agir à l'encontre de ta vision du**
41 **soin ?**

42 Mme Sahurge : Euh... Oui, oui, ça m'est arrivé déjà plusieurs fois. Euh...une fois, j'ai eu un
43 choc hémorragique chez un patient qui était témoin de Jéhovah. Et... on lui a expliqué que... il
44 fallait le transfuser en urgence, elle a refusé et du coup c'est vrai, c'était hyper frustrant. Tu vois
45 par exemple, je prends cet exemple parce que ça m'avait un peu... c'était une jeune, une jeune
46 fille. Euh...c'était un retour... je crois que c'était, c'était quoi l'histoire... je sais plus ce que
47 c'était. Et en fait bah elle a refusé la transfusion et c'était bah hyper frustrant parce que... au
48 final on s'est dit, enfin, on lui a dit, si on vous transfuse pas, vous, vous allez décéder. On a
49 expliqué à la famille et tout, ils ont rien voulu entendre donc c'était hyper...

50 **Marine : Dur ?**

51 Mme Sahurge : Hyper dur ouais, ouais.

52 **Marine : Tu m'étonnes. Ben du coup on arrive à, ça s'enchaîne bien, selon toi, c'est quoi**
53 **la culture avec tes yeux de soignante ? Et est-ce qu'elle t'aide parfois, est-ce que tu**
54 **t'appuies dessus parfois pour la prise en charge ou pas ?**

55 Mme Sahurge : Hum...après les cultures... Si ça, bien sûr, ça rentre en compte, mais euh...par
56 exemple moi je travaille à la coordination depuis 5 ans pour les prélèvements d'organes. Euh...
57 par exemple, les personnes euh... les personnes qui sont gitans, ils veulent pas être prélevés
58 pour... quand la personne est décédée. Euh...donc tout ça, ça rentre en compte en fait parce
59 que du coup bah, on leur propose même pas un entretien avec la famille en vue d'un potentiel
60 prélèvement d'organes. Tu vois ? Donc, les croyances il y a beaucoup de choses qui font que
61 des fois ben... tu peux pas... faire tes soins en fonction de, de leur euh, enfin de leur croyance,
62 il faut respecter hein après. Il y a ça, il y a...ben par exemple les témoins de Jéhovah qui veulent
63 pas être transfusé... donc bien sûr que ça rentre en compte. Mais après...pareil quand y a des
64 décès, les familles maghrébines euh... ils veulent...ils veulent pas qu'on touche le corps. Enfin
65 y'a, y'a, y'a pleins de choses comme ça où enfin, bien sûr que la croyance ça...ça, ça intercepte
66 dans le soin quoi.

67 **Marine : Du coup vaut mieux connaître un peu les croyances pour pas...**

68 Mme Sahurge : Ben oui, ouais, bien sûr, c'est important.

69 **Marine : Et euh... du coup, la culture, c'est les croyances ou y'a autre chose selon toi avec**
70 **la culture ?**

71 Mme Sahurge : Moi je l'associe beaucoup ça aux croyances, mais euh...Après je sais pas si
 72 euh... *réfléchit*. Je sais pas trop, je sais pas trop te répondre.

73 **Marine : Non mais il y'a pas de souci. Euh alors là c'est une question fermée hein, c'est**
 74 **normal si tu me répond non. Euh, est-ce que tu as déjà entendu parler de compétence**
 75 **culturelle ou de transculturalité dans les soins ?**

76 Mme Sahurge : Non.

77 **Marine : Très bien. Hum... ensuite c'est est-ce que t'as déjà fait face à un refus de soin ?**
 78 **Du coup tu m'en a déjà un peu parlé...**

79 Mme Sahurge : Donc voilà, y'a la transfusion, c'est... Est-ce que tu savais fin', nous on savait
 80 la finalité que si on posait pas les poches... elle allait décéder et ils ont rien voulu savoir hein.

81 **Marine : Et plus globalement, genre est-ce que t'as des refus de soins plus légers, si oui**
 82 **comment tu t'y prends pour essayer de...**

83 Mme Sahurge : Euh...ben oui, tu sais si y a des y a des personnes qui veulent... pas de
 84 médicaments, qui veulent se soigner que par l'homéopathie, par les plantes et tout. Donc oui j'ai
 85 déjà eu des refus sur des traitements.

86 **Marine : Ouais ?**

87 Mme Sahurge : Ouais.

88 **Marine : Et dans ce cas-là, comment tu t'y prends ? Tu négocies ou tu...**

89 Mme Sahurge : Ben je lui explique... je lui explique ce qui va se passer si on met pas les
 90 traitements et puis bah après si il refuse ils sont libres de choisir... ou pas... voilà. Je pense que
 91 le, le plus important c'est d'expliquer les tenants et les aboutissants hein, leur expliquer que
 92 voilà, si on fait pas ça, ça et ça il va se passer ça, ça... enfin bien leur expliquer et après ils sont
 93 maîtres de leur décision hein.

94 **Marine : Ouais, je suis tout à fait d'accord. Euh...et enfin bah du coup c'est la fin, est-ce**
 95 **que t'y a quelque chose à dire en plus et ce que ça t'inspire quelque chose est-ce que...**

96 Mme Sahurge : Hum... *réfléchit*

97 **Marine : Un conseil à donner... à une future infirmière ? *rire***

98 Mme Sahurge : *Rire*...Non, après c'est très important en fait de, de comprendre comment il
 99 fonctionne ton patient en fait... En fait le, la relation soignant/soigné, il faut qu'elle, enfin il faut
 100 que, il faut qu'il y ait un lien de confiance, il faut-il faut être transparent avec ton patient, faut
 101 bien lui expliquer les choses. Et après... bah après, voilà... c'est, voilà, c'est ça. Euh...qu'est-
 102 ce que... je peux avoir plein d'exemples en fait mais, il faut que je réfléchisse. Euh... parce que
 103 moi aussi tu sais je bossais à ***** (ancien lieu de travail) pendant 10 ans et là-bas c'est la ...
 104 90% de la population c'est des... c'est des Maghrébins. Et euh... et en fait leur croyance leur...
 105 enfin, par exemple, j'ai fait une dame qui a accouché à domicile. Donc moi je suis arrivée avec

106 le médecin et... le conducteur du SMUR, donc c'était deux hommes, le mari a pas voulu qu'on
107 touche... qu'on accouche sa femme. Le médecin lui a dit mais, si j'y vais pas ça va... ça risque
108 de mal se passer. Et le mari a refusé, il a dit, il y a que elle qui rentre et j'ai dû faire
109 l'accouchement toute seule. Quitte à ce que sa femme décède avec le petit aussi. Donc c'est que
110 vraiment ça a un impact... Voilà c'est... il faut pas qu'un homme touche une femme maghrébine,
111 même

112 **Marine : C'est intégré en eux ?**

113 Mme Sahurge : Et alors on a, on a, on a négocié, on lui a expliqué, on lui a dit : mais le, le
114 docteur a l'habitude. Enfin, vraiment, on a tout fait pour que le médecin rentre dans la chambre.
115 Il a refusé que le médecin rentre, donc je l'ai accouché toute seule. Parce qu'en plus les pompiers,
116 c'était 3 hommes donc, je l'ai euh j'ai fait l'accouchement toute seule. Donc euh...

117 **Marine : Ça s'est bien passé ?**

118 Mme Sahurge : Oui, ça s'est bien passé, grâce à Dieu *rire*. Mais ouais, ouais, ça a été compliqué
119 parce que, on a beau eu lui expliquer qu'il fallait que le médecin soit là, il a rien voulu entendre.

120 **Marine : Ça t'a mise un peu en difficulté ?**

121 Mme Sahurge : Et donc comme quoi enfin voilà les, les croyances, les religions et tout font que
122 des fois ben ça voilà, ça bloque ça, ça peut bloquer le processus du soin quoi. C'est important.
123 Ouais ça, ça m'avait interpellé aussi, je me suis dit bah quand même, il préfère perdre sa femme
124 et son bébé que de faire rentrer un homme.

125 **Marine : Tellement s'est intériorisé, ouais...**

126 Mme Sahurge : Ouis... tu vois, c'était impressionnant. Bon, heureusement que j'avais eu la
127 formation accouchement *rire*... et que ça c'était bien passé, mais ouais, ouais, ouais, je l'ai
128 accouché toute seule.

