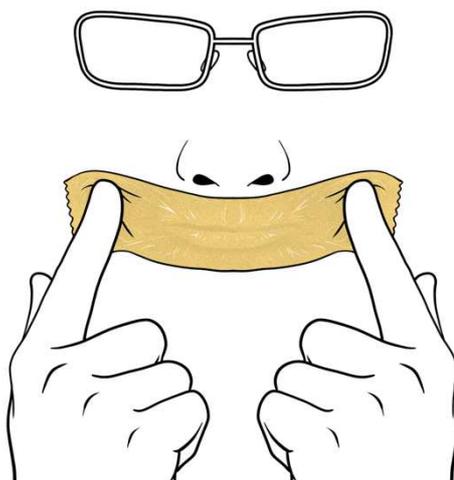


TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDE :

## Le non-dit dans le soin



*SOUS LA DIRECTION DE MADAME SANDRA CANEVAROLO*

*UE 5.6 S6 : ANALYSE DE LA QUALITÉ ET TRAITEMENT DES DONNÉES SCIENTIFIQUES ET  
PROFESSIONNELLES*

*DATE DE RENDU LE 21 MAI 2024*

## **Note aux lecteurs**

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

## **Remerciements**

Je tiens tout d'abord à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Madame Sandra CANEVAROLO, de m'avoir accompagnée et suivie tout le long de la réalisation de mon mémoire. Merci pour ses conseils, son écoute, sa gentillesse dont elle a su faire preuve tout au long de mon travail.

Je remercie également ma référente pédagogique, Madame Vannina FILIPPI, de m'avoir écoutée et encouragée tout au long de mes trois années de formation.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe pédagogique, les bibliothécaires et l'Institut de formation en soins infirmiers d'Avignon. Je leur suis reconnaissante pour leur encadrement, leur disponibilité et la richesse des contenus dont j'ai pu bénéficier.

Pour conclure, je remercie ma famille, ainsi que mes amis, qui ont toujours été présents, qui m'ont encouragée et rassurée dans certains moments de doute. J'espère qu'ils seront fiers de mon parcours.

## SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Situation d'appel.....</b>	<b>2</b>
1.1 Description de la situation.....	2
1.2 Le questionnement.....	5
<b>2 La question de départ.....</b>	<b>10</b>
<b>3 Cadre de référence.....</b>	<b>10</b>
3.1 Information et mensonge.....	10
3.1.1 Définition du mensonge .....	10
3.1.2 Le droit à l'information .....	11
3.1.3 La relation médecin-malades.....	12
3.1.4 Les conséquences du mensonge .....	13
3.1.5 Que veut dire informer ?.....	15
3.1.6 Le mensonge du patient .....	16
3.1.7 Éthique et mensonge.....	17
3.2 La relation de soin.....	19
3.2.1 Définitions .....	19
3.2.2 La relation soignant-soigné.....	20
3.2.3 La relation de confiance .....	22
3.2.4 La relation d'aide.....	26
3.2.5 La relation asymétrique .....	26
3.2.6 La responsabilité de l'Autre .....	27
<b>4 Synthèse du cadre de référence .....</b>	<b>28</b>
<b>5 Enquête exploratoire .....</b>	<b>29</b>
5.1 Méthodologie de recherche .....	29
5.2 Réalisation de l'enquête.....	29
5.3 Analyse des entretiens .....	31
5.3.1 Le mensonge et le non-dit.....	31

5.3.2	Le droit à l'information .....	35
5.3.3	La relation soignant-soigné.....	38
5.3.4	L'éthique du soignant.....	41
<b>6</b>	<b>Problématique.....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>46</b>
	<b>Sommaire des annexes .....</b>	<b>51</b>

## Introduction

Le mensonge émerge une réalité complexe dans la relation de soin. On pourrait se demander : pourquoi le mensonge existe-t-il dans le domaine de la santé ?

En ce qui me concerne, de profession aide-soignante, je pensais que le mensonge était inexistant.

Alors que le devoir du médecin est de communiquer une information claire et loyale au patient sur son état de santé, il me paraissait impossible de ne pas dire la vérité en lui dissimulant des propos. Alors que notre métier nous apprend à avoir une posture professionnelle, être authentique, empathique, sincère, ...

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai pu faire face à des situations de mensonge ou de non-dit envers le patient où le médecin ne donnait pas les informations nécessaires.

Lors d'un stage en deuxième année d'études en maison de retraite, une situation m'a particulièrement bouleversée, auprès d'un résident atteint d'un cancer. Il ne savait rien de son diagnostic.

Cela compliquait la relation soignant-soigné car le patient restait dans le manque d'informations, dans l'incompréhension. Ce sont ces constats qui m'ont remis en question sur la qualité et l'importance de la relation soignant-soigné et sur la relation de confiance.

C'est à partir de cette situation que j'ai décidé d'orienter et de travailler mon mémoire de fin d'études.

Tout d'abord, je présenterai une situation d'appel et le questionnement qui en a découlé.

Ensuite, je créerai mon cadre de référence avec les différents concepts et les dires des auteurs sur ce sujet.

Puis, j'exposerai la méthodologie exploratoire envisagée et son déroulement auprès de différentes structures.

Enfin, j'analyserai les entretiens menés auprès des soignants, et ainsi je mettrai en parallèle ces résultats avec mon cadre de référence.

# 1 Situation d'appel

## 1.1 Description de la situation

Ma situation se déroule en maison de retraite lors de mon 2<sup>ème</sup> stage en première année de formation infirmières. Cet établissement accueille 66 résidents présentant différents degrés d'autonomie et de dépendance.

L'équipe est composée de 2 infirmières et de 5 aides-soignants qui dispensent aux résidents les soins d'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne et qui travaillent le matin ou l'après-midi. Un infirmier coordinateur manage l'ensemble de l'équipe. Les médecins traitants viennent régulièrement ausculter les résidents dont ils ont la charge.

Pour cette situation, je me suis intéressée à Monsieur PIERRE, patient âgé de 83 ans dont j'ai anonymisé le nom, qui a été hospitalisé pour altération de l'état général et chutes à répétition à domicile il y a 5 mois.

Il est seul dans une chambre au 2<sup>ème</sup> étage.

Les liens avec sa famille sont quasiment rompus, seule sa petite-fille est présente et elle est également son aidante. Elle a pris la douloureuse décision de le placer dans cette institution car le maintien à domicile s'avérait difficile, elle-même étant atteinte d'un cancer du sein.

Suite à différents examens paracliniques, Monsieur PIERRE présente un carcinome colorectal (cancer du côlon) pour lequel il n'a pas été informé. Sa petite-fille a fait le choix de lui cacher ce diagnostic.

Tout a commencé lors de mon premier jour de stage alors que nous faisons le tour de la distribution des médicaments, l'infirmière m'explique alors la situation de chaque résident afin que je puisse prendre connaissance des pathologies de chacun d'eux et leurs habitudes de vie.

Nous arrivons devant la porte de Monsieur PIERRE, mais avant de m'annoncer, l'infirmière me dit : « ce résident a un cancer mais il n'est pas au courant, il ne faut rien lui dire ».

J'acquiesce et lui réponds « d'accord ».

À ce moment, je ne comprends pas vraiment la situation.

Je frappe, je rentre puis me présente à lui « Bonjour Monsieur, je me présente je m'appelle Samira, étudiante infirmière en 1<sup>ère</sup> année ».

Il me répond : « Bonjour, enchanté Samira ». Je poursuis et lui dis : « Voici votre traitement », puis il m'interpelle immédiatement en me disant : « J'ai toujours mal au ventre, j'ai tous les jours la diarrhée et ça me gêne ».

L'infirmière, qui m'attendait devant la porte, l'entend puis rentre dans la chambre en lui répondant : « C'est peut-être lié au traitement que vous avez la diarrhée ».

Il réplique alors : « Je ne sais pas mais cela dure depuis un moment (silence) ».

Elle lui dit : « Je vais voir avec le médecin s'il ne peut pas vous donner quelque chose d'autre ».

Nous sortons de la chambre et l'infirmière me dit : « Il me fait de la peine, il a une maladie mais il ne le sait pas car sa petite-fille ne veut pas qu'il le sache, c'est pour cela qu'il souffre ». Elle rajoute : « Cette situation me dérange ».

Les jours suivants, lors de la distribution de médicaments, Monsieur PIERRE se plaint toujours de douleurs intenses à tel point que cela le contraint à laisser son plateau repas intact.

Un jeudi après-midi, le médecin traitant de Monsieur PIERRE lui rend visite en chambre afin de l'ausculter et d'évaluer l'efficacité du traitement.

Monsieur PIERRE salue le médecin et lui explique que sa situation ne s'améliore pas malgré le traitement. Le médecin lui explique que c'est légitime, car ses douleurs persistantes sont en lien avec son cancer. Monsieur PIERRE s'étonne et demande au médecin de quel cancer parle-t-il ? Celui-ci lui réplique tout naturellement en lui disant qu'il a un cancer de l'intestin.

Anéanti, Monsieur PIERRE demande au médecin pourquoi il n'a pas été informé plus tôt. Le médecin ne répond pas et lui dit qu'il va lui prescrire un autre traitement morphinique. Humblement, Monsieur PIERRE remercie le médecin.

En descendant, le médecin traitant informe l'infirmier coordinateur de la situation. Ils se disent enfin soulagés que le patient soit informé de son état physique. L'infirmier coordinateur se rend auprès de Monsieur PIERRE pour savoir s'il a des interrogations relatives à sa maladie, et comment il se sent psychologiquement après cette annonce.

Monsieur PIERRE ne comprend pas pourquoi sa petite-fille lui a caché sa maladie.

À la suite de ces événements, j'entends que la petite-fille de Monsieur PIERRE, elle-même infirmière, a souhaité être la seule informée de l'évolution de l'état de santé de son grand-père. Atteinte d'un cancer du sein, elle a demandé à l'équipe soignante de garder secret la pathologie

de son grand-père pour le préserver. Faisait allusion à son propre cancer, elle veut lui éviter toutes ces inquiétudes.

Chaque dimanche, la petite-fille rend visite à Monsieur PIERRE, son grand-père.

Lors d'une de ses visites dominicales, elle se rend dans sa chambre qui lui demande alors, si elle savait pour son cancer. Stupéfaite, la petite-fille ne comprend pas. Elle lui demande alors comment l'a-t'il su ? Monsieur PIERRE lui dit alors que c'est son médecin qui lui a annoncé. Très contrariée, elle descend au rez-de-chaussée afin de pouvoir en discuter avec une infirmière. À cet instant, l'infirmière et moi-même étions en train d'administrer les médicaments en salle de restauration. La petite-fille se dirige alors vers nous et m'aborde en premier, en me demandant si elle pouvait nous parler de son grand-père, Monsieur PIERRE. Je lui explique alors que je suis étudiante infirmière en 1<sup>ère</sup> année, que ma référente est juste là, en train de s'occuper d'une patiente et de lui donner son traitement. Une fois la tâche effectuée, ma référente s'approche, puis la petite-fille lui dit qu'elle souhaite lui parler. L'infirmière lui demande de patienter juste un moment afin de finir la distribution, et suite à cela nous la rejoindrons en chambre afin que la conversation reste confidentielle.

La petite-fille, compréhensive, dit nous attendre dans la chambre de son grand-père.

Après avoir terminé la prise en charge des patients et rangé le chariot de médicaments, nous nous dirigeons au deuxième étage en direction de la chambre de Monsieur PIERRE. Nous nous annonçons, puis entrons dans la chambre, où nous attendent la petite-fille et Monsieur PIERRE, son grand-père. Elle débute l'échange en nous disant que son grand-père ne mange rien, que le plateau est intact et qu'il n'a rien touché. Nous lui disons comprendre très bien son inquiétude. Elle nous annonce alors que : « le médecin lui a dit ». Nous ne comprenons pas (l'infirmière me regarde étonnée). La petite-fille ne veut pas énoncer le mot « cancer » devant son grand-père, elle nous demande si nous pouvons sortir dans le couloir afin de poursuivre cette discussion. Nous nous exécutons et sortons. Elle nous fait part de son mécontentement lié à l'annonce faite à son grand-père, alors que ce n'était pas son souhait ! L'infirmière lui dit alors que nous n'étions pas informées de la démarche du médecin. La petite-fille se retrouve dans une situation complexe et nous dit, étant elle-même infirmière, elle connaît bien son métier. Elle nous explique alors qu'elle a un cancer du sein et que suite à l'ablation de son sein gauche, elle suit son traitement curatif et ne veut pas voir son grand-père souffrir comme elle et ne veut pas le voir mourir. Nous essayons de la rassurer et lui proposons d'en discuter avec le médecin ou le cadre de santé. Elle nous affirme qu'elle ne veut pas parler au médecin car elle le connaît

personnellement, et souhaite se rapprocher du cadre de santé. Nous lui signifions que sa demande sera transmise au cadre de santé afin qu'il puisse la contacter. Ma référente lui explique que son grand-père pourra bénéficier d'une meilleure prise en charge et qu'il existe un antalgique qui lui évitera d'endurer ses douleurs.

Dès le lendemain, le cadre de santé est alerté du mécontentement de la petite-fille de Monsieur PIERRE, et qu'elle souhaite être contactée pour convenir d'un rendez-vous.

Le cadre de santé appelle la petite-fille. Il lui explique la raison pour laquelle cette annonce a été faite. Maintenant que Monsieur PIERRE est conscient de sa pathologie, une équipe mobile de soins palliatifs peut être mise en place. Il lui explique aussi que c'est son droit de connaître sa maladie, c'était nécessaire de le faire pour avoir une meilleure prise en charge, pour mettre en place un traitement plus efficace et adapté afin qu'il ne souffre plus. Elle comprend bien leur démarche et avoue au cadre de santé qu'elle s'est préparée pour les futures funérailles.

Rassurant, il lui dit qu'elle sera recontactée par l'équipe mobile de soins palliatifs, lui permettant ainsi de suivre le traitement prescrit à son grand-père. Elle accepte la proposition et de pouvoir échanger avec l'équipe soignante et d'être présente pour son grand-père.

## **1.2 Le questionnement**

Compte tenu de ma situation d'appel, il me semble indispensable de soulever un questionnement afin de pouvoir par la suite développer ma question de départ.

Tout d'abord, l'accompagnement d'un patient dans une situation particulière, dans laquelle il n'y a pas de réponse aux interrogations et pourquoi le diagnostic est inconnu.

Dans ma situation, le résident est atteint d'un cancer dont il n'était pas informé.

- Comment accompagner ce patient dans ce cadre particulier ?

Dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, le terme de posture professionnelle fait référence à un « *ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus* ». La posture de l'infirmière est importante dans le soin, elle

requiert un climat de confiance durable entre deux personnes. C'est mener l'action de prendre soin.

- Quelle posture doit adopter l'infirmière face à un diagnostic non dévoilé au patient ?

La vulnérabilité du soignant est le fait d'être exposé à la souffrance de l'autre. Elle s'exprime par une indignation qui se réfère à une réaction face à l'injustice, recherche des moyens pour améliorer une situation. Paul Ricoeur, philosophe définit l'éthique « *affection par et pour* ». Le soignant peut être confronté à la souffrance et à la douleur du patient pour lequel il emploie le terme de sympathie qu'il distingue de pitié. Cela peut être compliqué à gérer et peut générer des émotions. Le soignant est affecté et sensible. Emmanuel Levinas, philosophe désigne « le visage parle » auquel le corps est exposé (souffrance). D'après Paul Ricoeur « *Le propre de la vulnérabilité du soignant est en effet d'être exposé à la souffrance de l'autre.* »

- Est-ce que l'infirmière se sent-elle impuissante et vulnérable face à cette situation ?

Comme nous avons pu le constater, l'infirmière m'a fait part de sa peine et le mal être de cacher sa maladie au résident. Ce contexte la dérange.

La place de la famille est primordiale pour le résident, elle représente un soutien, sa présence et son écoute sont rassurantes. Mais en contrepartie, elle peut s'opposer à l'information au patient, en ne souhaitant pas lui communiquer le diagnostic par peur que cela lui soit fatal.

- Quel est la place de la famille dans la dissimulation de l'annonce du diagnostic ?

Je demande pourquoi l'avis de la petite fille prend une place primordiale, nous pourrions penser qu'elle en a le droit, car elle exerce elle aussi la profession d'infirmière et connaît toute l'équipe pluridisciplinaire.

- Prendrait-elle la place du soignant au sein de l'établissement ? Pourquoi l'équipe soignante laisse autant de place à la petite-fille ?

Les soignants se doivent d'avoir des qualités d'écoute, d'empathie mais également d'honnêteté. Ils doivent faire preuve d'équité.

- Quel est le rôle des soignants ? Pourquoi ne se sont-ils pas opposés à la non-annonce du diagnostic de Monsieur PIERRE ?

Pourtant, ils ont leur mot à dire dans le projet de soin.

- Ont-ils peur de la réaction de la petite fille, des conséquences que cela pourrait engendrer vis-à-vis du résident ?
- N'ont-ils pas le droit d'intervenir et de partager leur opinion ?

L'annonce du diagnostic au patient est un moment difficile et délicat pour lui ainsi que pour les proches. Elle détermine l'avenir, avec une perspective positive ou négative, pour le malade pouvant aller jusque la mort. Cela affecte bien évidemment le patient qui peut se questionner sur sa durée de vie. Lorsque le diagnostic engage le pronostic vital, le résident ressent des émotions et peut entraîner une certaine vulnérabilité à laquelle il doit faire face. Je suppose que l'impact de l'annonce d'une maladie est vécu par le résident comme un traumatisme, surtout quand ce dernier est dans l'attente de réponses pour faire face à ses interrogations.

L'annonce doit se faire dans un lieu calme et confidentiel. Le professionnel de santé doit adopter un comportement mesuré, être à l'écoute du patient sans l'interrompre, lui montrer qu'il est présent pour l'accompagner dans son cheminement. Les professionnels de santé doivent être disponibles afin de répondre à toutes les questions et préoccupations du patient.

- En quoi l'annonce du cancer impacte le résident ?

Suite à l'annonce du diagnostic, Monsieur PIERRE reste dans l'incompréhension de cette non-annonce de son diagnostic.

- En quoi le mensonge peut-il impacter la petite fille et l'équipe soignante ? Cela peut-il entraîner un lien rompu dans la relation de confiance ?
- Quelle sera la relation entre la famille et le patient après l'annonce ?
- Qui fait l'annonce ?

Dans ma situation, le médecin prend la décision de prévenir Monsieur PIERRE au vue de son état de santé.

- Quelle est la répercussion du terme « cancer » auprès des patients ?
- Est-ce que la petite-fille éprouve un sentiment de culpabilité ? Elle est infirmière, se sent-elle incapable de prendre soin de son grand-père ?

Nous pourrions penser que la petite-fille se sent coupable de le placer en maison de retraite, de ne pas être présente tous les jours pour son grand-père et d'avoir pris la mauvaise décision.

- Comment aurions-nous pu savoir si le patient était prêt à entendre ce diagnostic ? Lui a-t-on demandé son consentement ?

Nous ne savons pas s'il a été demandé au résident, s'il souhaitait entendre toutes les informations relatives à son état général.

- Quel est la place du soignant et son rôle dans l'accompagnement des familles face à la maladie grave des proches ? Le soignant peut-il se sentir piégé dans les relations intrafamiliales ?

- Qu'est-ce qui motive la petite fille à ne rien dire à son grand-père ?

Nous supposons qu'elle fasse un transfert avec son grand-père, étant elle-même atteinte d'un cancer du sein. Elle ne souhaite pas le voir souffrir de la même manière dont elle a souffert.

- A-t-elle peur de la mort ? Se sentait-elle coupable de lui annoncer ?

Pour rappel, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients pose le principe selon lequel :  
« *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...* ».

- Pourquoi n'avons-nous pas pris en compte sa douleur ? Si le cancer n'est pas dit, faisons-nous alors comme s'il n'existait pas ?

Sachant qu'à chaque passage, le résident nous faisait part de sa douleur.

- Pouvons-nous mettre en lien la non prise en compte de la douleur avec le non-dit ?

Dans ma situation, les soignants évitent de répondre aux questions et d'aller dans la chambre, nous pouvons nous demander alors, si le non-dit entraîne cet évitement de la non prise en compte de la douleur.

- Pourquoi le médecin traitant du résident ne répond-t-il pas aux questions du patient ?  
En quoi l'annonce d'un diagnostic grave est-elle difficile pour un médecin traitant ?  
Pourquoi le médecin traitant a-t-il des difficultés à le faire ?

- Pourquoi l'équipe soignante n'a-t-elle pas accompagnée la petite fille lors de l'annonce du diagnostic ainsi que le résident ? Le constat est là : les soignants n'ont accompagné ni le résident ni la famille.
- Comment accueillir la colère de la petite fille en tant que soignante et les proches dans la situation du diagnostic grave ?
- Comment aborder la mort avec le résident et les proches ?
- Suite à l'annonce du cancer de Monsieur PIERRE, nous pouvons nous questionner sur l'évolution de la relation entre le résident, la petite fille, les soignants et le médecin traitant.
- Est-ce que la confiance qui a su se construire va-t-elle être mise à mal ? Quel est l'impact du non-dit ou du mensonge dans la relation de confiance ?

Je me demande comment la relation va-t-elle évoluer suite à l'annonce de ce diagnostic.

- Sera-t-elle mise en péril ?

Pour cela, j'ai souhaité définir les termes du mensonge et du non-dit envers le résident qui n'a pas eu l'information relative à sa pathologie chronique. Dissimuler une information à un membre de sa famille, peut être un mensonge ou un non-dit.

D'après le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, le mensonge est défini comme une « *action opposée à la vérité et réalisée avec l'intention de tromper, de nuire ou de protéger. Le mensonge relève de la penser, de la parole et de l'acte* ».

Alors que le non-dit est défini comme « *ce qui, bien que chargé de sens, n'est pas formulé explicitement dans un énoncé* ».

Nous pouvons remarquer la subtilité entre le non-dit et le mensonge. Ne pas donner d'informations n'est pas mentir, par contre ne pas la donner et la remplacer par une autre est un mensonge.

Dans ma situation, la petite fille dissimule le diagnostic. Ne pas lui révéler, est-ce une façon de se protéger ou de protéger son grand-père ?

## 2 La question de départ

Ma question de départ portera sur :

« **En quoi le mensonge impacte-t-il la relation de confiance instaurée avec le résident ?** ».

## 3 Cadre de référence

### 3.1 Information et mensonge

#### 3.1.1 Définition du mensonge

Dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, le mensonge est défini comme une « *action opposée à la vérité et réalisée avec l'intention de tromper, de nuire ou de protéger. Le mensonge relève de la pensée, de la parole et de l'acte* ».

Le Dictionnaire LAROUSSE définit le verbe mentir comme « *dissimuler, déguiser, volontairement la vérité, nier ou taire ce qu'on devrait dire* ».

Donc le non-dit fait partie de cette définition « *taire ce qu'on devrait dire* ».

On peut se demander si « *taire ce qu'on devrait dire* » protège la personne dont on prend soin.

Michela Marzano, philosophe franco-italienne, aborde la question de la vérité dans le contexte de la médecine et de la maladie, où il peut y avoir des enjeux éthiques complexes liés à la décision de dire ou ne pas dire la vérité à un patient. Certains médecins peuvent estimer qu'il est préférable de ne pas dire la vérité à un patient sur sa maladie ou son pronostic, afin de la protéger du désespoir et de l'angoisse. Cette décision peut être problématique, car elle prive le patient de son droit à l'autonomie et la prise de décision. Il est important de prendre en compte les besoins et les préférences individuelles de chaque personne. Elle recommande de respecter l'autonomie du patient en lui donnant des informations dont il a besoin pour prendre des décisions, tout en respectant son rythme. Elle souligne qu'il faut prendre le vécu personnel, les valeurs et les fragilités.

### 3.1.2 Le droit à l'information

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vise à renforcer les droits des patients et à améliorer la qualité des soins de santé. Le patient a droit à une information sur son état de santé.

Dans l'article 35 du Code de déontologie médicale, le devoir du médecin est que « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ».

Il existe une subtilité, le malade peut être tenu dans l'ignorance de l'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave : « *Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination* ».

On constate alors que le médecin doit informer toute personne de son état de santé, sauf dans le cas où la personne ne souhaite pas l'être et demande à rester dans l'ignorance.

Lors de mes stages, j'ai pu remarquer que certains médecins ne transmettaient pas les informations nécessaires aux patients sur leurs pathologies ou sur les traitements prescrits.

Par exemple, lors de mon stage en service de cardiologie, j'ai dû faire face à une situation complexe auprès d'une jeune patiente qui était atteinte de métastases hépatiques, osseuses et rénales, découvertes lors de la Tomographie à Émission de Positons (TEP scan). L'examen terminé, la patiente fut reconduite en chambre dans l'attente du passage du médecin et elle avait une multitude de questions à lui poser suite à cette imagerie. Ce dernier est passé rapidement dans sa chambre et sans aucunes explications, lui a annoncé qu'elle serait transférée dans un autre hôpital. Inquiète face à cette situation, la patiente quitta l'hôpital sans aucune information et sans réponse à ces interrogations.

### 3.1.3 La relation médecin-malades

L'auteure Sylvie Fainzang explique dans son livre « *La relation médecins-malades : informations et mensonge* », la relation qui demeure entre le médecin et le patient.

Le code de déontologie, met sous réserve un passage du texte « *un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave...* ».

Sylvie Fainzang met en avant les propos des médecins qui minimisent le terme « nodule » au terme « cancer » afin de ne pas effrayer le patient.

Elle relève le manque d'informations vis-à-vis des patients lors des consultations « *il m'avait pas dit ça à la dernière consultation. Mais quand vous êtes là, il m'explique* » (Fainzang, 2006, p. 21). Le médecin pourrait changer son discours selon les personnes présentes. Il se pourrait que quand le médecin est seul avec le patient, il ne prenne pas le temps d'expliquer ou de donner les informations nécessaires sur son état de santé. Alors que la présence d'une tierce personne, incite le médecin à prendre le temps de tout lui expliquer.

Elle explique que l'on peut donner une information en opposition avec ce que l'on croit être la vérité. Cela implique une intention consciente de tromper ou de manipuler la vérité. Le locuteur est conscient de l'inexactitude de ses propos. Le mensonge implique une intention de faire croire à l'interlocuteur en la fausseté. Il vise à induire en erreur, à manipuler la perception de la réalité de l'autre « *On peut s'accorder pour dire que le mensonge ne consiste pas uniquement à dire une chose fausse. Pour qu'il y ait mensonge, il faut que cette parole soit délibérée, que le locuteur la sache être fausse, et qu'elle soit produite pour faire croire cette chose à son destinataire* » (Fainzang, 2006, p. 29).

La relation de confiance pourrait être mise en péril envers l'équipe soignante si le médecin dissimule des informations sans intention de nuire au patient « *Le mensonge est aussi bien une dissimulation d'une parole vraie que production d'une autre parole fausse* » (Fainzang, 2006, p. 61).

Elle désigne le terme mensonge comme « *Le mensonge est aussi bien dissimulation d'une parole que production d'une autre parole* » (Fainzang, 2006, p. 61).

Elle parle de la place de la famille sur la volonté de cacher le diagnostic au malade. Ce qui entraîne un frein de divulgation de l'information, d'où la délicate position du médecin. Elle met en avant le maintien dans l'ignorance que peut avoir la famille et précise que l'entourage peut avoir un rôle incitateur envers le médecin.

Le médecin joue un rôle fort ambivalent et influence sur la gestion de l'information du malade. Elle s'interroge sur la relation médecin-patient dans l'information ou le mensonge. Tout est question d'adaptation et cela dépend du patient qui se trouve face à nous.

De plus, elle souligne dans son ouvrage que les médecins attendent que les patients les questionnent sur leur état de santé au lieu de leur donner l'information en amont.

### **3.1.4 Les conséquences du mensonge**

Dans un article de Sylvie Fainzang « *Secret et mensonge dans le discours médical* », elle mentionne plusieurs conséquences possibles d'une mauvaise communication entre médecins et patients. Par exemple, une communication inadéquate peut entraîner une perte de confiance du patient envers son médecin, ce qui peut affecter la qualité des soins et la coopération du patient. De plus, elle souligne que les mensonges des médecins peuvent avoir des conséquences graves pour les patients.

Dans un article « *Mentir ? Ça va de soi !* » de Xavier Bouchereau, travailleur social, aborde les conséquences du mensonge qui peut entraîner la perte de confiance, des doutes envahissants et un isolement. Il peut affecter négativement la relation et la question de savoir si le mensonge est acceptable dans certaines situations dépendra des valeurs et des normes de chaque individu et de la situation spécifique. Certaines personnes peuvent considérer que mentir pour protéger quelqu'un est justifié, tandis que d'autres peuvent considérer que la vérité est toujours préférable, même si elle peut être difficile à entendre.

Dans l'article « *La relation de soin à l'épreuve du mensonge* », Eric Lemoine, du groupe de réflexion éthique, aborde la critique du mensonge chez le philosophe allemand E. Kant « *Ce dernier condamne le mensonge du point de vue du sujet moral qui ne doit mentir en aucune circonstance et ce, indépendamment des conséquences. Le mensonge est une contradiction entre la parole et la pensée et ruine l'essence même de la parole, normalement synonyme de confiance. Plus encore, Kant condamne le mensonge en vertu de l'impératif catégorique relatif à la généralisation : « Agis de telle sorte que la maxime de ton action puisse être érigée en règle universelle de la nature ».*

Il évoque la contradiction du mensonge avec la parole et la pensée qui selon lui sont synonymes de confiance. Le mensonge peut altérer la confiance dans la relation soignant-soigné. Il est impossible d'instaurer la confiance d'un patient avec des mensonges. Malgré cela, l'utilisation du mensonge envers les patients est une réalité mais sur le plan éthique, cette dernière est condamnée. Comment faire confiance à une personne qui nous ment ? La relation de soin repose sur la confiance, alors comment maintenir la relation soignant-soigné lorsque la confiance n'est plus présente ?

Dans la Rome Antique, le médecin avait la possibilité de mentir à son patient dans une volonté thérapeutique qui se nomme « le mensonge thérapeutique ».

Alors qu'au Moyen-âge, où la religion était omniprésente, il parle de dissimulation prudentielle et pas de mensonge « *il ne s'agit pas tant de tromper par la production de signes délibérément faux mais plutôt de dissimuler une information dans le but non pas de mentir, mais de cacher la vérité.* »

Le philosophe Benjamin Constant s'oppose à la position de Kant. Selon lui, il rétorque sur le principe de dire la vérité « *s'il était pris d'une manière absolue et isolée rendrait toute société impossible. Dois-je par exemple dire la vérité à des assassins qui me demanderaient si mon ami qu'ils poursuivent n'est pas réfugié chez moi ? Ainsi pour Constant, dire la vérité n'est un devoir qu'envers ceux qui ont droit à la vérité* ». Il explique que mentir peut sauver une vie et que le mensonge est nécessaire pour ne pas nuire. Il prend l'exemple de l'assassin pour qui il est immoral mais il priorise son intérêt, c'est de sauver son ami. On peut voir que le mensonge peut être utilisé dans des situations spécifiques.

Dans un article sur le discours du mensonge, Platon distinguait deux sortes de mensonge : le mensonge véritable et le mensonge en paroles. D'après lui, le mensonge véritable est utilisé pour tromper autrui de façon volontaire alors que le patient est inconscient du mensonge « *Le mensonge véritable est le mensonge proféré de façon délibérée qui installe dans l'âme de celui que l'on trompe l'ignorance et l'erreur : « Le mensonge véritable, c'est-à-dire l'ignorance en son âme de celui qu'on a trompé* ». *Ce mensonge est haï non seulement des hommes mais aussi des dieux.* » (Sarr, 2010, p. 11).

Le mensonge en paroles qui ne porterait pas préjudice à autrui, serait au contraire utile. Selon Platon, le mensonge en paroles est utile et permettrait de se protéger de ses ennemis et de protéger ses amis sans pour autant leur porter préjudice.

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

### **3.1.5 Que veut dire informer ?**

Jean-Christophe Mino, médecin chercheur, membre du département éthique de la faculté de médecine de la Sorbonne, évoque dans un passage *« Dire ou ne pas dire ... Quand informer c'est aussi soigner. »* de son livre *« La philosophie du soin »* que donner une information complète peut avoir des avantages et des inconvénients pour le patient *« L'information vient déranger les patients et perturber leur équilibre. »* ; *« L'autre risque de l'information serait d'induire des effets délétères. »* (Mino, 2010, p. 229). D'une part, elle peut permettre aux patients de mieux comprendre leurs états de santé et les options de traitements disponibles, ce qui peut les aider à prendre des décisions et à se sentir impliqués dans leur propre prise en charge médicale. D'autre part, une information trop détaillée peut être jugée anxiogène et perturber l'équilibre des patients. Certains patients peuvent également développer tous les effets secondaires mentionnés dans la liste des effets indésirables simplement en les lisant. C'est pourquoi certains médecins estiment que trop informer peut aussi conduire à être mal informé.

Ce qui conclut à dire que le médecin décide d'informer ou non le patient, d'estimer ce qui est le mieux pour lui sans prendre en compte sa volonté. Pourtant, certains médecins généralistes estiment qu'il y a une obligation légale d'informer mais elle peut faire face à une contrainte délétère.

En effet, le médecin souligne l'importance de trouver un équilibre entre l'obligation légale d'informer les patients et les besoins individuels de chaque patient en matière d'information. Les médecins généralistes sont en désaccord sur la question de savoir s'il est préférable de donner une information complète ou de la limiter pour éviter de perturber les patients. Certains estiment que l'information doit être adaptée aux besoins de chaque patient, tandis que d'autres considèrent que l'information peut être désavantageuse. En fin de compte, la communication entre les médecins et les patients en matière d'information médicale soulève des questions complexes et doit être abordée avec soin pour respecter les droits et les besoins des patients tout en assurant une prise en charge médicale efficace. Cela occasionne un questionnement éthique puisque la morale selon Kant semble insuffisante, elle ne répond pas complètement au phénomène du mensonge dans la relation soignant-soigné. La morale enseigne qu'il ne faut pas mentir. Pour autant, peut-on considérer comme immoral de mentir au patient pour le protéger, ou le préserver de certaines informations ? La décision de dire ou ne pas dire la vérité est loin d'être évidente. Une réflexion éthique autour de ce sujet est indispensable pour comprendre le mensonge en situation relationnelle. Cela doit être pris dans un contexte et non déconnecté d'une réalité soignante.

### **3.1.6 Le mensonge du patient**

Richard et Laurence Pougnet, dans l'article « *Mensonge et discrétion du patient à l'ère de la médecine numérique ?* », estiment que le mensonge au patient peut être une source de pouvoir, lui permettant de contrôler certaines informations à des fins personnelles, et qu'il peut être perçu comme un moyen de rééquilibrer dans l'asymétrie de la relation médecin-patient.

Le mensonge d'un patient peut être considéré comme problématique car il peut compromettre la qualité des soins et la confiance entre le patient et le médecin. Si le patient dissimule des informations importantes, cela peut affecter la capacité du médecin à poser un diagnostic précis ou à prescrire un traitement efficace.

De plus, cela peut compromettre la relation de confiance et peut avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins et la relation de confiance. Il est donc essentiel que le patient soit encouragé à être honnête et transparent avec le médecin afin de garantir une prise en charge optimale.

La médecine numérique a un impact sur la relation entre le patient et le médecin en termes de mensonge et de discrétion. L'utilisation des nouvelles technologies numériques, telles que la numérisation des dossiers patients et les traitements connectés, soulève des questions éthiques notamment en ce qui concerne la confidentialité des données médicales.

L'utilisation des traitements connectés peut limiter la capacité du patient à mentir ou à dissimuler des informations car les données sont télétransmises. Cela peut être considéré comme un avantage pour le médecin, car il peut avoir accès à des informations plus précises et ainsi convenir d'un traitement plus adapté pour le patient.

Les auteurs ajoutent également l'asymétrie entre le médecin et le patient dans la relation de soin. Le médecin était souvent perçu comme le bienveillant prenant en charge un patient ignorant et la décision médicale était largement entre les mains du médecin, créant ainsi une asymétrie de pouvoir.

Le modèle paternaliste dans la relation médecin-patient était caractérisé par une asymétrie de pouvoir, où le médecin prenait les décisions concernant le traitement du patient, sans nécessairement tenir compte de ses préférences ou de son autonomie.

### **3.1.7 Éthique et mensonge**

Dans l'article « *Éthique et annonce de diagnostic* » d'Hélène Brocq, l'information médicale dans la relation médecin-malade doit répondre aux besoins et à la personnalité du patient. Cela implique un travail de sculpture psychologique, où l'information est adaptée à la situation et aux émotions du patient, dans le respect de son histoire personnelle, de ses croyances et de ses convictions propres.

La dynamique de l'information met en évidence le fait que l'information médicale ne peut être considérée comme un simple transfert de connaissances du médecin vers le patient.

En matière d'annonce de diagnostic, le médecin doit jongler entre le dit et le non-dit. Elle souligne que l'information médicale ne se réduit pas à une simple transmission mais implique

une adaptation de l'information en fonction des besoins et de la situation émotionnelle du coup du patient. Le médecin doit maintenir un équilibre entre le dire et le non-dit.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé leur concernant. Elle a un impact significatif sur la manière dont l'annonce du diagnostic est abordée, en mettant l'accent sur la nécessité d'une démarche fondée sur l'éthique et une écoute respectueuse de la demande du patient. Elle a également souligné l'importance de la pratique pluridisciplinaire, incluant par exemple la présence d'un psychologue dans la procédure de l'annonce du diagnostic.

La notion de temporalité n'est pas forcément prise en compte par le médecin. Le médecin ne questionne pas le patient pour savoir s'il souhaite ou non être informé.

Annoncer un diagnostic grave est un acte difficile pour le médecin, qui doit faire preuve de courage et d'empathie pour accompagner le patient dans cette épreuve. Le médecin n'est pas prêt à affronter les répercussions que peut avoir cette annonce.

Le médecin peut ressentir lui-même une peur sous-jacente, notamment la peur de l'effondrement psychologique du malade ou la peur de sa propre mort. Cela peut apparaître lorsque le médecin sait qu'il ne pourra pas guérir son patient, ce qui peut entraîner des comportements de fuite ou de déni envers la détresse du malade.