129 **Marine : Bah écoute, merci beaucoup, juste un dernier truc, est-ce que tu peux dire que**
130 **t'étais d'accord pour être enregistrée ?**

131 Mme Sahurge : Ah oui, je suis d'accord pour être enregistrée sans problème.

132 **Marine : Ben merci beaucoup...**

133 Mme Sahurge : Mais après si j'ai d'autres...

134 **Marine : Ouais, si t'as d'autres exemples, franchement je suis, je suis open hein.**

135 Mme Sahurge : Euh... ouais ? Vas-y met pause...

136 (Pause : elle prend le temps de réfléchir)

137 **Marine : Donc la barrière de la langue ?**

138 Mme Sahurge : Je te disais du coup la barrière de la langue, des fois c'est compliqué pour la
139 prise en soin parce que tu...bah tu, t'es vite en difficulté parce que... bah là-bas ils parlaient

140 beaucoup Maghrébins et au final euh... des fois pour comprendre ce qui se passe et euh... tu
141 vois c'est, c'est compliqué. Donc on faisait appel à des traducteurs, mais des fois dans l'urgence
142 vitale ou quoi ben euh beh...ça peut poser problème pour les prises en charge parce que, si tu
143 sais pas les antécédents, les allergies et tout ça et que... il faut aller vite... ça peut être
144 problématique aussi.

145 **Marine : Oui ?**

146 Mme Sahurge : Donc il y avait ça aussi comme difficulté euh...qu'est-ce qu'il y avait d'autre...?

147 **Marine : Non mais c'est très bien...**

148 Mme Sahurge : Après si tu veux... si tu veux aller interroger des copines aux urgences de *****
149 (ancien lieu de travail) tu peux y aller. Enfin je peux leur dire, si tu as besoin d'autres entretiens.
150 Parce que c'est vrai que là-bas, au niveau, niveau culturel, là-bas c'est...***** c'est vraiment tu
151 vois, c'est ... t'as toutes les nationalités, il y a, il y a beaucoup, beaucoup de maghrébin et
152 beaucoup de, de gitans ouais donc...ouais.

153 **Marine : Ok, merci.**

154 Mme Sahurge : Euh... je réfléchirai après si j'ai d'autres truc mais euh...

155 **Marine : Non mais c'est très bien déjà.**

ANNEXE IX : Grille d'analyse

		IDE 1 : Mme Lalut	IDE 2 : M. Lenap	IDE 3 : Mme Ippot	IDE 4 : Mme Osmur	IDE 5 : Mme Sahurge
<i>Diplôme</i>		<i>7 ans</i>	<i>< 1 an</i>	<i>4 ans</i>	<i>10 ans</i>	<i>17 ans</i>
<i>Service</i>		<i>Psy, accueil crise</i>	<i>Psy, accueil crise</i>	<i>Endocrinologie</i>	<i>Urgence/SMUR</i>	<i>Urgences/SMUR</i>
Relation soignant/soignée (RSS)	RSS ?	"Notamment en psychiatrie c'est, c'est quand même le maître euh, le maître mot parce que c'est ce sur quoi va s'appuyer une bonne partie des soins" (L69-L70) -- "Pour moi la relation soignant soigné c'est un peu euh... le euh, le job" (L71-L72) -- "L'idée c'est de, de se faire un petit peu une idée (...) de la personne pour pouvoir créer la relation de manière adaptée (...) à ce qu'elle est, à ce qu'elle est en train de vivre aussi" (L72-L74)	"Derrière beh, il y a le relationnel avec le patient" (en parlant de compétence IDE) (L35) -- "La relation c'est...euh soignant/soigné, pour moi c'est quelque chose qui est fondamental." (L57-L58) -- "On crée du relationnel dans le soin, parce que la personne on la connaît on a pu échanger et... et le soin bizarrement et beaucoup plus facile." (L63-L64) -- "le patient en fait, il est livré à lui-même dans une humilité et, et on fait rien pour lui donc euh...c'est pas... c'est, absolument pas ce qu'il faut faire." (L71-72) -- "Après quand on est dans un principe individuel, euh... où il y a plus d'équipe et c'est vraiment un soin euh... où on est seul, là par contre	"Pour moi, à partir du moment où on est en contact avec un patient, il y a relation, ça c'est sûr ! Mais ça fait pas la relation soigné, soignant pour autant..." (L57-L59) -- "pour moi la relation soignant/soigné, il faut y avoir une certaine confiance, une certaine alliance thérapeutique. Donc elle se crée." (L59-L60) -- "on a une relation à partir du moment où on rentre en contact, parce qu'on est dans un contexte de soins et voilà on a un soigné et un soignant." (L61-L62) -- "l'accueil déjà, c'est hyper important " (L70) -- "Quand on rencontre quelqu'un dans la rue, si on le connaît pas, et beh il se	"C'est de tout mettre en œuvre pour que les soins se passent le mieux possible" (L52-L53) -- "être quand même euh empathique. Donc c'est ce qu'on apprend, voilà à l'école aussi, hein l'empathie" (L53-L54) -- "Mais oui, ça a son importance quand même, parce que les gens ils arrivent ils souffrent ou... ils sont euh psychologiquement instables et c'est à prendre en considération euh quand, quand on les prend en charge." (L54-L57) --	"Y a une relation de, de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et toi. Faut que tu sois à l'écoute de ton patient, que tu recherches ses besoins, que tu identifies les problèmes qu'il a pour l'aider au mieux quoi, pour le prendre en charge en globalité et du mieux que tu peux quoi." (L32-L35) --

			<i>non, non." (au sujet vision d soin) (L104-106) -- "le relationnel et la relation soignant/soigné et, et le fait que même si on se retrouve en dehors de, de la psychiatrie c'est hyper, hyper important dans tous les soins" (L190-191) --</i>	<i>présente, il dit qu'il est, voilà. Il y a (...) un préalable à la relation qui est nécessaire. Et c'est vrai qu'on a tendance à l'oublier quand il y a un patient dans le lit, nous on sait pourquoi il est là, lui, il sait pourquoi on est là, donc on part du principe que le préalable il a été fait. Pas du tout ! Il nous connaît pas euh, il sait pas qui c'est derrière le masque"(L72-L77) -- "une patiente qui dit, qui se rend pas compte de ça et, qui est angoissée du soin parce que c'est ça aussi. Quand on est dans une chambre où on sait pas pourquoi on est là, on sait pas qui vient en blouse blanche, avec un masque en plus, c'est pire depuis qu'on a les masques. Euh.. qui sait pas qu'est ce qui se passe quoi." (L117-L120) -- "Forcément, la culture, ça biaise la, la relation, ça la rend beaucoup plus compliquée." (L155-156) --</i>		
--	--	--	--	--	--	--