Avant l'apparition du sida, la relation médecin-malade était souvent caractérisée par une certaine asymétrie, où le médecin détenait un savoir qu'il ne révélait pas toujours au patient, parfois pour éviter des réactions excessives ou incontrôlables. Cependant, avec l'évolution des pratiques médicales, notamment liée à l'apparition du sida, il est devenu inconcevable de cacher la vérité au patient sur son état de santé. Ainsi, la relation médecin-malade a évolué vers un partage de l'information et un dialogue plus ouvert.

L'instauration du dialogue entre le médecin et le patient est un élément décisif dans la relation médecin-malade. Cette approche met l'accent sur les dispositions de la loi du 4 mars 2002, pour laquelle le patient a la possibilité d'exprimer son point de vue sur la décision médicale.

Il s'agit d'un changement significatif par rapport à la relation paternaliste traditionnelle, où le médecin était considéré comme le détenteur exclusif du savoir médical.

Aujourd'hui, la communication entre le médecin et le patient est caractérisée par un échange et un dialogue, où les paroles influencent la compréhension de la maladie et des soins à entreprendre. Cela favorise une meilleure prise en compte des besoins et des attentes du patient dans le processus de soin.

Le non-dit a été présent dans la relation médecin-malade, où le médecin ne révélait pas toujours la vérité au patient sur son état de santé. Cela pouvait être motivé par la volonté de protéger le patient de la douleur ou de l'angoisse, mais cela pouvait également être lié à une asymétrie de la relation, où le médecin détenait un savoir qu'il ne partageait pas toujours avec le patient. Cependant, avec l'évolution des pratiques médicales et l'importance accordée à la transparence et au partage de l'information, le non-dit est devenu moins présent dans la relation médecin-malade depuis l'apparition du sida.

Les études médicales ont été abordées dans le contexte de la formation des médecins, mettant en lumière le fait que ces derniers acquièrent un savoir technique et scientifique sur la maladie mais restent souvent éloignés du vécu du patient. Cette distance peut rendre difficile pour le médecin, de comprendre les réactions émotionnelles et psychologiques du patient, en particulier dans des situations délicates, telles que l'annonce du diagnostic ou la fin de vie. Il est souligné que le médecin ne sont toujours pas préparés à analyser les phénomènes psychiques. Cette lacune dans la formation médicale souligne l'importance d'une sensibilisation à l'écoute de la souffrance et la prise en compte des aspects psychologiques.

## **3.2 La relation de soin**

### **3.2.1 Définitions**

Alexandre Manoukian définit la relation comme : « *Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian, 2014, p. 5).

Walter Hesbeen définit le soignant comme : « *Le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier.* »

Dans le dictionnaire humaniste, le soigné est défini comme : « *Une personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même.* »

Dans le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation soignant-soigné est définie comme : « *Le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmier, une objectivité, un minimum de disponibilité. La relation soignant-soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie.* »

### **3.2.2 La relation soignant-soigné**

Alexandre Manoukian dans « *La relation soignant-soigné* », examine les différentes dimensions de cette relation complexe. Il met en avant l'importance de l'empathie et de la communication dans la relation soignant-soigné. Pour les professionnels de santé, il insiste sur la nécessité de comprendre les besoins et les préférences de chaque patient afin de fournir des soins à chacun et souligne l'importance de la relation de confiance pour fournir des soins de qualité et d'apporter un soutien au patient.

D'après A.Manoukian, la notion de partenaire nécessite d'être deux personnes au minimum. Dans le dictionnaire LAROUSSE, le partenaire est défini comme une « *personne avec laquelle on est associé dans un jeu* ». On peut amener cela à la nécessité d'avoir un interlocuteur pour qu'il y est une relation, pour qu'il y ait par la suite des échanges.

Il rajoute que la relation est indépendamment liée à la personne qui se trouve face à nous « *les raisons ou les objectifs des relations dans le milieu hospitalier sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné (...). Ainsi nous échangeons des informations en permanence. Celles-ci utilisent différents supports, tel que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes* » (Manoukian, 2014, p. 3).

Il apporte l'importance de l'affectivité qui enrichit la relation « *est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour souder, soit pour les défaire* » (Manoukian, 2014, p. 5).

La relation ne se fait pas forcément par la parole mais par des gestes, un sourire, les mimiques, le toucher « *Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations, voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme supports d'informations qui forment le sédiment de la relation soignant/soigné* » (Manoukian, 2014, p. 4).

Il distingue trois facteurs essentiels à prendre en compte pour établir une relation. Le premier est un facteur psychologique comme les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions et les désirs. Ensuite, viennent les facteurs sociaux comme la classe d'âge, la culture et l'appartenance à une catégorie professionnelle. Puis finissent avec les facteurs physiques comme la physionomie et les perceptions propres de chaque individu.

A. Manoukian définit « *la relation d'aide en soin infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale, et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence du jugement.* » (Manoukian, 2014, p. 53). On peut faire référence à Frédéric Worms qui ajoute que l'absence de jugement doit être appliquée dans la relation de soin.

La relation soignant-soigné intègre l'expérience subjective de la maladie d'où la prise en compte des émotions et des aspects psychologiques du patient.

Elle fait partie du quotidien des soignants : « *Les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers entrent en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée* » (Manoukian, 2008, p. 7). On peut comprendre que l'intimité peut être physique mais aussi psychique. Elle consiste à respecter leur dignité, à leur offrir une prise en charge de qualité dans sa singularité et de leurs besoins personnels. Par exemple, quand un patient est hospitalisé, il faut le préserver lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales. Considérer l'intimité consiste aussi à respecter ses choix, ses décisions concernant ce qu'il souhaite dire ou taire. Mais concernant l'intimité psychique, le patient peut être pudique sur ses sentiments afin de se protéger et ne pas dévoiler sa vie privée. Ceci lui appartient de dire ou non des éléments de sa vie.

Lors de mes stages, j'ai pu quotidiennement entrevoir que selon le soin que je devais effectuer au patient, la relation était différente selon la personne qui se trouvait face à moi. Le soin me permettait d'entrer en relation avec le patient. Et lorsque je reprenais mon poste le lundi, la tournée matinale des patients me permettait d'avoir un premier contact avec les nouveaux arrivants que je ne connaissais pas encore.

Dans un article « *Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales* » de Frédéric Worms, il oppose la technicité du paternalisme qui est assimilée au cure, au care qui relève du rôle propre à l'infirmier et vise à prendre soin du patient en s'appuyant sur le relationnel. Il ajoute qu'une relation se construit en interaction avec deux personnes. Ainsi, le care devient support du cure.

### **3.2.3 La relation de confiance**

D'après le Dictionnaire LAROUSSE, la confiance est « *le sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose* ».

Selon Richard Delaye et Pascal Lardellier, la confiance c'est « *l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose* ». Le verbe « confier » qui en latin veut dire *confidere* : cum avec et *fidere* : fier. Cela signifie le fait de se fier et de se confier complètement à autrui.

Michela Marzano ajoute que « *c'est une chose, en effet, de faire confiance à quelqu'un en espérant qu'il ne trahisse pas ; s'en est une autre de penser que le simple fait d'accorder ma confiance à autrui implique que celui-ci en fasse de même à mon endroit : les incertitudes de la vie et les défaillances de l'homme n'engendrent pas des relations sûres, sur la base d'un modèle donnant-donnant. Lorsque je fais confiance à quelqu'un, je dépends de sa bonne volonté ; celui-ci peut soit s'engager avec bienveillance vis-à-vis de moi, soit, au contraire, me décevoir et me trahir* » (Marzano, 2012, p. 203).

Elle explique que lorsqu'on fait confiance à une personne, la personne à laquelle on se confie doit faire de même, c'est un échange bilatéral et elle ajoute qu'avec les aléas de la vie, on peut vite être déçu de la personne.

Pour Marcel Mauss, dans une étude comparative sur l'organisation de sociétés mélanésiennes, il découvre le don/contre-don comme « *une prestation obligeant mutuellement donneur et receveur et qui, de fait, les unit par une forme de contrat social* ». On pourrait s'y référer par un engagement entre celui qui donne et celui qui reçoit pour qu'il y est un équilibre. Cela se base sur la réciprocité.

L'auteur Walter Hesbeen, dans son ouvrage « *Prendre soin à l'hôpital* », met en avant la pratique du soin infirmier. Il souligne le lien qui existe entre le soignant et le soigné, qui se résume par une rencontre. Cette rencontre a besoin d'une démarche de soins afin de mettre en place un projet de soins, le but étant d'avancer à deux, d'une part le soignant et d'autre part le patient. Cette démarche permet de tisser un lien de confiance avec le patient et le patient doit avoir confiance envers le soignant, qui est à son écoute et peut lui venir en aide. Il en est de même pour toute l'équipe soignante.

Walter Hesbeen va plus loin dans son raisonnement, ainsi pour l'auteur, lorsque les liens de confiance sont fondés dans le respect, cela nécessite la conjugaison d'au moins huit éléments :

- La chaleur : elle contribue au soigné de concevoir le soignant comme une personne chaleureuse, qui n'est pas malveillante ni distante et qui trouve les mots adaptés, avec le sourire, le regard approprié.
- L'écoute : elle permet de recevoir la parole tout en étant aidant au vu des souffrances ou des inquiétudes.
- La disponibilité : elle accorde une présence au soigné, de montrer que le soignant est là. Elle atteste d'une attention particulière sans pression entre deux tâches ou entre deux portes. Le fait d'être disponible et présent envers le soigné permet d'écarter ses inquiétudes.
- La simplicité : elle se caractérise par un comportement et un langage adapté.
- L'humilité, elle montre que le professionnel doit être conscient de ses limites, voulant aider sans prétention, sans vouloir tout maîtriser et tout savoir sur la personne.
- L'authenticité : elle souligne la personnalité du soignant et permet d'être en accord avec ce qu'il ressent et ce qu'il communique au soigné.
- L'humour : il signifie de ne pas dramatiser une situation difficile tout en minimisant les choses avec des aspects positifs. Peut-on tout minimiser ? Pour ma part, je pense que

l'on ne peut pas minimiser la maladie d'un patient mais nous pouvons le divertir et lui faire changer les idées avec humour.

- La compassion : elle demande au soignant de partager la souffrance de l'autre, d'alléger sa charge et celle de ses proches.

Pour autant, me concernant, cela s'apparente à de l'empathie en percevant les réactions émotionnelles éprouvées par le patient, en se mettant mentalement à la place de l'autre. Mais nous ne pouvons pas souffrir avec autrui.

Dans l'ouvrage « *L'éloge de la confiance* », Michela Marzano ajoute que « *la confiance renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose.* » (Marzano, 2012, p. 15).

On peut voir que la relation de confiance peut être asymétrique « *la confiance porte toujours en elle la possibilité d'un non-retour* » (Marzano, 2012, p. 20).

Elle explique dans son ouvrage que la relation de confiance est primordiale dans le soin car elle permet aux patients de les accepter. Elle dit que la confiance est le fruit d'un engagement, on pourrait comparer cela à un contrat. La confiance est bilatérale, elle se définit par celle du soignant et celle du soigné d'aboutir à une relation de qualité.

Elle souligne que le patient est en position de dépendance « *La confiance est ce qui, par définition, est censé atténuer nos inquiétudes au sujet de ce que les autres peuvent nous faire.* » (Marzano, 2012, p. 101). Le patient se sent vulnérable face à autrui « *J'accorde ma confiance sans jamais avoir la certitude qu'elle sera payée de retour. Je me mets dans une position de dépendance à l'endroit de l'autre. Je suis vulnérable face à autrui. C'est parce que je choisis de ne pas me méfier qu'aucun contrat ne peut me protéger d'une possible trahison.* » (Marzano, 2012, p. 144). Chaque personne engagée dans une relation devient dépendante de l'autre, dans notre contexte, il s'agit du soigné et du soignant.

L'auteure explique la notion de don « *Un don existe aussitôt qu'est acceptée la possibilité d'absence de réciprocité* » (Marzano, 2012, p. 292). On peut y faire référence à Marcel Mauss dans le concept du don/contre-don.

Dans un article de Michela Marzano « *qu'est-ce que la confiance ?* », elle explique que la relation de confiance est un élément fondamental dans tous types de relation, que ce soit au niveau personnel ou professionnel. La confiance peut se développer progressivement à travers la fiabilité et la connaissance des qualités d'une personne et elle est favorisée par l'attitude et

le comportement tel que l'ouverture aux autres, la construction d'un espace de partage et d'un projet commun.

Prenons comme exemple les lieux de vie où les résidents restent plusieurs années. La confiance s'installe au fil du temps et comme les soignés voient régulièrement les mêmes soignants, cela facilite le fondement de cette confiance entre les deux parties.

Frédéric Worms dans l'article « *à quel soin se confier* » souligne que la confiance a ses règles, elle doit être appliquée dans tous les soins. La fiabilité du soin relationnel repose sur l'absence du jugement moral, de la distance, de la confiance. Cependant, il souligne également que la médecine moderne, qui se concentre de plus en plus sur la maladie, risque d'oublier cette portée profonde du soin. En outre, il note que la relation de confiance est au cœur du soin et que nos vies entières reposent sur elle.

Carl Rogers définit le non-jugement comme « une démarche intellectuelle qui induit l'expression d'opinions forgées sur des valeurs personnelles dominantes ». Cela se repose sur le fait d'accueillir les différents patients sans préjugé, d'être à l'écoute et d'accepter le patient dans son intégrité tout en respectant sa dignité.

La juste distance, quant à elle, se définit par la capacité à être au contact d'autrui dans le cadre de l'activité professionnelle.

La confiance est le sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un ou à quelque chose. Elle se construit de jour en jour et chaque partie prenante en est responsable. Le soignant doit faire preuve d'authenticité, de compréhension empathique, de se montrer impliqué dans la prise en charge du patient et être professionnel envers lui.

Claire Marin dans un passage du livre « *Quelqu'un sur qui compter* », aborde Winnicott sur le concept de dépendance et ajoute que le patient a besoin de dépendre de quelqu'un lorsqu'il est en situation de vulnérabilité. Le patient a besoin de l'autre donc du soignant pour être soutenu et réassuré. Elle évoque la dépendance comme une demande d'aide du patient et fait référence à la notion de fiabilité que Frédéric Worms « *il étudie la rencontre d'un être fiable avec un autre être éprouvant le besoin d'être dépendant* » (Marin, 2015, p.50). Cela explique que le patient dépend du soignant en toute confiance, a besoin de compter sur quelqu'un, d'être dans l'empathie « le besoin des patients de pouvoir dépendre du soignant en toute confiance ». (Marin, 2015, p.51).

Dans l'article « *Le médecin, le malade et la confiance* », Philippe Bizouarn cite « *La confiance est au cœur de la relation médecin-malade. Elle est à la base du pacte de soin institué entre « l'un qui sait et sait faire et l'autre qui souffre* ». Cette relation de confiance réciproque n'est ni immédiate ni assurée : elle a besoin d'être construite et entretenue. La fiabilité de l'accord obtenu entre les deux protagonistes de l'acte devra, en effet, être sans cesse mise à l'épreuve de part et d'autre par l'engagement du médecin à « suivre » son patient et celui du patient à se « conduire » comme l'agent de son propre traitement ».

### **3.2.4 La relation d'aide**

La relation d'aide est définie comme l'accompagnement psychologique, professionnel ou non et le plus souvent sous forme d'entretiens en tête-à-tête, de personnes en situation de détresse morale ou en demande de soutien (parfois appelée relation « soignant-soigné »). Elle permet de garder au maximum l'autonomie du patient et non de se substituer à lui.

Carl Rogers définit la relation d'aide comme une approche centrée sur la personne qui elle est fondée sur la confiance. Il aborde différents principes qui sont une attitude empathique et le non jugement envers le patient. Il explique que la posture de l'aidant se base sur une authenticité, une acceptation de l'autre, l'apprentissage à s'écouter soi-même et la compréhension du cadre de référence de l'autre. L'authenticité conduit vers une relation de confiance entre deux personnes et si nous n'informons pas un patient sur son diagnostic cela peut déséquilibrer cette relation.

### **3.2.5 La relation asymétrique**

La relation asymétrique se fait par la posture du soignant qui se trouve debout face au patient qui est alité. Nous pourrions croire à un statut de supériorité au niveau du soignant, alors que le patient, malade, est alité, en attente et passif. Cette situation peut rendre complexe la relation et pour éviter cela, le soignant doit créer un climat de considération entre les deux parties sachant que lui est actif.

Dans la relation de soin, lors de l'admission, le soignant met en place une relation symétrique afin que le patient retrouve son autonomie et qu'il puisse échanger ensemble.

Un article de Monique Formarier « *La relation de soin, concepts et finalités* » présente l'attitude relationnelle des soignants envers les patients.

Elle évoque la relation de soin comme une relation étudiée par le soignant pour y compléter la démarche clinique « *la relation de soins ne relève pas du hasard, avec les soins techniques, elles sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée* » (Formarier, 2007, p. 34). Elle prend en compte les besoins et les demandes des patients pour définir un type de relation comme la relation d'aide, la relation fonctionnelle, la relation thérapeutique et la relation éducative. Elle souligne que la relation entre un soignant et un patient est différente, unique et particulière avec chacun d'entre eux « *chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière* » (Formarier, 2007, p. 33).

Elle rajoute que la relation soignant-soigné est une relation 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 des 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* » (Formarier, 2007, p. 35). Elle explique que l'environnement est lié aux éléments qui composent cette relation asymétrique.

### **3.2.6 La responsabilité de l'Autre**

Emmanuel Lévinas aborde la question de la relation entre le sujet et l'autre dans l'article « *L'autre chez Lévinas : une vision utopique de l'humain ?* ». La relation à autrui est une relation de responsabilité. Le sujet est responsable de l'autre jusqu'à affirmer que le sujet, c'est-à-dire le soignant, est responsable de la faute de l'autre ou de sa mort, en parlant du soigné « *la responsabilité est aussi une contrainte mais elle passe avant la liberté, et cette responsabilité est pour l'autre jusqu'à affirmer que le sujet, c'est-à-dire moi, est responsable de la faute de l'autre ou de sa mort* » (Lévinas, 2009, p. 5). Il traite la relation entre le sujet et l'autre comme une relation entre deux subjectivités différentes « *L'Autre n'est pas l'image de Moi, ce n'est*

*pas un Alter Ego, il dispose d'une altérité authentique qui lui est propre. C'est pour sauvegarder cette altérité ... »* (Lévinas, 2009, p. 6). Cela signifie que le soignant a une responsabilité envers le patient. Il doit le considérer comme un autre sujet, avec sa propre altérité et doit être responsable de sa santé et de son bien-être. Cette responsabilité implique une considération de l'autre. La relation soignant-soigné doit être une relation de respect, de considération et de responsabilité, dans laquelle le soignant doit être attentif aux besoins et aux attentes du patient et doit agir en conséquence pour assurer sa santé et son bien-être.

Il mentionne que Lévinas considère le visage de l'autre comme un concept clé de sa philosophie. Le visage de l'Autre est une présence expressive, un appel, à la fois une parole, une demande, une supplication qui exige une réponse, une aide et une sollicitude. La responsabilité est un concept qui est une obligation envers l'Autre. Elle est une contrainte éthique qui nous oblige à prendre soin de l'Autre, à répondre à son appel et à sa demande. Elle implique de reconnaître la vulnérabilité et la souffrance de l'Autre. Pour Lévinas, l'Autre n'est pas un objet de connaissance ou de représentation mais une présence qui nous appelle à sortir de nous-mêmes et à prendre soin de lui.

#### **4 Synthèse du cadre de référence**

La relation soignant-soigné est au cœur des soins infirmiers et repose sur des piliers essentiels tels que la confiance, la transparence et l'intégrité. Le mensonge ou le non-dit, en tant que rupture de cette confiance, peut avoir des répercussions significatives sur la qualité des soins et sur la relation elle-même.

La confiance constitue le fondement de la relation soignant-soigné. Elle se construit sur la base d'une communication ouverte, d'une écoute active et d'une honnêteté. Le mensonge ou le non-dit, en introduisant la fausseté et le manque de fiabilité, compromet cette confiance et peut entraîner une détérioration de la relation.

La relation soignant-soigné est intrinsèquement liée à la qualité des soins. Une relation basée sur la confiance favorise une meilleure collaboration, une satisfaction du patient. Le mensonge ou le non-dit, en semant le doute et en générant des sentiments de méfiance, peut entraver cette collaboration et compromettre les résultats des soins.

Dans ce contexte, il est essentiel de s'impliquer et de cultiver des compétences en communication et en éthique professionnelle.

## **5 Enquête exploratoire**

### **5.1 Méthodologie de recherche**

Je privilégierai la méthode quantitative qui consiste à des entretiens semi-directifs.

Un entretien semi-directif est « une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes » (Lincoln, 1995).

Elle permet de traiter un nombre de questions, en collaboration avec des infirmières, qui nous consacrent du temps afin de pouvoir reprendre certains points lors de la discussion. Ce qui laisse la possibilité d'argumenter les questions et d'enrichir l'échange. Ainsi, je poserai les questions en fonction de mes thématiques pour leurs laisser la possibilité de répondre librement selon leurs avis, leurs connaissances et leurs pensées.

L'échantillon de population que j'interrogerai seront des infirmières diplômées d'État travaillant dans des services différents avec lesquelles j'ai réalisé quatre entretiens afin d'obtenir une diversité de réponses.

L'intérêt est de pouvoir observer la relation de soin et de confiance, ainsi que la possibilité d'instaurer le mensonge lors de la diffusion d'information donnée auprès des patients.

Tout d'abord, je vais m'orienter dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans un service de médecine et un service d'oncologie (Infirmière en pratique avancée et une infirmière en consultation d'annonce).

### **5.2 Réalisation de l'enquête**

Dans le cadre de la réalisation de mon enquête exploratoire, j'ai réalisé les demandes d'autorisation d'entretien (cf. Annexe I), auprès de quatre établissements de santé. J'ai fait la demande dans un Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dans un Centre Hospitalier (CH) et un Institut du Cancer. Les retours des autorisations

d'entretien ont été faites par courrier postal ou par mail (cf. Annexe II). Le Centre Hospitalier m'a répondu par courrier postal, et l'Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et l'Institut du Cancer m'ont répondu par mail.

J'ai contacté les cadres de santé des différents établissements afin de programmer un rendez-vous selon leur disponibilité pour chaque entretien.

Je me suis rendue sur les lieux le jour du rendez-vous, je me suis présentée auprès des infirmières concernées. J'ai tout d'abord demandé leur autorisation pour les enregistrer sur mon ordinateur et mon téléphone portable. Et je leur ai bien stipulé que leur nom serait anonymisé lors de la retranscription et je ne porterai aucun jugement de valeur concernant leurs réponses. Elles ont été toutes consentantes.

Je vais détailler le jour et le lieu de mes entretiens effectués.

Le premier entretien s'est déroulé le 16 février 2024 avec une infirmière en annonce de diagnostic, Ambre, qui a exercé pendant un peu plus d'un an et demi à l'Institut du Cancer. Je l'ai accueillie avec ma directrice de mémoire au sein l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Nous nous sommes mises dans une classe inoccupée en ce jour.

Le deuxième entretien s'est passé le 16 février 2024 avec Lara, une infirmière de pratique avancée en oncologie. Elle exerce depuis 1 an et demi en tant que IPA dans un Centre Hospitalier. Elle m'a reçu dans son bureau et m'a très bien accueillie. Elle m'a questionnée sur l'avancée de mes études. Dans le bureau, elles sont deux infirmières en pratique avancée. Sa collègue est venue rapidement mais ne nous a pas dérangé lors de l'entretien.

Le troisième entretien s'est produit le 20 février 2024 avec une infirmière de service de médecine en cancérologie que j'ai nommée Jasmine. Elle pratique le métier depuis 5 ans dans l'Institut du Cancer de la région. Elle m'a accueillie et nous nous sommes installées dans une pièce dédiée aux familles. Nous n'avons pas été dérangées.

Puis le dernier entretien, le quatrième, a été effectué le 21 février 2024 auprès d'une infirmière, Assya, dans un EHPAD de la région. Elle exerce depuis 2023 au sein de cet établissement. À mon arrivée, je suis accueillie par un infirmier, qui m'a demandée de patienter dans la salle de soin car l'infirmière que j'allais interroger était occupée à faire un soin. Elle est arrivée puis m'a demandée de la suivre dans le bureau du cadre de santé inoccupé. Nous n'avons pas été dérangées.

### 5.3 Analyse des entretiens

Afin de réaliser l'analyse, je me suis appuyée sur un tableau d'une grille d'analyse des entretiens (Cf. Annexe V), pour pouvoir comparer les réponses de chaque infirmière en fonction des questions abordant une thématique spécifique.

#### 5.3.1 Le mensonge et le non-dit

Dans cette partie, nous allons analyser les questions concernant la thématique du mensonge et le non-dit.

- **La définition**

Premièrement, j'ai voulu connaître la définition du mensonge par rapport au non-dit faite par chacune des professionnelles et la différence qu'elles font entre ses deux termes.

À cette question, Ambre, m'a répondu que le mensonge c'est « *plutôt quelque chose qu'on va volontairement cacher à une personne* » (L.15-16). Tandis que le non-dit « *c'est plus une situation, euh qu'on ne va pas évoquer peut-être par rapport à la fragilité qu'on aura senti d'une personne, ou à une demande, ou à un besoin, ou on va sentir que la personne n'est pas en capacité aussi d'entendre ce qu'on a à lui dire peut-être parce qu'elle est dans le déni ou des choses comme ça.* » (L.16-18). Pour elle le non-dit est utilisé en prenant compte les réactions psychologiques du patient.

Pour Lara, le mensonge « *ça serait déformer une réalité et euh, de dire des choses fausses.* » (L.17-18). Alors que le non-dit c'est « *peut-être volontairement de ne pas dire certaines choses qui pourrait ne pas être porteuse et ne pas être utile pour le patient pour la suite de la prise en charge.* » (L.18-20).

La définition de Jasmine concernant le mensonge « *c'est le fait de volontairement donner une information erronée* », alors que le non-dit « *on ne va pas la donner du tout.* » (L.10-11).

Assya dit que le non-dit « *c'est omettre quelque chose c'est-à-dire on ne dit pas, disons qu'on cache mais on ne donne pas d'autre alternative à ce qu'on pense, ce qu'on voit, la réalité.* » (L.10-11). Et que le mensonge c'est « *c'est-à-dire qu'on va donner des informations qui finalement sont fausses. Euh... et vraiment être complètement contraire à la réalité de ce qu'on pense.* » (L.12-13). La définition du mensonge se rapproche de celle de Lara.

Le mensonge est défini dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers comme une « *action opposée à la vérité et réalisée avec l'intention de tromper, de nuire ou de protéger. Le mensonge relève de la pensée, de la parole et de l'acte* ». Alors que le non-dit selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) est : « *ce qui dans un échange de propos ou un énoncé, reste implicite, informulé* ».

- **Exemple de situation**

La question suivante portait sur une situation vécue dans leur pratique professionnelle et leur réaction face à celle-ci.

Ambre raconte une situation qu'elle a vécu « *Ça m'est arrivée qu'une patiente, très jeune, d'une quarantaine d'années* » (L.29), atteinte d'un cancer : « *Qui avait un cancer au niveau des voix vaginales, je crois que c'était un col* » (L.30). Elle parle du manque d'information concernant l'intervention et notamment les risques que celle-ci peut engendrer : « *Elle a eu une lourde intervention qu'on appelle une pelvectomie. Et par la suite, à la pelvectomie, ils n'ont pas pu garder la vessie parce qu'elle était atteinte et lui ont mis un Bricker et elle n'était pas au courant.* » (L.33-34). Elle évoque que le médecin n'avait pas informé la patiente : « *Et le*

*chirurgien n'avait pas demandé avant* » (L.37), et « *la patiente s'était retrouvée avec une poche à son réveil et elle avait aussi une stomie* » (L.38). Elle aborde l'utilisation du non-dit : « *le chirurgien nous avait interdit de lui expliquer exactement ce qu'elle avait* » (L.44) et de laisser la patiente dans l'attente de réponse : « *Elle nous posait sans arrêt la question* » (L.47). Sa réaction était d'utiliser un mécanisme de défense « *il fallait être un peu dans l'esquive malheureusement.* » (L.56). Elle avoue avoir menti : « *Fin, obligeait de mentir, voilà forcément, d'utilisait le mensonge de manière consciente.* » (L.60) parce que « *qu'on savait très bien de ce qu'il en était et on était obligé de mentir à cette patiente.* » (L.61).

La réaction de Ambre était de « *Sortir de la chambre et ne pas être bien quoi, et en discuter en équipe* » (L.62). Ce qui renvoie à la législation sur le droit d'information dans le code déontologie médicale article 35 que le médecin « *doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ». Sylvie Fainzang dans la relation médecin-malades, évoque que le médecin ne prendrait pas le temps d'expliquer ou donner des informations nécessaires sur l'état de santé du patient.

Lara m'a parlé d'une situation concernant « *C'est une patiente qui avait bien entre 75 et 80 ans, à qui on avait diagnostiquer un cancer du poumon.* » (L.28-29).

Elle évoque la pathologie : « *Sauf que son cancer du poumon était éligible à de la thérapie orale, donc il y a certains cancers qui ont des mutations pour lesquelles la première indication, c'est un traitement oral. Et qui marche relativement bien et relativement longtemps, parfois 3-4 ans avec une bonne qualité de vie derrière.* » (L.29-33). Elle nous dit que la famille ne souhaitait rien dire à la patiente : « *Sauf que c'était une femme qui avait perdu ses enfants et c'était ses petite-filles qui s'occupent d'elle et qui nous avait supplier de ne rien dire à la grand-mère.* » (L.33-34). Afin de protéger la patiente : « *Donc en disant que psychologiquement, qu'elle était fragile et qu'elle n'était pas en mesure d'entendre le fait qu'elle est un cancer, que ça allait lui provoquer une grosse dépression. Et que certainement derrière, elle allait être de moins en moins bien.* » (L.35-37).

Elle explique que le non-dit peut impacter la suite de la prise en charge comme la non-observance thérapeutique : « *On a essayé pendant plusieurs semaines comme ça, sauf qu'elle devait prendre son comprimé qu'elle ne connaissait pas donc elle ne savait pas pourquoi*

*c'était. Donc elle a été très peu observante, elle ne prenait pas son cachet parce que ça lui donnait quelques effets secondaires qu'on aurait pu très bien gérer. » (L.37-40) et « Donc on a refait le point trois mois après, en essayant de dire aux petites filles que là le but c'est d'avoir des bonnes réponses derrière. » (L.41-42).*

Elle nous dit que l'annonce a été faite au final : *« On l'a dit finalement à la grand-mère qui a eu un coup dur pendant plusieurs semaines mais qui a su reprendre du poil de la bête derrière, qui a accepté son diagnostic, qui a été très observante et qui a été vraiment avec une bonne efficacité sur son imagerie, sur son problème cancéreux. » (L.42-45).* D'après Sylvie Fainzang, la famille demande au médecin de ne pas annoncer le diagnostic au patient dans la volonté de le cacher ce qui entraîne un frein dans l'information.

Et Jean-Christophe Mino évoque qu'une information peut déranger le patient et perturber son équilibre.

Jasmine, infirmière en médecine qui dit ne pas avoir vécu de situation, elle m'a donné comme réponse *« je n'en ai pas vécu vraiment où j'étais présente » (L.13), mais « j'ai des patients qui nous disent que y'a eu des non-dits sur le début de leur parcours. Nous, on est un service d'hospitalisation où on voit les patients que plus tard dans leur parcours » (L.14).*

Pour finir, Assya m'a donné l'exemple de la période Covid dans un service de réanimation *« moi c'était surtout pendant la période du Covid » (L.17), où « finalement personne n'était trop au courant de la réalité du Covid » (L.18).* Elle parle du mensonge et du non-dit par les médecins et les soignants : *« c'est vrai que les médecins comme les soignants finalement, quand il s'agissait de répondre aux questions des patients ou même aux familles, du coup leur donner des nouvelles. Souvent c'était soit menti, soit caché, de la vérité. » (L.20-22).* Elle avoue avoir menti lorsque les familles voulaient des informations : *« on avait des familles qui demandaient si ça allait bien se passer la suite de la prise en charge, si la personne allait s'en sortir, si on avait une idée du traitement, s'il y avait de nouvelles recommandations qui étaient sorties. » (L.22-25) et « souvent on leur disait que non ou que ça allait bien se passer mais c'est vrai que finalement on ne savait pas ou alors on le savait » (L.26-27).* Elle parle de minimiser les propos pour ne pas effrayer les familles : *« on avait tendance à dire minimiser ce qui se passait, essayait de rassurer les familles » (L.29-30).* Elle nous parle de mensonge sur l'état de santé des patients : *« Et je pense que du coup ces mensonges là c'était aussi parce que on essayait de*

*se rattacher à quelque chose, de se dire peut-être que ça va bien se passer ou alors finalement on n'en sait rien. En fait on ne le savait pas, c'est le cas, c'est-à-dire que ça se passe, oui ça se passe bien ou pas, on ne le sait pas, mais ce sera au jour le jour et c'est vrai que pendant cette période » (L.35-38). L'utilisation du mensonge concernait la prise en charge, les thérapeutiques : « Les mensonges c'était par exemple on a de nouvelles recommandations, de prise en charge, ne vous en faites pas, on essaie de nouveaux traitements. » (L.40-41). Elle explique que le médecin utilisait le mensonge pour rassurer les familles : « Et je sais qu'il y a un médecin en particulier qui pourra rassurer les familles, disait non mais il va bien, ne vous en faites pas » (L.46-47), alors que « Mais en fait non, il n'en savait rien puisqu'il était dans le coma. » (L.48). Sa réaction face à cette situation « la période du Covid je la vivais très très mal. Euh ... elle me faisait peur et à mes collègues aussi. » (L.53-54). Elle parle des circonstances de travail : « On avait de moins en moins de moyens, de plus en plus de patients à prendre en charge et de moins en moins de solutions, surtout la première crise. » (L.55-56). Elle évoque la position des soignants : « Mais je pense que à cette période, les soignants avaient besoin de se rattacher à quelque chose. » (L.60-61), « Et du coup de se dire, on avait espoir que ça se passait bien, ça nous rassurait énormément. Après c'est vrai que les familles, quand tu ne sais pas quoi leur dire, que t'es face au mur et que même toi ça te fait peur ce qu'il se passe. Je pense que tu perds tes moyens. » (L.63-65). Ce qui se réfère à Sylvie Fainzang sur le mensonge en donnant une information en opposition avec ce que l'on croit être la vérité. Le médecin trompe ou manipule la vérité envers les familles. Son intention est de faire croire à l'interlocuteur en la fausseté : « On peut s'accorder pour dire que le mensonge ne consiste pas uniquement à dire une chose fausse. Pour qu'il y ait mensonge, il faut que cette parole soit délibérée, que le locuteur la sache être fausse, et qu'elle soit produite pour faire croire cette chose à son destinataire » (Fainzang, 2006, p. 29).*

### **5.3.2 Le droit à l'information**

Dans cette partie, j'ai souhaité savoir si le patient était toujours informé concernant son diagnostic, son état de santé.

D'après la loi du 4 mars 2002, Loi Kouchner, le patient a le droit à une information sur son état de santé. Le devoir du médecin abordé dans l'article 35 du Code de déontologie du médecin est décrit

tel que « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ». Toutefois, le patient peut être tenu dans l'ignorance dans l'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave s'il le demande : « *Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination* ».

Lors de l'entretien, Ambre me parle d'interculturalité : « *dans les cultures gitanes, ça arrive très très souvent. Et aussi dans la culture maghrébine, ça arrive aussi souvent.* » (L.69-70).

Elle parle des familles qui ne veulent rien dire au malade : « *qui ne veulent pas dire à leur père, mère, sœur qui sont atteint d'un cancer.* » (L.71-72), et « *ils nous prennent à part, en dehors de la chambre et nous disent* » (L.72-73). Sylvie Fainzang parle de la place de la famille sur la volonté de cacher le diagnostic du patient.

Elle ajoute le fait de rien dire ou de mentir : « *c'est-à-dire qu'on est obligé de dire autre chose...* » (L.75).

Elle nous dit que les patients sont conscients de leur état de santé : « *elle est consciente de ce qu'il lui arrive, elle se rend bien compte. Les gens ne sont pas bêtes.* » (L.76-77).

Elle parle de mécanisme de défense, l'esquive des soignants : « *on est obligé d'être un peu dans l'esquive parce que aussi on fait en fonction de ce que nous dit la famille.* » (L.78-79).

Elle explique que la décision revient au médecin : « *Après le médecin, c'est lui qui décide de lui dire ou pas le diagnostic.* » (L.79-80).

Elle ajoute l'importance du droit du patient à être informé : « *ce qui compte c'est le patient, c'est lui qui est au centre de la prise en charge et même si des fois les familles sont insistantes là-dessus.* » (L.83-84).

Lara exprime la place qu'elle porte dans le sens de l'information auprès de ses patients en oncologie dans l'annonce du diagnostic : « *honnêtement ça fait plusieurs années que je suis là, sur toutes les consultations que je fais avec les oncologues ou seule. Je n'ai aucun patient qui n'a pas la connaissance de son diagnostic, aucun.* » (L.49-51).

Elle souligne l'importance de l'annonce du diagnostic pour tous les patients : « *À part cette situation où les petites-filles, tous les patients partent de là avec leur diagnostic, je pense que c'est essentiel.* » (L.51-52).

Elle ajoute un point essentiel concernant la législation sur l'information du patient sur son état de santé : « *Je pense qu'aujourd'hui, je ne sais pas si c'est médico-légale, pour moi il y a une notion de légalité d'informer le patient de son état de santé, surtout si le patient le demande.* » (L.52-54).

Jasmine parle de non-dit concernant des patients : « *il y a des fois des patients qu'on va voir et qui nous disent qu'ils ne sont pas au courant de tout.* » (L.23-24).

Elle évoque : « *on a un patient actuellement par exemple dans le service* » (L.25), qui « *nous disait qu'il a eu un peu des couacs dans son parcours.* » (L.26).

Elle explique le manque d'information dans le parcours qui a impacté la relation de confiance envers les professionnels de santé : « *il a perdu complètement confiance au corps médical et on a un peu du mal à recréer un lien de confiance avec lui* » (L.27-28).