	Vision du soin	"Il y a aussi un bon vouloir de la personne je pourrais juste être une infirmière technique" (L51-L52) -- "Il faut s'appuyer sur le cadre de soin pour créer une relation soignant soigné qui est juste, mais pareil le cadre de soins tu l'adapte en fonction de, de... de la personne" (L78-L79) -- "Tu vois... enfin parfois c'est, c'est quasiment impossible... quand t'as un patient qui a un trouble de la personnalité parfois, ça va être quasiment impossible de créer le lien de confiance, mais il faut aller chercher les petites accroches que tu peux avoir pour euh, pour la créer" (L81-L84) -- "On travaille en équipe et donc du coup, les sensibilités la lecture clinique elle est forcément différente entre les différents acteurs, acteurs parce que euh... ben la personne a moins d'expérience que l'autre ou parce que la sensibilité elle est différente que ton collègue et cetera" (L124-L127) -- "On n'était pas d'accord sur la situation. Il était pas trop ok avec ce que je disais je sais tu	Beh, en règle générale oui, parce que.... souvent le patient, les patients font des retours positifs, le patient nous rend souvent ce qu'on peut apporter donc on peut, je peux partir de ce principe que je suis compétent dans mon travail, si le patient me renvoie quelque chose de positif. (L42-L45) -- "la relation soignant/soigné c'est la clé de tout euh, c'est la clé de tout parce que si on... si y a pas de relation, sans relation y a pas de soin." (L69-L71) -- "beh on peut créer du lien et, échanger avec le patient, sur des sujets complètement... différents de la prise de sang et, pourtant la prise de sang va bien se passer." (L80-82) -- "Alors oui, il y a des choses que des fois je n'étais pas d'accord, mais que j'ai fait, même si ça allait pas à l'encontre absolue de mes principes, parce que si ça va à l'encontre absolue de mes principes là c'est non. Mais peut-être que moi j'aurais pas fait comme ça. C'est plus	"la relation soignant/soigné, vraiment, elle se construit au petit à petit, avec la connaissance de l'un et de l'autre, avec la confiance qu'on y met, avec l'alliance thérapeutique et tout ça" (L62-L64) -- "Donc déjà, se présenter, accueillir et faire vraiment ce préalable à la relation." (L78-L79) -- "Voilà juste ça, en fait ça change tout le soin." (L84-L85) -- "En fait, se poser des questions sur les conditions du soin entre guillemets" (L91) -- Encontre vision soin: "Ah oui ! Et ça, quotidiennement... " (L95) -- "Je suis avec euh...une équipe qui attend de moi, que... je fasse autre chose et du coup je suis pas vraiment là. Je suis avec un secteur qui est absolument chaotique et du coup je, j'arrive pas à être pareil dans la chambre présente à 100%." (L102-L105) -- "quand on est tout seul face aux patients c'est, c'est beaucoup plus simple. Mais... mais des fois c'est	"des fois on a l'impression de... selon les situations que c'est pas forcément adapté" (L61-L62) -- "bah on pense surtout aux patients de psychiatrie où il faut contentionner direct. Hum...alors que enfin, sur prescription de médicale, alors que nous on considère... que la situation ne l'exige pas forcément." (L62-L64) -- "des fois il y a des situations comme ça ou des soins un peu trop poussés alors que la situation...nécessite pas forcément." (L64-L66) -- "Notamment en pédiatrie... euh c'est arrivé surtout en, en SMUR de... de faire des gestes techniques, là c'était la pose d'un cathé intra-osseux qui était pas forcément nécessaire sur un petit... sur un enfant de 18 mois et c'était pas...tu vois ?" (L66-L68) -- "ouais, c'est ça, souvent c'est ça." (au sujet rôle prescrit) (L69) -- "ça arrive aussi qu'on soit fatigué c'est... après en faisant la situation on se dit	"Oui, oui, ça m'est arrivé déjà plusieurs fois" (au sujet d'agir à l'encontre de la vision du soin) (L43) -- "une fois, j'ai eu un choc hémorragique chez un patient qui était témoin de Jéhovah. Et... on lui a expliqué que... il fallait le transfuser en urgence, il a refusé et du coup c'est vrai, c'était hyper frustrant" (L43-L45) -- "y a des personnes qui veulent... pas de médicaments, qui veulent se soigner que par l'homéopathie, par les plantes et tout" (L84-L85) -- "la relation soignant/soigné, il faut qu'elle, enfin il faut que, il faut qu'il y ait un lien de confiance, il faut-il faut être transparent avec ton patient, faut bien lui expliquer les chose" (L100-L102) -- "ça m'avait interpellé aussi, je me suis dit bah quand même, il préfère perdre sa femme et son bébé que de faire rentrer un homme." (L127-L128) --
--	----------------	---	---	---	--	---

		vois, pour lui j'étais clairement en sécurité il m'avait un peu sauvé tu vois." (L205-L206) -- "L'idée c'est de se concerter avant de faire quoi que ce soit si c'est possible, ben là dans ce cas-là c'était pas possible parce qu'on était face à la patiente et surtout, qu'il a pensé qu'elle allait sauter dessus... Mais du coup l'idée c'est d'essayer d'en discuter par la suite quoi tu vois" (L210-L213)	euh...pas à l'encontre mes principes, mais plus à l'encontre euh, de mon idée initiale. " (L93-L96) -- "Et après... de questionner d'échanger et de comprendre en fait pourquoi cette personne a fait ça, et peut-être qu'elle peut nous faire changer d'avis et, et nous donner, donner des arguments qui sont euh... qui sont valables à entendre et, finalement changer notre vision du... du soin qu'on...qu'on allait faire." (L99-L102)	pas... ça se passe pas comme ça, on a des demandes. Bah on a un rôle prescrit aussi où on comprend pas toujours ce qu'on fait." (L110-L112) -- "oui des situations où moi j'étais pas d'accord, oui il y en a eu. Euh....après euh... ouais, y en a plein hein" (L112-L113) -- "Non, ça correspond pas à ma vision du soin. Après est ce que c'était la bonne réponse ? À l'heure actuelle, je sais toujours pas. Est ce que... elle a, elle a pas perdu son œil, ça c'est le coté positif du truc. Après on, moi je considère qu'on a été violent. Est ce qu'on a été violent euh... à bon escient ? Ça j'ai pas encore la réponse et je l'aurai jamais." (L126-L130) --	avec le recul, franchement j'ai pas été, j'ai pas été sympa ou j'ai pas été assez empathique" (L71-L73) -- "des fois c'est ça le plus compliqué, c'est qu'on a pas le temps à consacrer vraiment aux gens pour euh, pour discuter... et, et bien prendre en charge le niveau relationnel aussi. Voilà, des fois on, on vient, on fait les soins, on repart et puis on passe à autre chose et on a pas le temps d'y retourner de... c'est ça, c'est ça le plus dur, voilà." (L75-L78)	
	Holisme & Singularité	« Prendre l'humain aussi, l'humain l'Homme que la personne est en...en entier en plus de ses troubles et de sa pathologie(L27-L28) -- "Ouais la relation soignant soigné le, le... av de parole que tu vas instaurer avec le patient, ce	"C'était un patient son souhait de vie et sa vie était d'être SDF. Lui ce qu'il voulait c'est être SDF."(L124-L125) -- "Parce qu'après c'était quelqu'un de très débrouillard à l'extérieur, il était pas	"C'est, c'est la connaissance euh...pour moi c'est la connaissance du patient déjà, ça passe par la connaissance du patient." (L41-L42) -- "ça passe par la communication, euh...non verbale et verbale."(L69-	"Faut savoir s'adapter beaucoup à...à la population, aux différentes situations" (L21-L22) -- "Mais oui, ça a son importance quand même, parce que les gens ils arrivent ils souffrent ou... ils	"Y a une relation de, de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et toi. Faut que tu sois à l'écoute de ton patient, que tu recherches ses besoins, que tu identifies les problèmes qu'il a pour

		qui va déposer; ben ça te permet de la construire cette relation et du coup, ça permet d'adapter tes soins." (L93-L95)	dénutris... il était en pleine forme voilà. C'est ce, c'est l'idée qui me vient en tête" (L136-L138) -- "Quand on voit que même dans un service de réanimation, on demande aux soignants de parler aux patients, ou y'a plus de communication. Mais on leur demande encore de leur parler, de dire ce qu'il faut faire, ça montre bien l'importance du, du relationnel." (L192-L194) -- "L'infirmier maintient une relation et pour avoir des connaissances qui sont dans ce secteur là, même, même si la personne ne répond pas on peut créer de l'affection" (L198 -L200) -- "un bon un bon relationnel, c'est connaître la personne, connaître la personne c'est aussi, connaître sa culture et connaître ses... ses... sa vie, connaître ses habitudes de vie." (L202-L204)	L70) -- "Une prise de sang, bah chez quelqu'un qui a l'habitude et où il y a pas de soucis, c'est pas pareil que chez quelqu'un qui est qui a peur; qui, qui a la phobie des aiguilles et tout ça. Comme on sait pas qui c'est qui est en face de nous, et beh demander. Qui êtes-vous ? Est-ce que vous, vous êtes quelqu'un ou les piqûres, ça vous dérange pas ? Ou est-ce que vous êtes quelqu'un qui est phobique. Voilà juste ça, en fait ça change tout le soin." (L80-L85) -- "donc c'est pareil un peu pour tout, un pansement quand on commence à le faire bah voilà, est-ce qu'il est douloureux ? Est-ce qu'il est pas douloureux." (L89-L91) -- "On a beau lui expliquer, à un moment donné c'est...c'est qu'elle écoute ses émotions de : j'ai peur, je sais pas ce qu'on me fait, j'y vais pas" (L120-L122)	sont euh psychologiquement instables et c'est à prendre en considération euh quand, quand on les prend en charge." (L54-L57) -- "bah après ça arrive aussi qu'on soit fatigué c'est... après en faisant la situation on se dit avec le recul, franchement j'ai pas été, j'ai pas été sympa ou j'ai pas été assez empathique" (L71-L73) --	l'aider au mieux quoi, pour le prendre en charge en globalité et du mieux que tu peux" (L32-L35) -- "oui parce que quelqu'un qui est un patient qui est angoissé... qui enfin, qui a des soucis euh, il faut que t'arrives à identifier ça pour le prendre au mieux en charge, pour être le plus adapté possible en fait à ton patient quoi" (L37-L39) -- "c'est très important en fait de, de comprendre comment il fonctionne ton patient en fait" (L99-L100) --
--	--	---	--	---	--	---