Elle aborde le non-dit dans cette situation où le patient souhaitait être informé de chaque acte, de chaque examen : « *il y a eu des non-dits et il est vraiment dans la demande de savoir les choses et qu'on lui dise peu importe si c'est quelque chose qui est quelque chose de négatif ou qu'il y est une issue pas terrible pour lui.* » (L.28-30).

Assya parle d'une situation « *Ah si j'en ai une de situation où j'étais en stage de troisième année en cancérologie.* » (L.74), atteinte d'un cancer « *En fait c'est une personne qui a été admise, qui faisait des examens. Il s'est avéré qu'elle avait un cancer du pancréas.* » (L.76-77).

Elle explique que la patiente n'a pas souhaité être informé de son diagnostic : « *Et en fait cette dame a demandé dès l'instant où elle a passé les portes du service cancérologie de ne pas être informé de ce qu'il se passait.* » (L.76-79).

Elle aborde le choix de la patiente à être tenue dans l'ignorance et de sa demande : « *Même pour un soignant, nous on sait ce qu'elle a mais la personne ne sait pas et elle ne veut pas savoir.* » (L.80-81), et « *Du coup, c'est dur de se dire que à tout moment les traitements, les projets qu'on peut lui proposer seront peut-être pas efficace et finalement du jour au lendemain, elle va mourir de son cancer sans jamais savoir qu'elle avait un cancer et pourquoi elle est*

morte. » (L.82-85). Elle précise : « *C'est d'autant plus dur, quand on sait que c'est une dame très jeune, qui avait une vingtaine d'années. Quand tu as le même âge, c'est très dur.* » (L.85-86).

### 5.3.3 La relation soignant-soigné

- **Définition**

La relation soignant-soigné est définie dans le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers comme « *Le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmier, une objectivité, un minimum de disponibilité. La relation soignant-soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie.* ».

J'ai voulu savoir la définition de la relation soignant-soigné pour les 4 infirmières interrogées.

Pour Ambre, c'est : « *je dirais que c'est avant tout une relation de confiance qui doit s'installer* » (L.89-90).

Elle évoque la relation de confiance dans les deux sens : « *il faut arriver que le patient nous fasse confiance mais il faut que nous aussi on ait confiance en notre patient.* » (L.92-93). Cela renvoie à Michela Marzano qui dit que la confiance se fait dans les deux sens.

La confiance est définie comme « *le sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose* ».

Lara définit cette relation comme : « *Euh, pour moi c'est une relation qui se construit à deux, fin entre deux, ce n'est pas unilatéral.* » (L.57). Alexandre Manoukian ajoute la notion de partenaire où il faut être deux personnes au minimum pour constituer cette relation.

Elle parle de la relation d'aide : « *Et c'est une relation qui se base sur une relation d'aide, sur la dispensation d'information, sur une relation de confiance, sur une disponibilité surtout, ça c'est la part du soignant. Mais surtout une participation du soigné.* » (L.58-60). Carl Rogers définit la relation d'aide comme une approche centrée sur la personne avec des principes comme

l'empathie, le non-jugement, l'authenticité, l'écoute et l'acceptation de l'autre. Ce qui mène à une relation de confiance entre le soignant-soigné.

Elle nous dit « *Je pense que cette relation ne marche que s'il y a une cohérence, une cohésion et qu'il y a une participation des deux.* » (L.60-61).

Elle évoque : « *Quand je dis qu'une relation marche, qu'elle est optimale, qu'elle va toujours dans le sens de l'amélioration de l'état de santé et l'accompagnement dans le sens large, tant bien dans le soin actif que dans le soin non actif.* » (L.61-63).

Et pour Jasmine c'est une relation triangulaire : « *une relation entre un soignant et un patient, et l'entourage de ce patient concernant la maladie.* » (L.34-35).

Assya dit : « *Je dirais que c'est un échange, un partage entre les connaissances du milieu médical, du soignant.* » (L.89-90).

Elle parle de partage : « *c'est le partage du côté médical mais aussi les sentiments et émotions que chacun éprouve.* » (L.90-91).

Elle ajoute la notion d'élaboration d'une relation de confiance en y incluant la famille : « *On essaye d'établir une relation de confiance entre chaque. On privilégie la communication en équipe, avec la famille, avec le patient, avec les médecins.* » (L.91).

Elle parle d'échange dans la relation soignant-soigné : « *La relation soignant-soigné, je pense que c'est vraiment un concept vraiment très large. Du coup, chacun a son rôle particulier dans la relation, c'est un échange de tout ce qui crée la personne, du côté soignant.* » (L.94-95).

- **L'impact dans la relation soignant-soigné**

J'ai voulu savoir si le mensonge ou un non-dit pouvait avoir un impact sur la relation soignant-soigné.

Ambre évoque la notion de juste distance afin de se protéger : « *forcément je suis obligée de mettre une sorte de distance, peut-être inconsciente aussi pour me protéger moi, pour ne pas faire de faute parce que ça peut retomber dessus à tout moment.* » (L.107-109).

Comme Frédéric Worms, la fiabilité du soin relationnel se porte sur l'absence de jugement, de distance, de confiance. La juste-distance est la capacité à être au contact d'autrui dans le cadre de l'activité professionnelle.

Ambre ajoute que la relation peut être modifiée mais pas dans tous les sens : « *changer la relation au patient, peut-être pas dans tous ses aspects.* » (L.111), et qu'elle va respecter l'intimité du patient : « *je vais rentrer un petit peu moins dans l'ordre de l'intime avec cette patiente.* » (L.113). Selon Alexandre Manoukian, le soignant entre quotidiennement en relation avec les patients de façon intime.

Pour Lara, cela impacte la relation soignant-soigné : « *Oui je pense réellement que ça peut avoir un impact* » (L.65).

Elle ajoute que le patient doit être informé sur sa pathologie pour être acteur de sa prise en charge : « *sachant que à mon avis le patient a vraiment besoin d'avoir tous les outils en main pour pouvoir être active dans sa prise en charge.* » (L.66-67).

Et que le patient est autonome dans sa prise en charge : « *Enfin, je pense qu'on est dans cette démarche là, cette approche là de la participation du patient parce que les soins sont de plus en plus, sont de moins en moins centrés sur l'hôpital. Le patient est de plus en plus ambulatoire et qu'on lui demande d'être au fait au sujet de sa pathologie, au sujet de son traitement, de pouvoir nous remonter les effets secondaires quand il y en a.* » (L.67-71).

Elle nous dit que le mensonge ou le non-dit peut avoir un impact sur la prise en charge : « *Donc je pense qu'en effet un mensonge ou un non-dit peut avoir un impact fort et négatif sur la prise en charge.* » (L.71-72).

Elle évoque la notion de temporalité : « *Après il y a les non-dits aussi, et la temporalité, qu'est-ce qu'on dit à un moment donné et qu'est-ce qu'on ne dit pas à un autre moment.* » (L.73-74).

Pour Jasmine, cela impacte fortement la relation de confiance : « *il y a une perte de confiance.* » (L.38).

Elle dit « *il y a beaucoup de méfiance de la part du patient derrière, par rapport aux autres soignants* » (L.38-39). La méfiance du patient survient dès qu'il y a une perte de confiance.

Elle parle de la répercussion du mensonge ou du non-dit « *même si ce n'est pas nous qui sommes acteurs du mensonge ou du non-dit, derrière ça se répercute sur la prise en charge.* » (L.39-40).

Et pour Assya, elle dit aussi que cela a un impact sur la relation de confiance : « *Alors je pense oui très fortement comme je t'ai dit si le mensonge éclate au grand jour comme le Covid, on dit si si ça va bien se passer, bah en fait on arrive à un décès. Je pense que oui pour la confiance c'est fini, ça brise.* » (L.98-100).

Elle ajoute que « *Les patients finalement ils en pâtissent.* » (L.100).

Elle explique que si le patient se rend compte de la réalité : « *Si jamais il ne décède pas et que finalement on dit que oui ça se passe bien et qu'ils sont conscients que ça ne se passe pas bien.* » (L.100-102).

Elle pense que la prise en charge devient compliquée car il y a du mensonge ou du non-dit : « *Bah la prise en charge, même pour eux, elle est d'autant plus difficile parce qu'on se retrouve avec quelque chose d'effrayant, une prise en charge angoissante.* » (L.102-103).

### **5.3.4 L'éthique du soignant**

Dans cette dernière partie d'entretien, j'ai voulu connaître la place du patient dans la relation de confiance.

Ambre dit : « *je vais m'adapter au patient.* » (L.117).

Elle évoque la notion de respect : « *Je vais respecter ce qu'il a envie, son envie du moment* » (L.120-121) et « *je vais vraiment respecter les besoins de la personne en face de moi.* » (L.124-125).

Pour Lara, elle explique que si le patient ne comprend pas une chose, elle peut lui donner l'information si elle la détient : « *En expliquant déjà, clairement, en disant au patient que dans le service, que dans l'équipe on travaille à plusieurs, que quand je peux donner des informations, j'en donne mais quand je ne les sais pas, je me réfère toujours à des personnes qui peuvent m'aider.* » (L.80-82).

Elle ajoute la notion d'écoute, de disponibilité : « *C'est un espace de libre échange et que à tout moment du parcours, il peut trouver quelqu'un, une écoute. Être disponible ça crée un climat de confiance et puis honnêtement le fait de pouvoir dire les choses telles qu'elles le sont et qu'il n'est pas de non-dit dans une relation.* » (L.82-85).

Jasmine parle d'une présence avec le patient, d'une disponibilité : « *c'est du temps passé avec lui.* » (L.42) et « *C'est plus vraiment de prendre le temps avec le patient* » (L.44).

Elle parle d'écoute et d'authenticité : « *d'être vraiment à l'écoute de ce qu'il nous dit et de s'adapter vraiment à ça, d'être vrai* » (L.45).

Assya parle de la relation soignant-soigné : « *Je pense que ça se fait sur la première intention, la première rencontre et tout le long du temps où on prend en charge le patient.* » (L.106-107).

Elle dit qu'il faut être explicite, être à l'écoute, disponible pour le patient pour avoir une relation de confiance : « *je pense que pour se mettre cette confiance entre chaque, il faut être clair dans ses intentions, dans notre rôle, montrer qu'on est quelqu'un à l'écoute, quelqu'un qui est là pour la personne, qui écoute les besoins du patient qu'on a face à nous.* » (L.107-110).

Elle ajoute « *Je pense aussi, la confiance, tu peux l'avoir dès l'instant que tu montres que tu sais ce que tu fais avec la personne, ton métier tu le connais, montrer que tu es là pour la personne, présente, dans l'échange absolu.* » (L.110-112).

## 6 Problématique

Dans l'ensemble, les soignants ont su différencier le mensonge du non-dit. C'est-à-dire que le mensonge c'est de dire ou donner des informations fausses ou erronées contraires à la réalité alors que les infirmières distinguent le non-dit comme la volonté de cacher ou ne pas dire. Le mensonge et le non-dit ont une répercussion sur la suite de la prise en charge du patient car le patient peut faire preuve de méfiance envers les soignants.

Concernant la loi du 4 mars 2002, le patient a le droit à l'information sur son état de santé ou son diagnostic, mais la demande envers le patient n'est pas toujours effectuée, ce qui résulte d'un manque d'information. De plus, la famille est souvent un frein dans l'annonce du diagnostic d'un membre de leur famille par peur des conséquences psychologiques par la suite. L'infirmière en pratique avancée en oncologie évoque la notion de temporalité en donnant les informations à un moment précis où lorsque le patient est prêt à entendre des informations négatives concernant leur pathologie ou l'évolution de leur état de santé.

Les situations vécues par les soignants dans le mensonge ou le non-dit se sont produits la plupart auprès de patient atteint de cancer où le médecin n'informait pas le patient sur son état de santé. Ceci résulte d'un manque d'information tout en minimisant les choses. Néanmoins, certaines familles ne veulent pas dire à un membre de leur famille (mère, père, sœur ...) leur diagnostic. Cela se produit dans certaines cultures comme la population musulmane et gitane. Mais il existe aussi des patients qui souhaitent être tenus dans l'ignorance, ne veulent pas connaître leur diagnostic.

Les soignants mettaient en place des mécanismes de défenses comme l'esquive ou la fuite, par peur d'affronter la réalité face au patient, d'être mal à l'aise face aux interrogations du patient.

Nous avons pu constater que la relation soignant-soigné est basée sur de la confiance. Elle se constitue sur une relation à deux, un échange, mais également sur une relation d'aide composée d'empathie, d'authenticité et d'écoute.

Nous avons mentionné le fait qu'il est important de respecter le patient, d'être disponible et à l'écoute pour permettre un climat de confiance. La confiance est un élément crucial dans le soin. C'est de là où se fonde une relation. Cependant, si la confiance est rompue, le soignant peut se trouver dans une situation complexe.

D'après ma question de départ qui est : « En quoi le mensonge impacte-t-il la relation de confiance instaurée avec le résident ? », j'ai pu constater que le mensonge est moins utilisé que le non-dit. Le soigné peut faire preuve de méfiance et le soignant évite le patient dans la relation de soin.

Dans un contexte de non-dit, on pourrait se questionner sur comment peut-on restaurer une relation de confiance par la suite.

Selon Philippe Svandra, la confiance dans la relation soignant-soigné est importante. Il souligne que cette confiance est essentielle pour assurer des soins de qualité et un environnement propice à la guérison et au bien-être des patients. Depuis Hippocrate, la relation est basée sur la confiance où le patient nous partage des informations personnelles et médicales en toute sécurité. Il y ajoute la responsabilité des soignants de devoir mesurer le poids de la confiance accordée par les patients, d'en faire bon usage et d'en être dignes. Si cette confiance n'est pas

respectée, le lien entre soignants et patients peut être brisé. Il évoque la confiance mutuelle qui doit être présente entre l'équipe soignante, au patient et à soi-même pour assurer des soins de qualité. Il souligne la distinction entre le care et le cure, mettant en avant l'importance de l'empathie et de la fiabilité professionnelle pour protéger les patients.

## 7 Conclusion

La concrétisation de ce mémoire marque la fin de mes trois années d'études en soins infirmiers. Cette formation m'a fait évoluer et grandir personnellement et professionnellement.

Grâce à mes lectures, je me suis penchée sur différents concepts comme le mensonge, la confiance ainsi que la relation soignant-soigné. En lien à mon cadre de référence, j'ai pu enrichir et confronté ces concepts lors des entretiens infirmiers pour percevoir la réalité du terrain.

Cependant, j'ai également constaté que le mensonge peut compromettre la confiance entre le soignant et le soigné, élément essentiel pour assurer des soins efficaces et centrés sur le patient.

L'exploration du concept de mensonge et de confiance dans la relation soignant-soigné révèle la complexité et la sensibilité de cette dynamique fondamentale dans le soin.

À travers cette étude, j'ai pu observer que le mensonge peut prendre différentes formes et peut être motivé par divers facteurs.

La confiance, quant à elle, se révèle être le socle sur lequel repose une relation de soin.

Grâce à ce travail de fin d'études, j'ai pu prendre du recul, ce qui m'a permis d'avoir une vision différente aujourd'hui.

J'ai pu prendre en compte l'importance de la relation soignant-soigné mais aussi ses complications.

Tout le long de ma dernière année de formation, j'ai mené ce travail qui a été très enrichissant. J'espère que ma future carrière me permettra de continuer à me questionner sur le sens de mes actions et de mes expressions.

## Bibliographie

### Livres :

- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris, interéditions Masson.
- Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. (4<sup>e</sup> éd.). Paris, éditions Lamarre.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades* Nlle présentation : POD. MASSON.
- M. (s. d.). *L'annonce de la maladie : Une parole qui engage*.
- Ruzniewski, M. (2014). *Face à la maladie grave - Patients familles soignants : Patients familles soignants*. DUNOD.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Marzano, M. (2012). *Éloge de la confiance*. Paris, éditions Fayard.
- Benaroyo, L., Lefevre, C., Mino, J.C., Worms, F. (2010). *La philosophie du soin*. Paris, éditions puf.
- Marin, C. & Worms, F. (2015). *À quel soin se fier ?* Paris, éditions puf.

### Articles :

Article 35 – Information du patient. (2019). *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. En ligne <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>

Bioy, A. (2005). Carl Rogers "Les caractéristiques des relations d'aide" (1966), in *Le développement de la personne*, InterÉditions. 27-43. En ligne <https://www.cairn.info/quarante-commentaires-de-textes-en-psychologie--9782100706648-page-145.htm>

Bizouarn, P. (2008). Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & Santé*, 5(3), 165-172. En ligne [https://www.researchgate.net/publication/250769509\\_Le\\_medecin\\_le\\_malade\\_et\\_la\\_confiance](https://www.researchgate.net/publication/250769509_Le_medecin_le_malade_et_la_confiance)

Bouchereau, X. (2014). Mentir ? Ça va de soi ! *Sens-dessous*. 23-30. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2014-2-page-23.htm>

Brocq, H. (2008). Éthique et annonce de diagnostic. Informer ou l'art de mettre les formes. *Le journal des psychologues*. 65-69. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-6-page-65.htm>

Brocq, H. (2008). Éthique et annonce de diagnostic. *Le journal des psychologues*. 65-69. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-le-journal-des-psychologues-2008-6-page-65.htm>

Cardin, H. (2014). La loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner ». *Dans les tribunes de la santé*. 27-33. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-1-page-27.htm>

Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*. 443-467. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2005-3-page-443.htm>

Centre National Fin de Vie Soins Palliatifs. (2022). *Les vingt ans de la loi Kouchner du 4 mars 2002 : des droits jusqu'à la fin de la vie - Parlons Fin de Vie*. Parlons Fin de Vie. En ligne

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/les-vingt-ans-de-la-loi-kouchner-du-4-mars-2002-des-droits-jusqua-la-fin-de-la-vie/>

*Code de déontologie - Devoirs envers les patients*. (s. d.). Cdom. En ligne

<https://www.ordre-medecin25.fr/code-de-deontologie-devoirs-patients>

De Charentenay, P. (2010). La confiance et ses contraires. *Études*. 4-6. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-4.htm>

Delaye, R & Lardellier, P. (2016). Introduction. Panser la confiance ... *La confiance*. 21-27.  
En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-confiance--9782847698510-page-21.htm>

Fainzang, S. (2006). Secret et mensonge dans le discours médical. *Cités*. 27-36. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-cites-2006-2-page-27.htm>

Fainzang, S. (2014). Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. *Les tribunes de la santé*. 47-52. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-2-page-47.htm?ref=doi>

Farvaque, É & Garçon, H & Samson, A-L. (2022). Je ne tromperai jamais leur confiance : analyse de l'influence des laboratoires sur la relation médecin-patient en France. *Revue d'économie politique*. 273-312. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-d-economie-politique-2022-2-page-273.htm>

Fiszman, M. (2009). L'Autre chez Lévinas : une vision utopique de l'humain ? *Dans la chaîne d'union*. 62-67. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-la-chaine-d-union-2009-2-page-62.htm>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. 33-42. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

Hoerni, B. (2012). Le mensonge médical peut-il être une valeur éthique ? *Éthique et cancer*. (s. d.). En ligne

<https://www.ethique-cancer.fr/publications/mensonge-medical-peut-il-etre-valeur-ethique>

*L'accès au dossier médical*. (s. d.). CNIL. En ligne

<https://www.cnil.fr/fr/laces-au-dossier-medical>

La relation soignant/soigné et ses aspects. Chu-nantes. En ligne

[https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne\\_1459520255564-pdf](https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf)

Larousse, É. (s. d.). Définitions : partenaire - *Dictionnaire de français Larousse*. En ligne

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenaire/58352>

Lemoine, E & Vassal, P. (2017). La relation de soin à l'épreuve du mensonge. *Éthique & Santé*. 151-157. En ligne

<https://www.sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S1765462917300612?via%3Dihub>

*L'information du patient*. (2021, 27 janvier). Conseil National de L'Ordre des Médecins. En ligne

[https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient#:~:text=Tout%20au%20long%20de%20la,code%20de%20la%20santé%20publique\).](https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient#:~:text=Tout%20au%20long%20de%20la,code%20de%20la%20santé%20publique).)

Marzano, M. (2012). Les enjeux éthiques du silence : dire, taire, mentir ... *Sigila*. 87-96. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-sigila-2012-1-page-87.htm>

Marzano, M. (2012). Qu'est-ce que la confiance ? *Rimhe : revue interdisciplinaire management, homme & entreprise*. 83-96. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-rimhe-2012-1-page-83.htm>

Montet-Aubrée, C. La relation soignant-soigné. En ligne.

[http://mapage.noos.fr/mariage\\_orianne\\_ludovic/relation\\_soignant-soigne.pdf](http://mapage.noos.fr/mariage_orianne_ludovic/relation_soignant-soigne.pdf)

Paillard, C. (2023). La relation soignant-soigné : le non-jugement. *Infirmiers.com*. En ligne

<https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/la-relation-soignant-soigne-le-non-jugement>

Pougnat, R. (2021). Mensonge et discrétion du patient à l'ère de la médecine numérique ? *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*. 69-84. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2021-2-page-69.htm>

Robertson. (s. d.). Théorie du don/contre-don : donner/recevoir/rendre – M. Mauss. *SI & Management*. En ligne

<http://www.sietmanagement.fr/theorie-du-doncontre-don-donnerrecevoirrendre-m-mauss/>

Salmon, M. (2012). La trace dans le visage de l'autre. *Sens-dessous*. 102-111. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2012-1-page-102.htm>

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

[https://www.persee.fr/doc/dha\\_0755-7256\\_2010\\_num\\_36\\_2\\_3231](https://www.persee.fr/doc/dha_0755-7256_2010_num_36_2_3231)

Sultan, J. (2019, 7 juin). Le mensonge dans le soin. *Étudiants IDE-AS-AES*. En ligne

<https://www.soignantenehpads.fr/blog/le-mensonge-dans-le-soin.html#gsc.tab=0>

Svandra, P. (2023). À quel soin se fier ? Faire confiance à la confiance. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 41-50. En ligne

<https://www.cairn.info/revue-de-la-confiance-2023-4-page-41.htm>

Vassal, P. (2016). Relation de soin : vérité ? mensonge ? incertitude ? *La mort et le soin*. 123-139. En ligne

<https://www.cairn.info/la-mort-et-le-soin--9782130749455-page-123.htm>

Worms, F. (2015). À quel soin se confier ? À quel soin se fier ? 37-48. En ligne

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-37.htm>

## Sommaire des annexes

<b>Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretien .....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : Autorisations de la direction des soins... ..</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe III : Guide d'entretien .....</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe IV : Retranscriptions littérales des entretiens... ..</b>	<b>VII</b>
Annexe IV.I : Entretien .....	VII
Annexe IV.II : Entretien en oncologie .....	XII
Annexe IV.III : Entretien en médecine .....	XV
Annexe IV.IV : Entretien en EHPAD .....	XVII
<b>Annexe V : Grille d'analyse des entretiens .....</b>	<b>XXI</b>
<b>Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude .....</b>	<b>XXVII</b>

## Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretien



### INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Samira HANNAOUI  
Étudiant(e) en soins infirmiers

à Madame, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens en service d'oncologie.

Auprès d'un infirmier Diplômé d'État.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **L'impact du mensonge dans la relation soignant-soigné auprès du patient.**

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

- Quelle différence faites-vous entre le mensonge et le non-dit ?
- Avez-vous déjà menti ou omis de dire la vérité à un patient ?
- Avez-vous déjà vécu une situation où le patient ne connaissant pas son diagnostic ?
- Comment convevez-vous la relation soignant-soigné ?
- Pensez-vous qu'un mensonge ou un non dit peut impacter la relation soignant-soigné ?
- Comment mettez-vous en place un climat de confiance avec un patient ?

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

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Mme Samira HANNAOUI  
Étudiant(e) en soins infirmiers

à Madame [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens en service de médecine.

Auprès d'un infirmier Diplômé d'État.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **L'impact du mensonge dans la relation soignant-soigné auprès du patient.**

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

- Quelle différence faites-vous entre le mensonge et le non-dit ?
- Avez-vous déjà menti ou omis de dire la vérité à un patient ?
- Avez-vous déjà vécu une situation où le patient ne connaissant pas son diagnostic ?
- Comment concevez-vous la relation soignant-soigné ?
- Pensez-vous qu'un mensonge ou un non dit peut impacter la relation soignant-soigné ?
- Comment mettez-vous en place un climat de confiance avec un patient ?

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

Mme Samira HANNAOUI  
Étudiant(e) en soins infirmiers

à [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens en service de gériatrie (EHPAD).

Auprès d'un infirmier Diplômé d'État.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **L'impact du mensonge dans la relation soignant-soigné auprès du patient.**

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

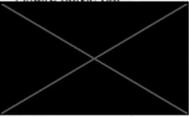
- Quelle différence faites-vous entre le mensonge et le non-dit ?
- Avez-vous déjà menti ou omis de dire la vérité à un patient ?
- Avez-vous déjà vécu une situation où le patient ne connaissant pas son diagnostic ?
- Comment concevez-vous la relation soignant-soigné ?
- Pensez-vous qu'un mensonge ou un non dit peut impacter la relation soignant-soigné ?
- Comment mettez-vous en place un climat de confiance avec un patient ?

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

**Annexe II : Autorisations de la direction des soins**

 **CENTRE  
HOSPITALIER  
AVIGNON**

Direction Des Soins  Madame Samira HANNAOUI 

Affaire suivie par :  

**OBJET : TFE**  
N/Réf. : VB/MP/24

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 :

 du service d'onco hématologie 

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

**LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE**  
Chargée de missions à la direction des soins


ch-avignon.fr

**CENTRE HOSPITALIER AVIGNON**  
305, rue Raoul Follereau - 84902 Avignon Cedex 9 - Téléphone 04 32 75 33 33



RE: Demande d'entretien  
À :

12 février 2024 à 11:26



Bonjour,

J'ai eu un retour de l'une de mes cadres voici ce qu'elle vous propose :

[Redacted]

Est ce que cela pourrait vous convenir ?

Dans l'attente de votre retour,

Je vous souhaite une agréable journée

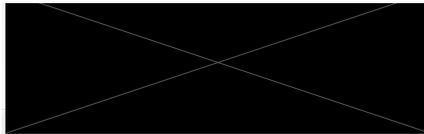
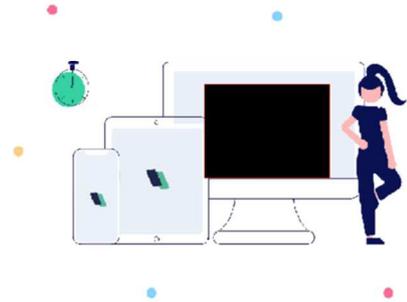
Bien cordialement,



250, chemin de Baigne-Pieds - 84 000 Avignon  
[www.institut-sainte-catherine.org](http://www.institut-sainte-catherine.org)



Afin de contribuer au respect de l'environnement  
merci de n'imprimer ce mail qu'en cas de nécessité.



À : Samira Hannaoui >  
Répondre à :



Bonjour Mme HANNOUI,

Pourriez-vous venir à l'EHPAD de [Redacted] pour un entretien soit :

- demain mercredi [Redacted]
- lundi [Redacted]
- mardi [Redacted]

Je vous remercie de me confirmer par retour de mail.\*

Le Directeur

S DENIÉ-GABILLOT.



### Annexe III : Guide d'entretien

Thème	Questions	L'intention de l'apprenti-chercheur
<b>Le soignant</b>	1) Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel (âge, fonction, date du diplôme, les services rencontrés, l'ancienneté dans le service actuel ?	Leur ancienneté Leur expérience
<b>Le mensonge et le non-dit</b>	2) Quelle différence faites-vous entre le mensonge et le non-dit ? 3) Pouvez-vous me raconter une situation de mensonge ou de non-dit ? Quel a été votre réaction face à cette situation ?	Définition du mensonge et du non-dit Les conséquences d'un non-dit ou d'un mensonge Leur réaction face aux questions du patient
<b>L'information</b>	4) Avez-vous déjà vécu une situation où le patient ne connaissait pas son diagnostic ?	Le droit à l'information La prise en compte de la demande du patient à être informé ou non
<b>La relation soignant-soigné</b>	5) Quelle définition donneriez-vous à la relation soignant-soigné ? 6) Pensez-vous qu'un mensonge ou un non-dit peut impacter la relation soignant-soigné ?	Définition de la relation soignant-soigné L'impact d'un mensonge ou d'un non-dit dans la relation de soin
<b>La relation de confiance</b>	7) Comment mettez-vous en place un climat de confiance avec un patient ?	Le respect du non-jugement, la responsabilité de l'autre, la considération, la juste distance

## Annexe IV : Retranscription littérales des entretiens

### Annexe IV.I : Entretien

Entretien n°1, 16 février 2024. De 8h à 9h. Ambre, IDE 1

1 Premièrement, est-ce que vous pouviez vous présenter, votre parcours professionnel, donc votre  
2 fonction, la date d'obtention du diplôme, les services où vous avez travaillé et l'ancienneté dans  
3 le service actuel ?

4 Ok donc je m'appelle Ambre, j'ai 33 ans, ça fait 9 ans que je suis infirmière diplômée. J'ai été  
5 diplômée ici d'ailleurs. Moi, j'ai toujours travaillé en cancérologie donc ça fait un peu plus de 8  
6 ans. Je travaillais sur Montpellier et j'ai fait divers services. Donc j'ai commencé par des  
7 consultations d'annonce, j'ai fait de la chirurgie, j'ai fait de la médecine, du soin palliatif, j'ai  
8 fait du bloc, salle de réveil, soins continus et j'ai terminé par de la coordination en nutrition  
9 dans un centre expert à Montpellier. Ensuite, je suis venue dans la région, il y a maintenant  
10 quasiment deux ans et j'ai travaillé pendant un peu plus d'un an et demi sur l'Institut Sainte  
11 Catherine, service hôpital de jour, et coordination suivie de chimiothérapie et voilà.

12 D'accord. On va poursuivre avec la question. Quelle est la différence faites-vous entre le  
13 mensonge et le non-dit ?

14 (Rires) Alors...

15 Pour moi, le mensonge, c'est plutôt quelque chose qu'on va volontairement cacher à une  
16 personne alors que le non-dit, c'est plus une situation, euh qu'on ne va pas évoquer peut-être  
17 par rapport à la fragilité qu'on aura senti d'une personne, ou à une demande, ou à un besoin, ou  
18 on va sentir que la personne n'est pas en capacité aussi d'entendre ce qu'on a à lui dire peut-  
19 être parce qu'elle est dans le déni ou des choses comme ça. Moi, je fais vraiment cette  
20 distinction entre les deux, c'est-à-dire qu'il y en a un qui est vraiment volontaire et l'autre qui  
21 est plus pour protéger, on va dire entre guillemets la personne.

22 D'accord. Et du coup avez-vous déjà vécu une situation où le patient ne connaissait pas son  
23 diagnostic ?

24 (Réfléchis) De mensonge, c'est ...

25 Moi, en travaillant en cancérologie, c'est une pathologie très lourde a expliqué aux patients,  
26 notamment de la part du chirurgien. Le chirurgien a une approche différente encore du médecin  
27 oncologue.

28 Euh, donc ...

29 Ça m'est arrivée qu'une patiente, très jeune, d'une quarantaine d'années, qu'est-ce qu'elle avait  
30 déjà ? Qui avait un cancer au niveau des voix vaginales, je crois que c'était un col, je m'en  
31 souviens plus très bien.

32 Elle a eu une lourde intervention qu'on appelle une pelvectomie. Et par la suite, à la  
33 pelvectomie, ils n'ont pas pu garder la vessie parce qu'elle était atteinte et lui ont mis un Bricker  
34 et elle n'était pas au courant. Et le chirurgien avait demandé à son mari, si voilà, si jamais  
35 pendant l'intervention, il trouvait quelque chose de plus important, est-ce qu'il pouvait agir. Et  
36 le mari avait dit, mais moi ça ne dépend pas de moi, c'est ma femme qui doit décider.

37 Et le chirurgien n'avait pas demandé avant, je me souviens, à cette patiente et donc la patiente  
38 s'était retrouvée avec une poche à son réveil et elle avait aussi une stomie, elle avait un Bricker  
39 et une stomie, elle avait les deux.

40 **D'accord.**

41 Parce qu'il avait fait un énorme chantier plus important que ce qu'ils pensaient, parce que des  
42 fois le bilan d'extension ne montre pas forcément tout tout.

43 Et donc la patiente s'est réveillée avec deux poches et nous en tant que soignant, le chirurgien  
44 nous avait interdit de lui expliquer exactement ce qu'elle avait et ce pourquoi elle avait tout ce  
45 matériel.

46 Donc c'est vrai que s'était très difficile, les soins étaient très compliqués. Elle nous posait sans  
47 arrêt la question, elle nous demandait mais « qu'est-ce que j'ai ? est-ce que ça va être  
48 définitif ? ». Et nous, oui, on savait que ça allait être définitif mais le chirurgien nous avait  
49 interdit de lui dire tant qu'il n'était pas assuré de pouvoir la voir et de lui expliquer. Donc ça  
50 avait pris peut-être, pas tout à fait une semaine mais quasiment une bonne semaine presque  
51 avant qu'elle puisse aller lui dire bon mais voilà en fait le chantier était plus important que prévu  
52 et on a été obligé d'enlever la vessie, une partie du côlon et tout est définitif de ce qu'on vous  
53 a mis.

54 Le choc a été pour l'équipe aussi, ça a été très difficile à vivre.

55 **Ok, très bien, et quelle a été votre réaction face à cette situation ?**

56 Bah, c'était tous les jours, en fait il fallait être un peu dans l'esquive malheureusement. Dès  
57 qu'elle nous posait des questions sur ça. On lui répétait sans arrêt « Écoutez, vous n'inquiétez  
58 pas, le chirurgien va venir un petit peu vous expliquer plus en détail mais moi je ne sais pas  
59 vraiment ».

60 Fin, obligeait de mentir, voilà forcément, d'utilisait le mensonge de manière consciente. C'est-  
61 à-dire qu'on savait très bien de ce qu'il en était et on était obligé de mentir à cette patiente.  
62 Sortir de la chambre et ne pas être bien quoi, et en discuter en équipe et se dire qu'on était tous  
63 dans le même état. De se dire que cette patiente, la pauvre, en plus elle était très jeune avec 2  
64 enfants en bas âge. Voilà, elle savait qu'elle ne pouvait plus avoir d'enfant, peut-être qu'elle  
65 n'en avait pas le désir mais voilà s'était très compliqué.

66 **Oui c'est sûr. Avez-vous déjà vécu une situation où le patient ne connaissait pas son**  
67 **diagnostic ?**

68 Euh, oui.

69 Ça arrive très souvent, sans vouloir faire de stéréotype ou quoi que ce soit, dans les cultures  
70 gitanes, ça arrive très très souvent. Et aussi dans la culture maghrébine, ça arrive aussi souvent.  
71 Il y a certaines familles mais plus dans la culture gitane, qui ne veulent pas dire à leur père,  
72 mère, sœur qui sont atteint d'un cancer. Donc la plupart du temps, ils nous prennent à part, en  
73 dehors de la chambre et nous disent « Bon, bah voilà ma maman n'est pas au courant qu'elle a  
74 un cancer, on lui a dit qu'elle avait autre chose ». Ça m'est arrivée plein de fois cette situation.  
75 Et du coup, nous, on est obligé de composé avec ça, c'est-à-dire qu'on est obligé de dire autre  
76 chose. Et puis des fois la personne, quand même, elle est consciente de ce qu'il lui arrive, elle  
77 se rend bien compte. Les gens ne sont pas bêtes.

78 Donc il nous pose des questions, et pareil, on est obligé d'être un peu dans l'esquive parce que  
79 aussi on fait en fonction de ce que nous dit la famille. Après le médecin, c'est lui qui décide de  
80 lui dire ou pas le diagnostic. Donc si le médecin a posé le diagnostic et qui dit « Bah, voilà  
81 Madame, vous avez un cancer ». À ce moment-là, on prend les devants.

82 Moi, je me suis permise effectivement de dire « Oui Madame, voilà vous avez un cancer »  
83 même si la famille le refuse. Puisqu'après tout, ce qui compte c'est le patient, c'est lui qui est  
84 au centre de la prise en charge et même si des fois les familles sont insistantes là-dessus. Moi,  
85 à partir du moment que le médecin nous a donné l'accord de révéler son diagnostic, je le fais.  
86 Je remets la personne devant tout ça.

87 **Oui, je vois. Et quelle définition donneriez-vous à la relation soignant-soigné ?**

88 C'est compliqué ça, (rire et grande inspiration). C'est des concepts qui sont loin.

89 Euh, qu'est que je peux donner comme définition. Bah, je dirais que c'est avant tout une relation  
90 de confiance qui doit s'installer, peut-être pas dès le début de la prise en charge du patient.  
91 Après ça dépend du service dans lequel on est bien sûr.