Imprévu		Impact de la pathologie sur la RSS : "Selon si c'est un patient euh... je sais pas moi euh... un schizo paranoïde ou euh... un héboïdophrène ou euh... juste une mamie dépressive et ben, par exemple la, la... l'approche que je vais avoir elle va être différente, et la relation soignant soigné elle va aussi être différente." (L75-L78) -- Contre-transfert : "est-ce que je suis restée soignante ou est-ce que c'est mon contre-transfert qui a pris le dessus" (L166-L167)	Décision médicale : "Après si c'est une décision médicale et que je n'ai pas le choix, et que c'est quelque chose que en aucun cas je peux trop me rétracter, beh... je le ferais mais... pas... pas vraiment avec enthousiasme" (L107-L109) --		Décision médicale : "ouais, c'est ça, souvent c'est ça." (au sujet rôle prescrit) (L69) -- Le temps: -- Parce que l'intérêt, c'est quand même de... que les soins soient faits. Parce que si le...le médecin euh considère que il y a, que y'a des soins à faire, voilà, faut quand même, faut quand même les faire" (L127-L129)	
Compétence et culture	Compétence ?	"Être un infirmier c'est être relativement polyvalent (...) c'est avoir surtout des capacités d'analyse et de faire des liens" (L20-L21) -- "Puisqu'on travaille... dans un secteur où l'humanité doit primer, des bonnes capacités de remise en question, de retravailler les situations en permanence" (L24-L25) -- "C'est l'expérience qui nous permet de devenir compétent" (L31) -- "C'est vraiment la pratique, et la remise en question, les expériences (...)	"Derrière beh, il y a la relationnel avec le patient, il y a euh... il y a la, le terrain quoi, et le terrain ben malheureusement c'est euh... faut faire et... des fois on fait pas parfaitement" (L35-L37) -- "Le plus important c'est de savoir toujours se questionner, toujours savoir remettre en question ses compétences, sa valeur de manière à pouvoir toujours se rectifier, toujours progresser, dans dans, dans sa façon de de travailler."	"Quand on est diplômé... on a la base on va dire, mais euh...c'est, c'est une adaptation permanente des services, de l'équipe, de l'organisation, voilà." (L36-L38) -- "disons que c'est beaucoup plus simple quand on est seul face au(x) patient(s). Parce que.. on, si on s'extrait du contexte, on sait quoi faire et, dans le contexte, en fait, on se rend compte que c'est pas toujours aussi simple" (L38-L40) -- "Comment on	"là, je suis en train de passer le DU de... soins infirmiers d'urgence. Voilà, c'est tout en diplôme supplémentaire." (L13-L14) -- "Je dirais que c'est allier euh le savoir-être et le savoir-faire." (L19) -- "donc faut savoir s'adapter beaucoup à...à la population, aux différentes situations" (L21-L22) - "Après, à l'école aussi, on... on apprend quand même les bases. Mais bon, pour être vraiment compétent, moi j'imagine...enfin selon moi,	"le savoir que t'as pu faire apprendre à l'école et après euh du coup, sur le terrain, les connaissances" (L12-L13) -- "je pense que tu l'acquires après avec... l'expérience au fur et à mesure que... que tu avances dans ton... dans ton parcours quoi." (L17-L18)

		les expériences de soin, qui font que tu deviens (...) compétent." (L33-L35) -- "les situations d'agressivité et de violence je je sais les gérer, je sais je sais apaiser une personne en crise, je sais ce qu'il faut faire pour le faire en tout cas"(L38-L40) -- "j'ai encore pleins pleins de choses à apprendre pour devenir encore plus compétente" (L40-L41) -- "Je suis dans un secteur qui me passionne donc je lis, je me documente (...) je questionne les psychiatres avec qui je travaille(...) les différents acteurs que ce soient les psychiatres et même les travailleurs sociaux" (L45-L48) -- "Mon collègue a une euh, une analyse complètement différente de, de ce moment-là" (L185-L185) -- "Je lui ai déposé ce que ce que j'avais ressenti, vu et la lecture que j'avais eu de la situation clinique à l'instant T. Bah on était pas du tout d'accord" (L197-L199)	(L37-L40) -- "Faut que ça passe par une expérience de soins, une expérience de faire, qui nous amène à quelque chose où on peut améliorer notre soin, quand on sait faire, on peut encore mieux faire." (L82-L84) -- "en tant qu'étudiant je... c'était pas ma priorité dans les démarches écrites, mais par contre, dans le travail réel et face aux patients, c'était quelque chose qui m'importait vraiment" (L207-L208)	devient compétent ? (...) oui, c'est du temps, clairement !" (L34-L36) -- "la connaissance du patient, la connaissance de la pathologie. Donc ça, quand on arrive dans un service c'est plus compliqué, mais au fur à mesure de l'expérience, on acquiert... une certaine expertise de la pathologie qui fait qu'on est plus fins, plus adaptés." (L44-L47) -- "Une fois qu'on est diplômé, techniquement, on est compétent, mais en fait, on se rend compte que c'est répondre aux attentes des uns et des autres, du patient, des médecins, de, de l'équipe."(L49-L51) --	ça serait plutôt l'expérience" (L29-L31) -- "le travail en équipe, d'apprendre avec ses collègues" (L31-L32) -- "on peut toujours s'améliorer" (L37) -- "Oui, moi j'ai l'impression. En tout cas, je suis à l'aise dans mon travail et puis, je me sens pas particulièrement en difficulté" (L44-L45) --	
--	--	--	--	--	---	--

	Comp- étence IDE ?	"Le savoir que t'as pu faire apprendre à l'école et après euh du coup, sur le terrain, les connaissances" (L12-L13) -- "je pense que tu l'acquières après avec... l'expérience au fur et à mesure que... que tu avances dans ton... dans ton parcours quoi." (L17-L18) --	"Ddans le cursus et dans... la formation on nous apprend qu'il y a plusieurs thèmes de compétences" (L21-22) -- "La compétence infirmière c'est, c'est quelque chose qui euh... qui est propre du coup au métier et qui se permet...qui possible, qui est possible d'être développé, d'être d'expertisé et voire même d'en faire quelque chose qui peut être vraiment euh, un soin à proprement parler" (L24-27) -- "On devient compétent en... en liant la pratique et la théorie" (L33) -- "Beh, en règle générale oui, parce que.... souvent le patient, les patients font des retours positifs, le patient nous rend souvent ce qu'on peut apporter donc on peut, je peux partir de ce principe que je suis compétent dans mon travail, si le patient me renvoie quelque chose de positif." (L42-L45) -- "si on... est un petit peu plus exigeant envers soi-même, je sais qu'il y a des endroits où on peut être... encore plus..."	"Bah déjà c'est accrédité par un diplôme" (L17) -- "Je sais pas, ça regroupe tellement de choses " (L18) -- "pour moi, c'est pour... c'est être à même de faire son travail, c'est à dire de bah, de cliniquement, pouvoir établir un diagnostic infirmier au lit du malade, réaliser les soins qui ont été posés et nécessaires pour pallier à... aux problèmes de santé et risques du patient." (L19-L22) -- "d'un point de vue infirmier, les problèmes de santé et risques, c'est souvent en lien avec une perte d'autonomie." (L22-L23) -- "mais en gros c'est une altération des... de, des, des besoins du patient qui peut plus satisfaire par lui-même. Donc comme on vient en suppléance à cette aide-là, et à côté..., donc ça c'est le rôle propre" (L25-L27) -- "disons que c'est beaucoup plus simple quand on est seul face au(x) patient(s). Parce que.. on, si on s'extrait du contexte, on sait quoi faire et, dans le contexte, en	"Surtout aux urgences où on est confronté à différentes populations, différents âges, puisque nous on fait pédiatrie et adulte. Euh... et y a beaucoup de tourisme aussi, donc faut savoir s'adapter beaucoup à...à la population, aux différentes situations (L20-L22) -- "le savoir-faire, donc avoir euh... savoir-faire, les soins techniques qu'on a aux urgences. En plus quand on sort en SMUR aussi, être à l'aise sur les... sur les sorties SMUR, donc avoir quand même une certaine expérience pour être... pour être assez à l'aise, c'est mieux." (L23-L26) -- "Après, à l'école aussi, on... on apprend quand même les bases. Mais bon, pour être vraiment compétent, moi j'imagine...enfin selon moi, ça serait plutôt l'expérience" (L29-L31) -- ". Parce que bon, on sort avec un diplôme de l'école, mais bon, c'est pas pour autant qu'on... qu'on sait tout, qu'on sait tout faire ! Donc c'est... je	"C'est global en fait, parce que t'as la, le côté technique et le côté après, tout ce qui est relationnel" (L16-L17) -- "je pense que tu l'acquières après avec... l'expérience au fur et à mesure que... que tu avances dans ton... dans ton parcours quoi." (L17-L18) -- "je pense qu'ils donnent... les bases, ils te donnent les outils" (au sujet de la formation) (L20-L21) -- "moi j'ai appris mon métier sur le tas hein avec euh... ben les anciennes qui te forment, qui t'expliquent, qui te montrent, et t'apprend petit à petit quoi, vraiment je vois ça comme ça" (L21-L23) -- "ça fait 10 ans que je travaille dans, plus de 10 ans que je travaille dans le même service euh...je me sens à l'aise, mais j'apprends quand même tous les jours. C'est ça qui est formidable dans ce métier, c'est que tous les jours t'apprends quelque chose quoi... c'est vrai" (L26-L29) -- "heureusement que j'avais eu la formation accouchement rire... et que
--	--------------------------	--	---	--	--	---

			<i>je pourrais être plus euh je pourrais être plus expert en fait dans, dans certaines choses" (L46-L48) -- "si je travaillais avant en psychiatrie, mais je pense que je peux évoluer encore et m'améliorer encore plus mais voilà, ça passe par de la formation, du questionnement sur euh... sur mon travail" (L49-L51) -</i> <i>- "Pour l'avoir vécu ou, rien qu'en étant étudiant euh, venir faire un soin à une personne qu'on ne connaît pas, qu'on n'a jamais vu, parce que c'est notre premier jour de stage, c'est toujours très compliqué. Parce qu'on va se focaliser beh déjà sur la théorie, sur... le bien faire, et on en oublie le relationnel, parce que beh on est novice et qu'on essaie de vraiment de... de faire au mieux la chose." (L58-L62) -</i> <i>- "il y a des gens qui ont une capacité à échanger et à discuter avec les gens de tout et de rien, de la pluie du beau temps. D'autres personnes sont plus en difficulté et... beh ça fait</i>	<i>fait, on se rend compte que c'est pas toujours aussi simple" (L38-L40) --</i> <i>"comment on devient compétent ? Bah ouais, c'est, c'est la connaissance euh...pour moi c'est la connaissance du patient déjà, ça passe par la connaissance du patient." (L41-L42) -- "la connaissance du patient, la connaissance de la pathologie. Donc ça, quand on arrive dans un service c'est plus compliqué, mais au fur à mesure de l'expérience, on acquiert... une certaine expertise de la pathologie qui fait qu'on est plus fins, plus adaptés." (L44-L47) -- "la connaissance de l'équipe, ça fait beaucoup : qui fait quoi, pour pouvoir s'appuyer, prendre le relais, travailler en équipe." (L47-L48) --</i> <i>"Forcément, la culture, ça biaise la, la relation, ça la rend beaucoup plus compliquée." (L155-L156) --</i>	<i>dirais, avec l'expérience." (L32-L34) --</i>	<i>ça c'était bien passé" (L130-L131) --</i>
--	--	--	--	--	--	---

			<i>partie de comprendre la culture de l'autre et de comprendre, ses... son souhait de vie." (L151-L154) --</i>			
	Cul- ture ?	<i>"On travaille en équipe et donc du coup, les sensibilités la lecture clinique elle est forcément différente entre les différents acteurs, acteurs parce que euh... ben la personne a moins d'expérience que l'autre ou parce que la sensibilité elle est différente que ton collègue et cetera" (L124-L127) -- "La culture pour moi c'est la constitution d'un être, donc ça veut dire que c'est toutes les petites pièces de sa vie euh... depuis toujours qui sont là, avec euh tous les éléments euh qui soient religieux euhhh, qui soient alimentaire par exemple, euh qui soit euh culturel au niveau du pays tu vois de la région même (...). -- Donc c'est tout ce qui constitue l'être sa culture tu vois. " (L218-L22) -- "c'est même plus que lui-même, c'est sa famille c'est, c'est, c'est...euh comment on</i>	<i>" Il y a une grosse partie de la culture qui est en lien avec les religions, il y a une partie de la culture qui va être... les habitudes de vie et euh... et... et les façons de beh de manger de, de vivre, de la personne." (L114-L116) -- "si on rentre dans la culture classique" (L138) -- "que la culture c'est, c'est important puis connaître la culture du patient, c'est aussi créer le relationnel" (L149-L150)</i>	<i>"les codes tacites qu'on dans lesquels on baigne, depuis qu'on est petit. C'est-à-dire dire qu'on nous apprend certaines choses, qu'on arrive même plus à conscientiser." (L135-L137) -- "Mais du coup dès lors que nous, on considère que ces codes ils sont acquis pour tout le monde, ça peut générer de l'incompréhension." (L140-L141) -- "Ça, ça, ça fait appel à beh, ça fait appel à... à la relation, ça fait appel à notre place dans la société, ça fait appel à... plein de choses. Ce bain de culture dans laquelle on est, et dans lequel on nage, et ben ça fait que on va attendre certaines choses, on va on va dire sa situation là elle est normale cette situation elle est pas normale" (L144-L148) -- "Et donc à partir de ce moment-</i>	<i>"on a différentes populations forcément, avec différentes cultures, des fois différentes langues aussi parlées." (L82-L83) -- «par exemple des des femmes euh...voilées euh, elles vont pas accepter que ce soit un homme qui les... euh qui les soignent" (L85-L86)</i>	<i>"par exemple les témoins de Jéhovah qui veulent pas être refusé" (L63-L64) -- "pareil quand y a des décès, les familles maghrébines euh... ils veulent...ils veulent pas qu'on touche le corps" (L65-L66) -- "Moi je l'associe beaucoup ça aux croyances" (L72) -- "y a des personnes qui veulent... pas de médicaments, qui veulent se soigner que par l'homéopathie, par les plantes et tout" (L84-L85) -- "90% de la population c'est des... c'est des Maghrébins" (L105) -- "les croyances, les religions et tout font que des fois ben ça voilà, ça bloque ça, ça peut bloquer le processus du soin" (L125-L126) -- "la barrière de la langue, des fois c'est compliqué pour la prise en soin parce que tu...bah tu, t'es vite en difficulté parce que... (...) des fois pour</i>

		<i>appelle ça, ses ancêtres et cetera, et tout ça ça le constitue lui et ce qu'il est à l'instant T" (L223-L224) -- Parce que, ta culture est la mienne déjà, elle est différente même si, on est toutes les deux françaises de parents français admettons, même moi je suis d'une région différente que la tienne, donc euh, une éducation différente donc je pense que, elle sera forcément différente" (L234-L237) -- "ben en fait faut essayer de trouver des stratagèmes et des arrangement." (L243) + Deux situation type Ramadan, Coran.</i>		<i>là, si on communique pas et si on interroge pas on sait pas en fait, on n'arrive pas à distinguer qu'est ce qui est de la norme ou pas. Forcément ça bouscule complètement la norme de la relation." (149-L152) --</i>		<i>comprendre ce qui se passe (...) c'est compliqué. Donc on faisait appel à des traducteurs, mais des fois dans l'urgence vitale (...) ça peut poser problème pour les prises en charge parce que, si tu sais pas les antécédents, les allergies et tout ça et que... il faut aller vite... ça peut être problématique aussi." (L141-L148).</i>
	Posture ?	<i>"Je pense que ça doit s'inscrire dans les prises en charge en tout cas, on doit en avoir conscience nous en tant que soignants" (L228-L229) "C'est à prendre en compte mais il faut réussir à trier, la clinique pure, psychiatrique, parce qu'on parle de psychiatrie, de la culture, et pas mélanger les deux" (L238-L240) -- "Si c'est possible questionner euh le, le patient si on ne connaît pas la culture</i>	<i>"Faut qu'on soit en lien et on n'est pas tout le temps adaptés dans, dans nos régimes, ou dans, dans le service des fois il faut qu'on fasse des... des demandes tout ça, ça prend du temps et il faut qu'on essaye, un maximum de bah de rentrer en... comment s'appelle, de rentre en adéquation avec la culture de la personne." (L118-L121) -- "C'était un patient son souhait de vie et</i>	<i>"Mais du coup dès lors que nous, on considère que ces codes ils sont acquis pour tout le monde, ça peut générer de l'incompréhension." (L140-L141) -- "ça impacte forcément la relation." (L142-L143) -- "Parce que j'attends quelque chose, parce qu'on m'a demandé, que cette attente... on m'a dit implicitement que cette attente, elle était légitime. Et</i>	<i>"les soins vont pas être les mêmes selon aussi la culture" (L84) -- "des femmes euh...voilées euh, elles vont pas accepter que ce soit un homme qui les... euh qui les soignent, donc c'est beaucoup plus les femmes." (L85-L86) -- "Y'a la barrière de la langue où il faut aussi en général, le traducteur qui vienne avec le patient pour que ça soit plus simple" (L86-L88) -- "Donc</i>	<i>"par exemple moi je travaille à la coordination depuis 5 ans pour les prélèvements d'organes. Euh... par exemple, les personnes euh... les personnes qui sont gitans, ils veulent pas être prélevés pour... quand la personne est décédée ? Euh...donc tout ça, ça rentre en compte en fait parce que du coup bah, on leur propose même pas un entretien avec la</i>