92 Pour moi, c'est le plus important, il faut arriver que le patient nous fasse confiance mais il faut  
93 que nous aussi on est confiance en notre patient. Pour l'instant, on le sent capable de nous  
94 accompagner aussi, d'être le plus alerte sur certaine chose. Bien évidemment que ça dépend des  
95 patients. Des patients le seront plus que d'autres parce que y'en a ils ont des problèmes  
96 neurologiques, qui ne pourront pas forcément, d'autres aspects, d'autres problématiques. Pour  
97 moi, c'est vraiment ça la relation soignant-soigné, c'est vraiment une relation de confiance.  
98 Et puis d'ailleurs, les patients nous le disent, vous savez j'ai confiance en vous, je vous laisse  
99 faire, je sais ce que vous faites, je sais que vous le faites pour mon bien.  
100 Et pour moi, c'est vraiment la base.  
101 Même si ce n'est pas la définition exacte de ce qu'on peut donner de la relation soignant-soigné  
102 (rire). Mais après, il y a ce qu'on nous dit sur le papier et ce qu'on vit finalement sur le terrain  
103 avec les patients.  
104 **Oui je me doute, et pensez-vous qu'un mensonge ou un non-dit peut impacter la relation**  
105 **soignant-soigné ?**  
106 Oui, oui clairement, c'est sûr.  
107 Pour en revenir à mon exemple de ma patiente de tout à l'heure, forcément je suis obligé de  
108 mettre une sorte de distance, peut-être inconsciente aussi pour me protéger moi, pour ne pas  
109 faire de faute parce que ça peut retomber dessus à tout moment. Voilà, si je révélai quelque  
110 chose alors que le médecin m'a demandé de ne strictement rien révéler. Évidemment que ça va  
111 changer la relation au patient, peut-être pas dans tous ses aspects. Je vais quand même rester  
112 professionnelle et faire tous les soins qu'on m'a demandé de faire etc.  
113 C'est vrai, je vais rentrer un petit peu moins dans l'ordre de l'intime avec cette patiente. Je vais  
114 un peu moins m'attarder sur certaines choses, pour pas révéler des choses qui ne faudrait pas  
115 que je révèle.  
116 **D'accord, et pour finir comment mettez-vous en place un climat de confiance avec un patient ?**  
117 Je pense que je vais m'adapter au patient.  
118 Pour moi, je pense que c'est une chose que je fais en systématique. C'est-à-dire que si je vois  
119 que le patient, je ne sais pas, que quand je rentre dans la chambre, je vois qu'il n'a pas envie de  
120 discuter. Bah, je ne vais pas discuter avec lui. Je vais respecter ce qu'il a envie, son envie du  
121 moment, voilà. Peut-être qu'au début, il n'aura pas envie et qu'après, finalement ça va se  
122 débloquent. Peut-être que je vais arriver un autre jour, au contraire, il va être hyper content, il va  
123 avoir le moral, il va avoir envie de parler, de converser avec moi.

- 124 Et je pense que c'est comme ça qu'on installe un climat de confiance, dans le sens, je vais  
125 vraiment respecter les besoins de la personne en face de moi.
- 126 *Ok très bien. Vous voulez rajouter quelques choses ?*
- 127 Non, c'est bon pour moi.

## Annexe IV.II : Entretien en oncologie

Entretien n°2, 16 février 2024. De 16h à 17h. Lara, IDE 2

1 Tout d'abord, peux-tu te présenter, ainsi que ton parcours professionnel, ta fonction, la date  
2 d'obtention du diplôme, les services où tu as travaillé et l'ancienneté dans le service actuel ?

3 Je suis infirmière en pratique avancée depuis 2022. Je suis diplômée de 2005, voilà ça va faire  
4 20 ans bientôt en 2025.

5 Qu'est-ce que j'ai fait ?

6 J'ai attaqué par une année en HAD. Ensuite j'ai fait, euh je suis revenue ici en oncologie, c'était  
7 mon stage pré professionnel de fin de troisième année. Et j'avais dit à la cadre à l'époque, dès  
8 qu'il y a un poste, j'aimerais travailler en oncologie-hématologie, il n'y en avait pas à cette  
9 époque-là. J'ai fait un an, un an et demi d'HAD. Et dès qu'il y a eu un poste, elle m'a rappelé  
10 pour occuper un poste en oncologie-hématologie, pendant pratiquement 7 ans, 7-8 ans. J'ai fait  
11 donc l'oncologie-hématologie et le service du secteur protégé. Après, je suis allée faire 5 ans  
12 de libérale sur Avignon, j'avais pris une disponibilité. Et après mes cinq années de libérale, je  
13 suis revenue ici pour un poste d'infirmière de coordination en oncologie. Et j'ai attaqué le  
14 master d'IPA de 2020 à 2022 et donc je suis diplômée de 2022. Depuis 1 an et demi, j'exerce  
15 le métier d'infirmière en pratique avancée.

16 D'accord, quelle différence fais-tu entre le mensonge et le non-dit ?

17 Alors je dirais que le mensonge pour moi, ça serait déformer une réalité et euh, de dire des  
18 choses fausses. Et les non-dits pour moi, en médecine, c'est peut-être volontairement de ne pas  
19 dire certaines choses qui pourrait ne pas être porteuse et ne pas être utile pour le patient pour la  
20 suite de la prise en charge.

21 Euh, voilà après je fais vraiment bien la différence entre les familles qui nous disent de ne rien  
22 dire et le patient qui n'est pas prêt à entendre. Pour moi c'est deux situations vraiment  
23 différentes parce que les deux existent. Je fais très attention aux familles qui nous disent de ne  
24 rien dire parce que parfois ils ont une mauvaise perception de ce que leurs parents peuvent  
25 accepter ou ne pas accepter. Et ils ne se rendent pas compte, je pense, du poids des non-dits  
26 dans la suite de la prise en charge.

27 Peux-tu me raconter une situation de mensonge ou de non-dit ?

28 J'ai un exemple, là en tête, qui nous est arrivée il y a quelques années. C'est une patiente qui  
29 avait bien entre 75 et 80 ans, à qui on avait diagnostiqué un cancer du poumon. Sauf que son

30 cancer du poumon était éligible à de la thérapie orale, donc il y a certains cancers qui ont des  
31 mutations pour lesquelles la première indication, c'est un traitement oral. Et qui marche  
32 relativement bien et relativement longtemps, parfois 3-4 ans avec une bonne qualité de vie  
33 derrière. Sauf que c'était une femme qui avait perdu ses enfants et c'était ses petites filles qui  
34 s'occuper d'elle et qui nous avait supplier de ne rien dire à la grand-mère.

35 Donc en disant que psychologiquement, qu'elle était fragile et qu'elle n'était pas en mesure  
36 d'entendre le fait qu'elle est un cancer, que ça allait lui provoquer une grosse dépression. Et  
37 que certainement derrière, elle allait être de moins en moins bien. On a essayé pendant plusieurs  
38 semaines comme ça, sauf qu'elle devait prendre son comprimé qu'elle ne connaissait pas donc  
39 elle ne savait pas pourquoi c'était. Donc elle a été très peu observante, elle ne prenait pas son  
40 cachet parce que ça lui donnait quelques effets secondaires qu'on aurait pu très bien gérer. Bah  
41 en fait ça n'a pas été efficace. Donc on a refait le point trois mois après, en essayant de dire aux  
42 petites filles que là le but c'est d'avoir des bonnes réponses derrière. On l'a dit finalement à la  
43 grand-mère qui a eu un coup dur pendant plusieurs semaines mais qui a su reprendre du poil de  
44 la bête derrière, qui a accepté son diagnostic, qui a été très observante et qui a été vraiment avec  
45 une bonne efficacité sur son imagerie, sur son problème cancéreux. Donc voilà.

46 C'est pour ça que je fais souvent, je dis souvent que parfois il faut peser les choses.

47 *As-tu déjà vécu une situation où le patient ne connaissait pas son diagnostic ?*

48 Là en l'occurrence oui dans cette situation là.

49 Euh, honnêtement ça fait plusieurs années que je suis là, sur toutes les consultations que je fais  
50 avec les oncologues ou seule. Je n'ai aucun patient qui n'a pas la connaissance de son  
51 diagnostic, aucun. À part cette situation où les petites-filles, tous les patients partent de là avec  
52 leur diagnostic, je pense que c'est essentiel. Je pense qu'aujourd'hui, je ne sais pas si c'est  
53 médico-légale, pour moi il y a une notion de légalité d'informer le patient de son état de santé,  
54 surtout si le patient le demande.

55 *Quelle définition donnerais-tu à la relation soignant-soigné ?*

56 C'est tout sauf quelque chose de pyramidale, ça c'est clair, pour moi c'est comme ça.

57 Euh, pour moi c'est une relation qui se construit à deux, fin entre deux, ce n'est pas unilatéral.  
58 Et c'est une relation qui se base sur une relation d'aide, sur la dispensation d'information, sur  
59 une relation de confiance, sur une disponibilité surtout, ça c'est la part du soignant. Mais surtout  
60 une participation du soigné. Je pense que cette relation ne marche que s'il y a une cohérence,  
61 une cohésion et qu'il y a une participation des deux. Quand je dis qu'une relation marche,

62 qu'elle est optimale, qu'elle va toujours dans le sens de l'amélioration de l'état de santé et  
63 l'accompagnement dans le sens large, tant bien dans le soin actif que dans le soin non actif.

64 **Penses-tu qu'un mensonge ou un non-dit peut impacter la relation soignant-soigné ?**

65 Oui je pense réellement que ça peut avoir un impact (le téléphone sonne), un impact fort.

66 Euh, sachant que à mon avis le patient a vraiment besoin d'avoir tous les outils en main pour  
67 pouvoir être active dans sa prise en charge. Enfin, je pense qu'on est dans cette démarche là,  
68 cette approche là de la participation du patient parce que les soins sont de plus en plus, sont de  
69 moins en moins centrés sur l'hôpital. Le patient est de plus en plus ambulatoire et qu'on lui  
70 demande d'être au fait au sujet de sa pathologie, au sujet de son traitement, de pouvoir nous  
71 remonter les effets secondaires quand il y en a. Donc je pense qu'en effet un mensonge ou un  
72 non-dit peut avoir un impact fort et négatif sur la prise en charge.

73 Après il y a les non-dits aussi, et la temporalité, qu'est-ce qu'on dit à un moment donné et  
74 qu'est-ce qu'on ne dit pas à un autre moment. Est-ce que quand on prend en charge d'emblée  
75 un patient, par exemple qui est métastatique pour qui on sait qu'il aura un moment donné besoin  
76 d'avoir des soins de confort et d'accompagnement, de soins palliatifs. Est-ce que le fait de ne  
77 pas lui dire en début de prise en charge, c'est quelque chose qui est plus opportun. Moi je pense  
78 que les non-dits c'est aussi une question de temporalité.

79 **D'accord, comment mets-tu en place un climat de confiance avec un patient ?**

80 En expliquant déjà, clairement, en disant au patient que dans le service, que dans l'équipe on  
81 travaille à plusieurs, que quand je peux donner des informations, j'en donne mais quand je ne  
82 les sais pas, je me réfère toujours à des personnes qui peuvent m'aider. C'est un espace de libre  
83 échange et que à tout moment du parcours, il peut trouver quelqu'un, une écoute. Être  
84 disponible ça crée un climat de confiance et puis honnêtement le fait de pouvoir dire les choses  
85 telles qu'elles le sont et qu'il n'est pas de non-dit dans une relation.

### **Annexe IV.III : Entretien en médecine**

Entretien n°3, 20 février 2024. De 14h à 15h. Jasmine, IDE 3

1 **Premièrement, peux-tu te présenter, ainsi que ton parcours professionnel, ta fonction, la date**  
2 **d'obtention du diplôme, les services où tu as travaillé et l'ancienneté dans le service actuel ?**

3 Ok, du coup moi, c'est Jasmine, j'ai 27 ans. Je suis infirmière en oncologie depuis que je suis  
4 sortie de mon diplôme. J'ai été diplômé en 2017. J'ai commencé à Sainte-Catherine, j'ai fait  
5 quelques mois puis je suis parti sur Lyon. J'ai fait hématologie, un peu de soins palliatifs, de  
6 l'oncologie. Et d'après du coup, je suis revenue ici au bout de un an. Et après je suis service de  
7 médecine à Sainte-Catherine depuis ce temps-là donc ça doit faire 5 ans, bien 5 ans que je suis  
8 en CDI dans le service.

9 **D'accord, quelle différence fais-tu entre le mensonge et le non-dit ?**

10 Le mensonge c'est le fait de volontairement donner une information erronée alors que le non-  
11 dit, on ne va pas la donner du tout.

12 **Ok, peux-tu me raconter une situation de mensonge ou de non-dit ?**

13 Bah ça on n'en a pas, enfin personnellement, je n'en ai pas vécu vraiment où j'étais présente,  
14 mais des fois, j'ai des patients qui nous disent que y'a eu des non-dits sur le début de leur  
15 parcours. Nous, on est un service d'hospitalisation où on voit les patients que plus tard dans  
16 leur parcours. Donc avant de venir chez nous, ils ont déjà vécu pleins de choses, ils sont passés  
17 par plein d'autres étapes et souvent c'est avant que les non-dits se font surtout sur l'annonce du  
18 diagnostic ou l'évolution de la maladie, mais ce n'est pas forcément nous dans le service, donc  
19 je n'en n'ai jamais vécu personnellement.

20 **D'accord, et as-tu déjà vécu une situation où le patient ne connaissait pas du tout son**  
21 **diagnostic ?**

22 Oui probablement (rire).

23 Oui après je ne serais pas dire exactement quand mais je sais que oui, il y a des fois des patients  
24 qu'on va voir et qui nous disent qu'ils ne sont pas au courant de tout.

25 Ah bah ... on a un patient actuellement par exemple dans le service, en effet, ça me fait penser  
26 à Monsieur x, qui nous disait qu'il a eu un peu des couacs dans son parcours. Du coup, il a  
27 perdu complètement confiance au corps médical et on a un peu du mal à recréer un lien de  
28 confiance avec lui parce que justement, il y a eu des non-dits et il est vraiment dans la demande

29 de savoir les choses et qu'on lui dise peu importe si c'est quelque chose qui est quelque chose  
30 de négatif ou qu'il y est une issue pas terrible pour lui. Mais exactement, ceux qu'il sait passer,  
31 je ne sais vraiment pas dans le détail, on n'a pas vraiment questionné. Je sais qu'il y a eu un  
32 moment où il n'était pas au courant de tout et du coup il n'a pas trop confiance.

33 **Oui je vois, quelle définition donnerais-tu à la relation soignant-soigné ?**

34 C'est peut-être une relation entre un soignant et un patient, et l'entourage de ce patient  
35 concernant la maladie. Ceux pourquoi il est hospitalisé ici.

36 **D'accord, penses-tu qu'un mensonge ou un non-dit peut impacter la relation soignant-soigné ?**

37 Ah oui, complètement.

38 Bah du coup, il y a une perte de confiance. Euh, il y a beaucoup de méfiance de la part du patient  
39 derrière, par rapport aux autres soignants, même si ce n'est pas nous qui sommes acteurs du  
40 mensonge ou du non-dit, derrière ça se répercute sur la prise en charge.

41 **Et comment mets-tu en place un climat de confiance avec un patient ?**

42 Du coup, c'est du temps passé avec lui.

43 C'est beaucoup de... ce n'est pas de l'investissement personnel, j'allais dire c'est  
44 l'investissement personnel, mais ce n'est pas ça. C'est plus vraiment de prendre le temps avec  
45 le patient et d'être vraiment à l'écoute de ce qu'il nous dit et de s'adapter vraiment à ça, d'être  
46 vrai, d'écouter.

47 Je pense que ça, ça contribue à créer de la confiance avec le patient et qu'il soit bien

## Annexe IV.IV : Entretien en EHPAD

Entretien n°4, 21 février 2024. De 11h à 12h. Assya, IDE 4

1 Alors premièrement, peux-tu te présenter ainsi que ton parcours professionnel, ton âge, ta  
2 fonction, ta date du diplôme, les services rencontrés et l'ancienneté dans le service actuel ?

3 Alors, je m'appelle Assya, j'ai 25 ans. Je suis diplômée depuis juillet 2020. D'abord, j'ai  
4 commencé ma carrière en médecine interne qui s'est transformé pendant la période du Covid  
5 en réanimation. Donc j'ai fait de la réanimation jusqu'en 2022 et ensuite j'ai décidé de  
6 déménager et donc de partir dans un service un peu plus calme disons, en EHPAD parce que je  
7 suis devenue maman.

8 D'accord, quelle différence fais-tu entre le mensonge et le non-dit ?

9 Pour moi le mensonge, c'est ... euh. Je ne sais pas trop comment le dire (rire).

10 Le non-dit pour moi c'est omettre quelque chose c'est-à-dire on ne dit pas, disons qu'on cache  
11 mais on ne donne pas d'autre alternative à ce qu'on pense, ce qu'on voit, la réalité.

12 Pour moi le mensonge c'est, c'est-à-dire qu'on va donner des informations qui finalement sont  
13 fausses. Euh... et vraiment être complètement contraire à la réalité de ce qu'on pense.

14 Ok, peux-tu me raconter une situation de mensonge ou de non-dit ?

15 Dans mon parcours, du coup ?

16 Oui.

17 Bah écoute, moi c'était surtout pendant la période du Covid, tout au début du Covid où  
18 finalement personne n'était trop au courant de la réalité du Covid. Tout le monde avait très  
19 peur, on commençait le confinement.

20 Euh ... et c'est vrai que les médecins comme les soignants finalement, quand il s'agissait de  
21 répondre aux questions des patients ou même aux familles, du coup leur donner des nouvelles.  
22 Souvent c'était soit menti, soit caché, de la vérité. Par exemple, on avait des familles qui  
23 demandaient si ça allait bien se passer la suite de la prise en charge, si la personne allait s'en  
24 sortir, si on avait une idée du traitement, s'il y avait de nouvelles recommandations qui étaient  
25 sorties.

26 Euh... souvent on leur disait que non ou que ça allait bien se passer mais c'est vrai que  
27 finalement on ne savait pas ou alors on le savait mais comme les gens étaient interdit aux visites.

28 Même en réanimation, je te dis au début, il n'y avait personne qui rentrait et ceux qui sortait  
29 c'était souvent, ils n'étaient pas vraiment bien en forme. Du coup, on avait tendance à disons

30 minimiser ce qui se passait, essayait de rassurer les familles, comme on pouvait en espérant  
31 même nous de notre côté finalement que ça se passait bien.

32 **D'accord.**

33 Donc c'est vrai que quand on disait oui ça va bien se passer, ça va aller, finalement c'était je  
34 pense aussi pour nous rassurer et rassurer la famille aussi.

35 Et je pense que du coup ces mensonges là c'était aussi parce que on essayait de se rattacher à  
36 quelque chose, de se dire peut-être que ça va bien se passer ou alors finalement on n'en sait  
37 rien. En fait on ne le savait pas, c'est le cas, c'est-à-dire que ça se passe, oui ça se passe bien  
38 ou pas, on ne le sait pas, mais ce sera au jour le jour et c'est vrai que pendant cette période, la  
39 prise en charge s'était plus très (...), plus comme on la connaît maintenant.

40 **Et c'était quoi comme mensonge ?**

41 Les mensonges c'était par exemple on a de nouvelles recommandations, de prise en charge, ne  
42 vous en faites pas, on essaie de nouveaux traitements. Finalement, les traitements ça restaient  
43 souvent les mêmes et on leur disait, euh ... vos parents vont bien, vos frères, sœurs vont bien,  
44 votre enfant va bien mais en fait euh... disons qu'on avait des gens par exemple qui étaient  
45 vraiment dans le coma.

46 Et je sais qu'il y a un médecin en particulier qui pourra rassurer les familles, disait non mais il  
47 va bien, ne vous en faites pas, il sait que c'est compliqué pour vous aussi.

48 Mais en fait non, il n'en savait rien puisqu'il était dans le coma.

49 Et on avait pas mal, surtout pour ce qu'il y ait de ces échanges-là d'être rassurant. Finalement,  
50 je ne sais pas si c'est du bon ou du mauvais, pendant la période Covid, c'est vrai qu'on a vu pas  
51 mal de situation comme ça.

52 **D'accord, quel a été ta réaction face à cette situation ?**

53 Bah tu vois comme je t'ai dit, je pense que d'un côté, fin pour moi, la période du Covid je la  
54 vivais très très mal. Euh ... elle me faisait peur et à mes collègues aussi.

55 On avait de moins en moins de moyens, de plus en plus de patients à prendre en charge et de  
56 moins en moins de solutions, surtout la première crise.