		à laquelle il appartient par exemple. Pour pas le heurter, pour pas faire de conclusion hâtive sur des éléments qui pourraient nous paraître étranges alors qu'en fait, si ça se trouve c'est juste culturel, ou... délirant alors qu'en fait c'était juste culturel tu vois" (L229-L233) -- "Si le patient est accessible tant mieux, s'il est pas accessible faut trouver un autre arrangement." (L252-L253) "C'est c'est un jeu hyper euh, hyper délicat de pas nier la culture de la personne, en lui disant oui mais là à l'instant T, ta santé mentale doit primer et, tout le soin doit primer, surtout dans un milieu de soins sous contrainte." (L261-L264) -- "Parce que quand t'as un patient qui vient d'Afrique noire pour qui euh, les esprits c'est juste une réalité dans sa culture et, qui a plein de choses qui se mettent en place pour les combattre dans sa culture et, qui te dit qu'ils voient des esprits. Bah toi va lui faire comprendre qu'en fait euh, y a une maladie psychiatrique si t'as évalué que et c'était	sa vie était d'être SDF. Lui ce qu'il voulait c'est être SDF." (L124-L125) -- "Au bout d'un moment en fait on... quand on le faisait sortir, on le laissait sortir avec, ces traitements sur lui, on faisait tout en lien pour qu'il puisse culturellement lui, se sentir bien, c'était être dans la rue." (L128-L130) -- "si on rentre dans la culture classique avec les religions euh...oui on est obligé de faire en sorte de respecter euh ... le patient... je me verrais pas euh... empêcher un patient, il me dit la prière elle est à 08h30 et, je lui dis non il a petit-déj' à 08h30. Non tu fais ta prière, et tu viendras après tu viens après, manger" (L138-L141) -- "des fois il faut... dire non parce que c'est pas possible, en fonction de l'état du patient et en fonction de pourquoi c'est fait. Euh... et puis en soi, il y a beaucoup de religions aussi, sur ce principe-là qui euh..., qui accepte de, la non faisabilité de certaines choses euh... alors quand, lorsqu'on est	sur ça, il y a plein de choses ! " (L143-L144) -- "Et donc à partir de ce moment-là, si on communique pas et si on interroge pas on sait pas en fait, on n'arrive pas à distinguer qu'est ce qui est de la norme ou pas. Forcément ça bouscule complètement la norme de la relation." (L149-L152) -- "en fait ça demande un effort supplémentaire, de se demander là ce que le patient fait, est-ce qu'il le fait parce que c'est sa culture, ou est-ce qu'il le fait parce qu'il est malpoli ? Est-ce qu'il le fait parce qu'il est pas dans son droit ? Parce qu'il pense être dans son droit ?" (L152-L155) -- "Forcément, la culture, ça biaise la, la relation, ça la rend beaucoup plus compliquée." (L155-L156) --	oui, la culture, forcément, forcément la...la prise en charge sera... sera à adapter. Euh... alors on essaie de faire pareil pour tout le monde, de faire les, la même qualité de soins" (L88-L90) -- "des fois c'est difficile parce que... on peut pas, parce que si on a une équipe que d'hommes, ça sera forcément... Alors il y a des gens qui refusent, qui refusent les soins euh par rapport à ça" (L90-L91) -- "on essaie de...(téléphone sonne) voilà, il faut essayer de, de parler, de communiquer, de savoir pourquoi c'est pas possible" (L92-L93) -- "Il va falloir prendre (...) en compte les cultures de, de tout le monde puisque maintenant, la France c'est un pays multiculturel" (L139-L140) - - je pense que c'est à... quand même prendre en compte et... et peut-être à développer. Développer ça ou tout du moins nous en toucher un mot à l'école	famille en vue d'un potentiel prélèvement d'organes. Tu vois ?" (L57-L61) -- "il y a beaucoup de choses qui font que des fois ben... tu peux pas... faire tes soins en fonction de, de leur euh, enfin de leur croyance, il faut respecter hein après" (L61-L63) -- "y'a pleins de choses comme ça où enfin, bien sûr que la croyance ça...ça, ça intercepte dans le soin" (L66-L67) -- "la relation soignant/soigné, il faut qu'elle, enfin il faut que, il faut qu'il y ait un lien de confiance, il faut-il faut être transparent avec ton patient, faut bien lui expliquer les chose" (L100-L102) -- "Donc c'est que vraiment ça a un impact...Voilà c'est... il faut pas qu'un homme touche une femme maghrébine, même si elle est en souffrance et que sa vie est en danger." (L111-L113) - - "vraiment, on a tout fait pour que le médecin rentre dans la chambre. Il a refusé que le médecin rentre, donc je l'ai accouché toute seule." (L116-L117) -- "ça s'est bien
--	--	--	---	--	--	---

		<i>vraiment une maladie psychiatrique tu vois ? " (L371-L375) -- "quand tu créer la relation avec ton patient, c'est bien de le questionner sur qui il est, genre euh... Ben par exemple, c'est un patient d'origine étrangère : d'où vous venez ? De quel pays vous venez ? Ca c'est en ethnopsy que j'avais appris ça, ils te disent des fois enfin, faut même leur demander de, de, de quelle ethnie ils viennent " (L400-L404) -- "Après il faudrait je pense des années pour être formée à ça, parce qu'il y a tellement de cultures différentes tu vois, et là elle avait actuellement axée sur l'Afrique noire, le Maghreb, parce que c'est nous, nos populations qu'on rencontre beaucoup tu vois. Mais elle à pas beaucoup axé par exemple sur la population d'inde où d'Asie, alors que ça pourrait être aussi intéressant tu vois" (L416-L420)</i>	<i>malade...ben on n'est pas... on n'est pas puni par la, par la religion ou par, ou par Dieu parce que c'est, c'est pas grave, on est malade, on est là pour se soigner d'abord soi. Et après la religion est au 2nd plan" (L143-L149) --</i>		<i>déjà... c'est déjà pas mal. (L140-L142).</i>	<i>passé, grâce à Dieu" (L121) --</i>
	Compétence	<i>"non, compétence et culturelle en même temps non, ça m'intrigue" (L283-L284) -- "Si</i>	<i>non ...</i>	<i>"Non, j'en ai jamais entendu parler, je comprends le concept. Mais j'en ai jamais</i>	<i>Compris dans le relationnel, ou compétence propre : "compétences culturelles,</i>	<i>"non" (L77)</i>

	cultu- relle	<i>transculturalité si, c'est, c'est ces formations ethno psy ça ?" (L286)</i>		<i>entendu parler." (L162-L163)</i>	<i>pas forcément. Après... bon nous c'est enfin je pense que ça va avec les soins aux urgences." (L99-L100)</i>	
Imprévu		<i>Pluridisciplinarité "Plus tu te questionne et plus tu t'appuies sur tes pairs, au sens large euh, au niveau de l'équipe pluridisciplinaire" (L49-L51). Interaction avec regard de la société: ".En plus du fait que tu travailles avec des, des, des pathologies en psychiatrie qui sont très stéréotypés, donc l'œil de la société sur ces pathologies elle est euh... il est euh, quand même... très souvent péjoratif tu vois" (L341-343)</i>	<i>Regard de pairs (pluridisciplinarité) : "Être jugée par ses pairs aussi, par les autres infirmiers, le cadre, les médecins pour savoir voilà, savoir ce qu'on vaut aussi réellement par le biais du regard des autres aussi." (L51-L53) -- Mais peut-être que moi j'aurais pas fait comme ça. C'est plus euh...pas à l'encontre mes principes, mais plus à l'encontre euh, de mon idée initiale. " (L93-L96) -- Une spécialisation ? : "dans certaines unités hospitalières, en tout cas pour la psychiatrie, je pense que ça peut être très intéressant que quelqu'un ait des capacités diverses, et variées et des et des connaissances sur les différentes cultures qui peuvent exister voilà" (L161-L164) --</i>	<i>Rôle propre/prescrit : L27-L28 -- Pluridisciplinarité : "disons que c'est beaucoup plus simple quand on est seul face au(x) patient(s). Parce que.. on, si on s'extrait du contexte, on sait quoi faire et, dans le contexte, en fait, on se rend compte que c'est pas toujours aussi simple" (L38-L40) --</i>	<i>Pluridisciplinarité comme appui compétence : "le travail en équipe, d'apprendre avec ses collègues" (L31-L32) --</i>	<i>Pluridisciplinarité comme appui compétence : « ... »</i>

Refus de soin	Droit	<i>Soin sous contrainte : "je le vois à peu près tous les jours dans ma pratique quotidienne, en accueil crise fermé dans un secteur où euh, 99,9 de mes patients sont hospitalisé sous-contrainte et, donc du coup n'ont pas envie de se soigner." (L303-L305) -</i>	<i>"Sous mesure de protection, donc euh on est... on est sur des patients qui ne veulent pas être soignés." (L170-L171) -- Donc obligatoirement souvent on est lié au refus, dans les premiers temps, après les traitements font leur effet et, le refus est un peu moins euh... on va dire actif (L171-L173)</i>	Consentement : <i>"Quand on est dans une chambre où on sait pas pourquoi on est là, on sait pas qui vient en blouse blanche, avec un masque en plus, c'est pire depuis qu'on a les masques. Euh.. qui sait pas qu'est ce qui se passe quoi." (L117-L120) -- "Et du coup bah on a dû... on a dû la calmer par euh... par une piqûre... de Loxapac dans les fesses. C'est pareil, on l'attrape, on lui met...(souponne)." (L124-L126) -- "en fait... on se fait tout un monde du refus de soins parce que on est actuellement dans une bascule qui est pour moi pas complètement faite, même si on a tendance à dire qu'elle devrait l'être" (L166-168) -- "C'est à dire qu'on était vraiment dans, dans un soin qui était très patriarcale, entre guillemets avant où, ben... le, le patient il faisait confiance aveugle en l'équipe soignante ; l'équipe soignante disait que c'était ça qu'il fallait faire et c'était ça qui était fait, point</i>	<i>"Oui ! Forcément ouais." (à propos de rencontrer des refus de soin) (L121) -- "Et puis après si la personne refuse, bah c'est, c'est son choix hein après. On peut pas aller contre..." (L131-L132) -- "si la personne est... est saine d'esprit, on va pas obliger à faire les soins" (L132-L133).</i>	<i>"Si il refuse ils sont libres de choisir" (L91) -- "après ils sont maîtres de leur décision hein" (L93-L94) --</i>
---------------	-------	--	--	---	---	--

				barre." (L169-L172) -- "On est en train de basculer avec toutes les lois sur le droit des patients, toutes cette importance qu'on donne aux patients en tant que partenaires de soins. On est en train de basculer, mais pour moi c'est pas encore tout à fait fait" (L172-L174) -- "...Sur un patient qui est à même de décider ce qui est bon ou pas pour lui, malgré le fait qu'il ait pas les compétences médicales de le faire. Ce qui sous-entend qu'il faut qu'il ait les connaissances via nous, de pouvoir décider lui-même de ce qui est bon pour lui ou pas." (L174-177) -- "à partir du moment où nous on dit ça, c'est ce qu'on veut pour vous et, que le patient il est pas d'accord, il y a un refus de soins." (L178-L179) -- "il faut expliquer en quoi se refus l'impact. Parce que...un consentement c'est donné de manière éclairée...tout ça mais, du coup un non-consentement pour moi, ça l'est tout autant. À partir du moment		
--	--	--	--	---	--	--

				<i>où je refuse ce médicament-là, je prends conscience que sans ce médicament-là, il se passera ça, ça, ça, ça. En tout cas, il y a un risque de se passer ça, parce que j'ai pas une boule de cristal, mais probablement il risque de se passer ça, ça, ça, ça. Est-ce que malgré tout ça, on dit non ?" (L198-L203)</i>		
	Contra t de soin	« Donc moi pour moi la finalité de la relation soignée c'est de créer une relation de confiance, au (silence) au plus qu'il soit possible de le faire » (L80-81)	« Donc moi pour moi la finalité de la relation soignée c'est de créer une relation de confiance, au (silence) au plus qu'il soit possible de le faire » (L80-81)	"On a beau lui expliquer, à un moment donné c'est... c'est qu'elle écoute ses émotions de : j'ai peur, je sais pas ce qu'on me fait, j'y vais pas" (L120-L122) -- "Mais le fait est que voilà, on a beau lui dire, vous allez perdre votre œil, vous allez perdre votre œil, si elle n'est... enfin si elle écoutait pas, enfin elle n'écoutait pas d'ailleurs et c'était compliqué" (L122-L124) -- "Ouais mais pourquoi il dit non ? Est-ce qu'il sait que c'est vraiment bon pour lui ? Est-ce que, qu'est ce qui, qu'est ce qui... qu'est ce que dans la	"des fois c'est difficile parce que... on peut pas, parce que si on a une équipe que d'hommes, ça sera forcément... Alors il y a des gens qui refusent, qui refusent les soins euh par rapport à ça" (L90-L91) -- "Après tu passes le relais à ta collègue si elle a le temps pour aller encore euh... si ça marche pas avec toi, peut-être qu'aussi c'est personnes dépendantes donc d'essayer de... de voir avec quelqu'un d'autre si quelqu'un d'autre arrivera mieux à... convaincre la personne." (L124-L127) -- "Voilà tout est	"oui j'ai déjà eu des refus sur des traitements." (L85-L86) - - "je lui explique ce qui va se passer si on met pas les traitements" (L90-L91) -- "Je pense que le, le plus important c'est d'expliquer les tenants et les aboutissants hein, leur expliquer que voilà, si on fait pas ça, ça et ça il va se passer ça, ça... enfin bien leur expliquer" (L91-L93) -- ""vraiment, on a tout fait pour que le médecin rentre dans la chambre. Il a refusé que le médecin rentre, donc je l'ai accouché toute seule." (L116-L117) -- "ça m'avait interpellé aussi, je

				proposition qu'on lui fait, le bloque ? En fait c'est là où on n'est pas bon, c'est qu'on se pose pas forcément cette question-là, on se dit bah il refuse c'est pas grave il a qu'à rentrer chez lui." (L182-L186) -- "il faut expliquer en quoi se refus l'impact. Parce que...un consentement c'est donné de manière éclairée...tout ça mais, du coup un non-consentement pour moi, ça l'est tout autant. À partir du moment où je refuse ce médicament-là, je prends conscience que sans ce médicament-là, il se passera ça, ça, ça, ça. En tout cas, il y a un risque de se passer ça, parce que j'ai pas une boule de cristal, mais probablement il risque de se passer ça, ça, ça, ça. Est-ce que malgré tout ça, on dit non ?" (L198-L203)	question de négociation et de, d'intervenants qui puissent nous aider et puis de bien expliquer pourquoi on fait ça, quel est l'intérêt." (L130-L131) -- "Tout est question de d'explication et de négociation"(L133-L134) -- "Il va falloir prendre (...) en compte les cultures de, de tout le monde puisque maintenant, la France c'est un pays multiculturel" (L139-L140)	me suis dit bah quand même, il préfère perdre sa femme et son bébé que de faire rentrer un homme." (L127-L128) --
Vécu Soignant	"Est-ce qu'on a pas été trop loin tu vois euh... et à la fois on était complètement perdus dans cette prise en charge on savais plus quoi faire, fin'	"j'ai déjà vécu des refus de soins aussi pour des raisons qui s'entendent, un patient qui refusent de faire la piqûre le matin parce que ça sédate,	"Le défaut, je trouve en ce moment, de cette bascule-là, c'est que du coup on est confronté à un médecin... fin' à une équipe soignante pour	" Il faut essayer de, de parler, de communiquer, de savoir pourquoi c'est pas possible" (L92-L93) -- "tu essayes de savoir pourquoi, déjà. Quelle	"une fois, j'ai eu un choc hémorragique chez un patient qui était témoin de Jéhovah. Et... on lui a expliqué que... il fallait le	

		voilà. Et du coup ça, ça m'a questionné et à ce moment-là, je me suis dit est-ce que là, j'ai été soignante. Je sais pas..." (L175-L178) -- "Donc comment tu t'y prends pour soigner quelqu'un qui n'a pas envie d'être soigné ? Bah tu tu t'adaptes voilà, capacité d'adaptation à number one, tu essaies de créer une relation soignant soignée solide, avec un lien de confiance. Et ça, ça peut prendre euh parfois beaucoup de temps" (L306-L309)	il préfère la faire à 18h00. Ben oui ça s'entend." (L176-L178) -- " C'est aussi entendre le refus, il y a certains refus ils sont entendables et, et il faut en prendre compte." (L180-L181)	pas... pas stigmatisée, une équipe soignante qui peut facilement se braquer face au refus parce que, ben on sait ce qui est bon pour lui." (179-182) -- "Ouais mais pourquoi il dit non ? Est-ce qu'il sait que c'est vraiment bon pour lui ? Est-ce que, qu'est ce qui, qu'est ce qui... qu'est ce que dans la proposition qu'on lui fait, le bloque ? En fait c'est là où on n'est pas bon, c'est qu'on se pose pas forcément cette question-là, on se dit bah il refuse c'est pas grave il a qu'à rentrer chez lui." (L182-L186) -- "Ouais mais non en fait y'a... y'a d'autres...pourquoi il refuse ? Qu'est ce qui fait qu'il refuse ? Qu'est-ce qu'on peut lui proposer d'autres ? Parce que nous on dit c'est ça qui est bon pour lui ok mais, est-ce qu'il y a pas une autre option ? Et ça selon l'équipe avec laquelle on a... c'est ce que je disais tout à l'heure sur la compétence, c'est que, bah voilà, en fait on n'est pas tout seul et selon l'équipe avec laquelle euh... avec qui	est, quelle est la cause du refus de soin" (L123-L124) -- "Après on demande à la famille s'ils peuvent nous aider aussi." (L128) -- "on le dit au médecin, on voit si on peut pas faire autrement" (L129) -- "Voilà tout est question de négociation et de, d'intervenants qui puissent nous aider et puis de bien expliquer pourquoi on fait ça, quel est l'intérêt." (L130-L131) -- "je pense que c'est à... quand même prendre en compte et... et peut-être à développer. Développer ça ou tout du moins nous en toucher un mot à l'école déjà... c'est déjà pas mal." (L140-L142).	transfuser en urgence, il a refusé et du coup c'est vrai, c'était hyper frustrant" (L43-L45) -- "c'était une jeune, une jeune fille (...). Et en fait bah elle a refusé la transfusion et c'était bah hyper frustrant parce que... au final on s'est dit, enfin, on lui a dit, si on vous transfuse pas, vous, vous allez décéder. On a expliqué à la famille et tout, ils ont rien voulu entendre donc c'était hyper (...) dur" (L46-L52) -- "elle allait décéder et ils ont rien voulu savoir" (L81) -- "le plus important c'est d'expliquer les tenants et les aboutissants hein, leur expliquer que voilà, si on fait pas ça, ça et ça il va se passer ça, ça... enfin bien leur expliquer" (L91-L93) -- "je suis arrivée avec le médecin et... le conducteur du SMUR, donc c'était deux hommes, le mari a pas voulu qu'on touche... qu'on accouche sa femme. Le médecin lui a dit mais, si j'y vais pas ça va... ça risque de mal se passer. Et le mari a refusé, il a dit, il y a que elle qui rentre et j'ai dû faire
--	--	---	---	---	---	---

				<i>on travaille et bah ce travail, il est plus ou moins fait." (L186-L191) -- "Ben pour moi la clé c'est le temps, malheureusement euh, on le dit pour tout et je sais que c'est l'argument pour tout entre guillemets mais... souvent on n'a pas le temps" (L211-L212) -- "'c'est ce qui nous braque le plus je trouve, c'est quand le patient en fait demande plus de temps." (L215-L216) -- "Quelqu'un qui dit bah non j'ai peur, quelqu'un qui parle pas notre langue, quelqu'un qui dit bah moi du coup c'est pas pourquoi vous piquer, qu'est ce que vous me piquez j'en veux pas. Forcément ça nous demande plus de temps (...) l'institution est maltraitante avec nous et nous donne pas le temps de faire cette démarche-là auprès du patient, en fait on devient vite.. complètement acculé par le par le fait que ce patient-là demande du temps. Mais en fait c'est pas lui le problème, lui il a le droit de demander du temps. Mais bon...pas toujours simple de</i>		<i>l'accouchement toute seule. Quitte à ce que sa femme décède avec le petit aussi." (L107-L11) -- "vraiment, on a tout fait pour que le médecin rentre dans la chambre. Il a refusé que le médecin rentre, donc je l'ai accouché toute seule." (L116-L117) -- "'ça m'avait interpellé aussi, je me suis dit bah quand même, il préfère perdre sa femme et son bébé que de faire rentrer un homme." (L127-L128) --</i>
--	--	--	--	--	--	---

				<i>l'avoir ce temps-là... " (L221-L227)</i>		
Imprévu		<i>Soin sous contrainte : "je le vois à peu près tous les jours dans ma pratique quotidienne, en accueil crise fermé dans un secteur où euh, 99,9 de mes patients sont hospitalisé sous-contrainte et, donc du coup n'ont pas envie de se soigner. " (L303-L305) --"Parfois bah tu créer la relation bah après avoir fait un soin sous la contrainte et en présence de renforts" (L310-L311) --</i>		<i>Institution + Temps : "l'institution est maltraitante avec nous et nous donne pas le temps de faire cette démarche-là auprès du patient, en fait on devient vite.. complètement acculé par le par le fait que ce patient-là demande du temps. Mais en fait c'est pas lui le problème, lui il a le droit de demander du temps. Mais bon...pas toujours simple de l'avoir ce temps-là..." (L221-L227)</i>		

GIPES
Groupement d'Intérêt Public
des Entrepreneurs du Sud-Est
du Puy de la Méditerranée

Centre Hospitalier
de Montlivet (Aix-Marseille)

Centre Hospitalier
de Marseille

REGION
SUD
PROVENCE
ALPES
CÔTE D'AZUR

AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussignée : Marine MAMBERT

Promotion : 2021- 2024

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse **à diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

La Culture au secours du refus de soin

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

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

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

Avignon, le 21/05/2024 Signature

La culture au secours du refus de soin ?

Prendre en soin de manière holistique est un des enseignements majeurs de la formation infirmière. La dimension culturelle en fait partie, elle permet de favoriser la singularité de la relation. Lorsqu'elle n'est pas suffisamment prise en compte, cela peut conduire à des incompréhensions voire, à des refus de soin. C'est le cas dans la situation qui initie ce mémoire et qui m'a amenée à la question de départ : ***En quoi une compétence culturelle peut-elle être une ressource au sein de la relation soignant/soigné lors d'un refus de soin ?***

Au travers de lecture en sciences infirmières et humaines je développe trois thématiques : compétence et culture, relation soignant/soigné, refus de soin. Afin d'asseoir ma réflexion dans la pratique, je mène des entretiens semi-directifs auprès de cinq infirmiers d'expérience différente. La relation est au cœur du soin pourtant il apparaît que l'expérience constitue un atout majeur pour réussir à la construire. Refus de soin et culture sont régulièrement liés, tous deux touchent à la responsabilité soignante, invitent au questionnement. Le concept de sécurité culturelle encore peu présent en France, est-il à même d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche pour comprendre la dimension culturelle du soin ?

Mots clés : Culture, refus de soin, relation soignant/soigné, compétence

Culture to the rescue of denial of healthcare

Taking care in a holistic manner is one of the major teachings of nursing education. Cultural dimension is a part of it; it helps to promote the uniqueness of the relationship. When it is not sufficiently considering, it can lead to misunderstandings or even denial of healthcare. This is the case in the situation that initiates this research work and lead me to the starting question: ***How can cultural competence be a resource within the caregiver/patient relationship during a refusal of care?*** Through readings in nursing and human sciences, I develop three themes: competence and culture, relationship between the carer and the patient, denial of healthcare. In order to ground my consideration in practice, I conduct semi-structured interviews with five nurses of different experiences. The relationship is at the heart of care, yet it appears that experience is a major asset in succeeding to build it. Denial of healthcare and culture are regularly linked; both touch on caregiver responsibility, inviting questioning. The concept of cultural safety, still relatively rare in France, might open up new research perspectives to understand the cultural dimension of care.

Keywords: Culture, denial of healthcare, relationship between the carer and the patient, competence