57 Du coup, quand les familles nous appelaient en pleure, inquiet, de leur dire que ça allait bien se  
58 passer même si finalement c'est un mensonge puisqu'on n'en sait rien.

59 Euh ... je trouve que c'était rassurant mais aussi très triste pour la personne parce que si jamais  
60 la personne ça ne se passait pas bien pour elle et qu'on avait dit le contraire. Mais je pense que

61 à cette période, les soignants avaient besoin de se rattacher à quelque chose. Pour mon service,  
62 on voyait énormément de décès et peut de personne qui sortait de la réanimation.  
63 Et du coup de se dire, on avait espoir que ça se passait bien, ça nous rassurait énormément.  
64 Après c'est vrai que les familles, quand tu ne sais pas quoi leur dire, que t'es face au mur et que  
65 même toi ça te fait peur ce qu'il se passe. Je pense que tu perds tes moyens.  
66 En plus, moi d'autant plus en début de carrière, toute cette relation que tu apprends à l'école de  
67 soignant-soigné, avec les codes de cette relation, ce que tu dois faire et ne pas faire. Je pense  
68 que tu y fais plus trop attention en situation de crise comme le Covid.

69 **Et as-tu déjà vécu une situation où le patient ne connaissait pas son diagnostic ?**

70 Euh ... alors, disons que, euh.

71 Ils ne le comprenaient peut-être pas mais je pense que là pour le coup tous les médecins ont dit  
72 aux patients ce qu'il se passait pour eux.

73 Euh ... le diagnostic. Pour le Covid sa été ça.

74 Ah si j'en ai une de situation où j'étais en stage de troisième année en cancérologie.

75 **D'accord.**

76 En fait c'est une personne qui a été admise, qui faisait des examens. Il s'est avéré qu'elle avait  
77 un cancer du pancréas.

78 Et en fait cette dame a demandé dès l'instant où elle a passé les portes du service cancérologie  
79 de ne pas être informé de ce qu'il se passait. Et c'est relativement difficile parce que pour  
80 proposer une prise en charge, pour décider d'un traitement. Même pour un soignant, nous on  
81 sait ce qu'elle a mais la personne ne sait pas et elle ne veut pas savoir. Et c'est un cancer qui est  
82 très difficile, on n'en n'échappe difficilement. Du coup, c'est dur de se dire que à tout moment  
83 les traitements, les projets qu'on peut lui proposer seront peut-être pas efficace et finalement  
84 du jour au lendemain, elle va mourir de son cancer sans jamais savoir qu'elle avait un cancer et  
85 pourquoi elle est morte. C'est d'autant plus dur, quand on sait que c'est une dame très jeune,  
86 qui avait une vingtaine d'années. Quand tu as le même âge, c'est très dur.

87 **Quelle définition donnerais-tu à la relation soignant-soigné ?**

88 Euh... la définition.

89 Je dirais que c'est un échange, un partage entre les connaissances du milieu médical, du  
90 soignant. Euh, mais même temps, c'est le partage du côté médical mais aussi les sentiments et  
91 émotions que chacun éprouve. On essaye d'établir une relation de confiance entre chaque. On  
92 privilégie la communication en équipe, avec la famille, avec le patient, avec les médecins. La

93 relation soignant-soigné, je pense que c'est vraiment un concept vraiment très large. Du coup,  
94 chacun a son rôle particulier dans la relation, c'est un échange de tout ce qui crée la personne,  
95 du côté soignant.

96 **D'accord, et penses-tu qu'un mensonge ou un non-dit peut impacter la relation soignant-**  
97 **soigné ?**

98 Alors je pense oui très fortement comme je t'ai dit si le mensonge éclate au grand jour comme  
99 le Covid, on dit si si ça va bien se passer, bah en fait on arrive à un décès. Je pense que oui pour  
100 la confiance c'est fini, ça brise. Les patients finalement ils en pâtissent. Si jamais il ne décède  
101 pas et que finalement on dit que oui ça se passe bien et qu'ils sont conscient que ça ne se passe  
102 pas bien. Bah la prise en charge, même pour eux, elle est d'autant plus difficile parce qu'on se  
103 retrouve avec quelque chose d'effrayant, une prise en charge angoissante. On se dit bah  
104 finalement je ne peux rien dire aux soignants parce que je n'ai pas confiance en eux.

105 **Comment mets-tu en place un climat de confiance avec un patient ?**

106 Je pense que ça se fait sur la première intention, la première rencontre et tout le long du temps  
107 où on prend en charge le patient. En fait, je pense que pour se mettre cette confiance entre  
108 chaque, il faut être clair dans ses intentions, dans notre rôle, montrer qu'on est quelqu'un à  
109 l'écoute, quelqu'un qui est là pour la personne, qui écoute les besoins du patient qu'on a face à  
110 nous. Je pense aussi, la confiance, tu peux l'avoir dès l'instant que tu montres que tu sais ce que  
111 tu fais avec la personne, ton métier tu le connais, montrer que tu es là pour la personne, présente,  
112 dans l'échange absolue.

113

## Annexe V : Grille d'analyse des entretiens

Entretiens infirmiers				
Questions	IDE 1 Ambre Oncologie	IDE 2 Lara Oncologie	IDE 3 Jasmine Médecine	IDE 4 Assya EHPAD
1. Pouvez-vous présenter ainsi que votre parcours scolaire (âge, sexe, fonction, date du diplôme, les services rencontrés, l'ancienneté dans le service actuel ?	<p>(...) j'ai 33 ans (...) <b>L.4</b></p> <p>(...) ça fait 9 ans que je suis infirmière diplômée (...) <b>L.4</b></p> <p>(...) j'ai toujours travaillé en cancérologie donc ça fait un peu plus de 8 ans (...) <b>L.5</b></p> <p>(...) j'ai commencé par des consultations d'annonce, j'ai fait de la chirurgie, j'ai fait de la médecine, du soin palliatif, j'ai fait du bloc, salle de réveil, soins continus et j'ai terminé par de la coordination en nutrition dans un centre expert (...) <b>L.7 à 9</b></p> <p>(...) j'ai travaillé pendant un peu plus d'un an et demi sur l'Institut Sainte Catherine, service hôpital de jour, et coordination suivie de chimiothérapie (...) <b>L.10-11</b></p>	<p>Je suis infirmière en pratique avancée depuis 2022. <b>L.3</b></p> <p>Je suis diplômé de 2005, voilà ça va faire 20 ans bientôt en 2025. <b>L.3-4</b></p> <p>J'ai attaqué par une année en HAD. <b>L.6</b></p> <p>J'ai fait un an, un an et demi d'HAD <b>L.9</b></p> <p>Et dès qu'il y a eu un poste, elle m'a rappelé pour occuper un poste en oncologie-hématologie, pendant pratiquement 7 ans, 7-8 ans. J'ai fait donc l'oncologie-hématologie et le service du secteur protégé. <b>L.9-11</b></p> <p>Après, je suis allée faire 5 ans de libérale sur Avignon, j'avais pris une disponibilité. <b>L.11-12</b></p> <p>Et après mes cinq années de libérale, je suis revenue ici pour un poste d'infirmière de coordination en oncologie. <b>L.12-13</b></p> <p>Et j'ai attaqué le master d'IPA de 2020 à 2022 et donc je suis diplômée de 2022. Depuis 1 an et demi, j'exerce le métier d'infirmière en pratique avancée. <b>L.13-15</b></p>	<p>(...) j'ai 27 ans (...) <b>L.3</b></p> <p>Je suis infirmière en oncologie depuis que je suis sortie de mon diplôme. <b>L.3-4</b></p> <p>J'ai fait hématologie, un peu de soins palliatifs, de l'oncologie (...) <b>L.5</b></p> <p>(...) je suis service de médecine (...) ça doit faire 5 ans (...) <b>L.7</b></p>	<p>(...) j'ai 25 ans (...) <b>L.3</b></p> <p>Je suis diplômée depuis juillet 2020 (...) <b>L.3</b></p> <p>J'ai commencé ma carrière en médecine interne qui s'est transformé pendant la période du Covid en réanimation. <b>L.4-5</b></p> <p>(...) j'ai fait de la réanimation jusqu'en 2022 (...) <b>L.5</b></p> <p>(...) donc de partir dans un service un peu plus calme disons, en EHPAD (...) <b>L.6</b></p>

<p>2. Quelle est la différence faites-vous entre le mensonge et le non-dit ?</p>	<p><i>Pour moi, le mensonge, c'est plutôt quelque chose qu'on va volontairement cacher à une personne (...) L.15-16</i>  <i>(...) alors que le non-dit, c'est plus une situation, euh qu'on ne va pas évoquer peut-être par rapport à la fragilité qu'on aura senti d'une personne, ou à une demande, ou à un besoin, ou on va sentir que la personne n'est pas en capacité aussi d'entendre (...) L.16 à 18</i>  <i>(...) c'est-à-dire qu'il y en a un qui est vraiment volontaire et l'autre qui est plus pour protéger, on va dire entre guillemets la personne (...) L.20-21</i></p>	<p><i>Alors je dirais que le mensonge pour moi, ça serait déformer une réalité et euh, de dire des choses fausses. L.17-18</i>  <i>Et les non-dits pour moi, en médecine, c'est peut-être volontairement de ne pas dire certaines choses qui pourrait ne pas être porteuse et ne pas être utile pour le patient pour la suite de la prise en charge. L.18-20</i>  <i>(...) voilà après je fais vraiment bien la différence entre les familles qui nous disent de ne rien dire et le patient qui n'est pas prêt à entendre. Pour moi c'est deux situations vraiment différentes parce que les deux existent. L.21_23</i></p>	<p><i>Le mensonge c'est le fait de volontairement donner une information erronée alors que le non-dit, on ne va pas la donner du tout. L.10-11</i></p>	<p><i>Le non-dit pour moi c'est omettre quelque chose c'est-à-dire on ne dit pas, disons qu'on cache mais on ne donne pas d'autre alternative à ce qu'on pense, ce qu'on voit, la réalité. L.10-11</i>  <i>Pour moi le mensonge c'est, c'est-à-dire qu'on va donner des informations qui finalement sont fausses. Euh... et vraiment être complètement contraire à la réalité de ce qu'on pense. L.12-13</i></p>
<p>3. Pouvez-vous me raconter une situation de mensonge ou de non-dit ?</p>	<p><i>Ça m'est arrivée qu'une patiente, très jeune, d'une quarantaine d'années (...) L.29</i>  <i>Qui avait un cancer au niveau des voix vaginales, je crois que c'était un col (...) L.30</i>  <i>(...) pelvectomie, ils n'ont pas pu garder la vessie parce qu'elle était atteinte et lui ont mis un Bricker et elle n'était pas au courant (...) L.33-34</i>  <i>Et le chirurgien n'avait pas demandé avant (...) L.37</i>  <i>(...) la patiente s'était retrouvée avec une poche à son réveil et elle avait aussi une stomie (...) L.38</i>  <i>(...) le chirurgien nous avait interdit de lui expliquer exactement ce qu'elle avait (...)</i></p>	<p><i>J'ai un exemple, là en tête, qui nous est arrivée il y a quelques années. L.28</i>  <i>C'est une patiente qui avait bien entre 75 et 80 ans, à qui on avait diagnostiqué un cancer du poumon. L.28-29</i>  <i>Sauf que son cancer du poumon était éligible à de la thérapie orale, donc il y a certains cancers qui ont des mutations pour lesquelles la première indication, c'est un traitement oral. Et qui marche relativement bien et relativement longtemps, parfois 3-4 ans avec une bonne qualité de vie derrière. L.29-33</i></p>	<p><i>(...) je n'en ai pas vécu vraiment où j'étais présente (...) L.13</i>  <i>(...) j'ai des patients qui nous disent que y'a eu des non-dits sur le début de leur parcours (...) L.14</i></p>	<p><i>(...) moi c'était surtout pendant la période du Covid (...) L.17</i>  <i>(...) finalement personne n'était trop au courant de la réalité du Covid (...) L.18</i>  <i>(...) c'est vrai que les médecins comme les soignants finalement, quand il s'agissait de répondre aux questions des patients ou même aux familles, du coup leur donner des nouvelles. Souvent c'était soit menti, soit caché, de la vérité. (...) L.20-22</i>  <i>(...) on avait des familles qui demandaient si ça allait bien se passer la suite de la prise en charge, si la personne allait s'en sortir, si on</i></p>

	<p><b>L.44</b>  <i>Elle nous posait sans arrêt la question (...) L.47</i></p>	<p><i>Sauf que c'était une femme qui avait perdu ses enfants et c'était ses petites filles qui s'occuper d'elle et qui nous avait supplier de ne rien dire à la grand-mère. L.33-34</i>  <i>Donc en disant que psychologiquement, qu'elle était fragile et qu'elle n'était pas en mesure d'entendre le fait qu'elle est un cancer, que ça allait lui provoquer une grosse dépression. Et que certainement derrière, elle allait être de moins en moins bien. L.35-37</i>  <i>On a essayé pendant plusieurs semaines comme ça, sauf qu'elle devait prendre son comprimé qu'elle ne connaissait pas donc elle ne savait pas pourquoi c'était. Donc elle a été très peu observante, elle ne prenait pas son cachet parce que ça lui donnait quelques effets secondaires qu'on aurait pu très bien gérer. L.37-40</i>  <i>Donc on a refait le point trois mois après, en essayant de dire aux petites filles que là le but c'est d'avoir des bonnes réponses derrière. L.41-42</i>  <i>On l'a dit finalement à la grand-mère qui a eu un coup dur pendant plusieurs semaines mais qui a su reprendre du poil de la bête derrière, qui a accepté son diagnostic, qui a été très observante</i></p>	<p><i>avait une idée du traitement, s'il y avait de nouvelles recommandations qui étaient sorties. L.22-25</i>  <i>(...) souvent on leur disait que non ou que ça allait bien se passer mais c'est vrai que finalement on ne savait pas ou alors on le savait (...) L.26-27</i>  <i>(...) on avait tendance à disons minimiser ce qui se passait, essayait de rassurer les familles (...) L.29-30</i>  <i>Et je pense que du coup ces mensonges là c'était aussi parce que on essayait de se rattacher à quelque chose, de se dire peut-être que ça va bien se passer ou alors finalement on n'en sait rien. En fait on ne le savait pas, c'est le cas, c'est-à-dire que ça se passe, oui ça se passe bien ou pas, on ne le sait pas, mais ce sera au jour le jour et c'est vrai que pendant cette période (...) L.35-38</i>  <i>Les mensonges c'était par exemple on a de nouvelles recommandations, de prise en charge, ne vous en faites pas, on essaie de nouveaux traitements. L.40-41</i>  <i>Et je sais qu'il y a un médecin en particulier qui pourra rassurer les familles, disait non mais il va bien, ne vous en faites pas, (...) L.46-47</i>  <i>Mais en fait non, il n'en savait rien puisqu'il était dans le coma. L.48</i></p>
--	---	---	--

<p>Quel a été votre réaction face à cette situation ?</p>	<p>(...) il fallait être un peu dans l'esquive malheureusement (...) <b>L.56</b>  <i>Fin, obligeait de mentir, voilà forcément, d'utilisait le mensonge de manière consciente (...) L.60</i>  <i>(...) qu'on savait très bien de ce qu'il en était et on était obligé de mentir à cette patiente (...) L.61</i>  <i>Sortir de la chambre et ne pas être bien quoi, et en discuter en équipe (...) L.62</i></p>	<p><i>et qui a été vraiment avec une bonne efficacité sur son imagerie, sur son problème cancéreux. L.42-45</i></p>		<p>(...) la période du Covid je la vivais très très mal. Euh ... elle me faisait peur et à mes collègues aussi. <b>L.53-54</b>  <i>On avait de moins en moins de moyens, de plus en plus de patients à prendre en charge et de moins en moins de solutions, surtout la première crise. L.55-56</i>  <i>Mais je pense que à cette période, les soignants avaient besoin de se rattacher à quelque chose. L.60-61</i>  <i>Et du coup de se dire, on avait espoir que ça se passait bien, ça nous rassurait énormément. Après c'est vrai que les familles, quand tu ne sais pas quoi leur dire, que t'es face au mur et que même toi ça te fait peur ce qu'il se passe. Je pense que tu perds tes moyens. L.63-65</i></p>
<p>4. Avez-vous déjà vécu une situation où le patient ne connaissait pas son diagnostic ?</p>	<p>(...) dans les cultures gitanes, ça arrive très très souvent. Et aussi dans la culture maghrébine, ça arrive aussi souvent (...) <b>L.69-70</b>  <i>(...) qui ne veulent pas dire à leur père, mère, sœur qui sont atteint d'un cancer (...) L.71-72</i>  <i>(...) ils nous prennent à part, en dehors de la chambre et nous</i></p>	<p><i>Euh, honnêtement ça fait plusieurs années que je suis là, sur toutes les consultations que je fais avec les oncologues ou seule. Je n'ai aucun patient qui n'a pas la connaissance de son diagnostic, aucun. L.49-51</i>  <i>À part cette situation où les</i></p>	<p>(...) il y a des fois des patients qu'on va voir et qui nous disent qu'ils ne sont pas au courant de tout. <b>L.23-24</b>  <i>(...) on a un patient actuellement par exemple dans le service (...) L.25</i>  <i>(...) qui nous disait qu'il a eu un</i></p>	<p><i>Ah si j'en ai une de situation où j'étais en stage de troisième année en cancérologie. L.74</i>  <i>En fait c'est une personne qui a été admise, qui faisait des examens. Il s'est avéré qu'elle avait un cancer du pancréas. L.76-77</i>  <i>Et en fait cette dame a demandé dès</i></p>

	<p>disent (...) <b>L.72-73</b>  (...) c'est-à-dire qu'on est obligé de dire autre chose (...) <b>L.75</b>  (...) elle est consciente de ce qu'il lui arrive, elle se rend bien compte. Les gens ne sont pas bêtes. <b>L.76-77</b>  (...) on est obligé d'être un peu dans l'esquive parce que aussi on fait en fonction de ce que nous dit la famille (...) <b>L.78-79</b>  Après le médecin, c'est lui qui décide de lui dire ou pas le diagnostic. <b>L.79-80</b>  (...) ce qui compte c'est le patient, c'est lui qui est au centre de la prise en charge et même si des fois les familles sont insistantes là-dessus (...) <b>L.83-84</b></p>	<p>petites-filles, tous les patients partent de là avec leur diagnostic, je pense que c'est essentiel. <b>L.51-52</b>  Je pense qu'aujourd'hui, je ne sais pas si c'est médico-légale, pour moi il y a une notion de légalité d'informer le patient de son état de santé, surtout si le patient le demande. <b>L.52-54</b></p>	<p>peu des couacs dans son parcours (...) <b>L.26</b>  (...) il a perdu complètement confiance au corps médical et on a un peu du mal à recréer un lien de confiance avec lui (...) <b>L.27-28</b>  (...) il y a eu des non-dits et il est vraiment dans la demande de savoir les choses et qu'on lui dise peu importe si c'est quelque chose qui est quelque chose de négatif ou qu'il y est une issue pas terrible pour lui (...) <b>L.28-30</b></p>	<p>l'instant où elle a passé les portes du service cancérologie de ne pas être informé de ce qu'il se passait. <b>L.76-79</b>  Même pour un soignant, nous on sait ce qu'elle a mais la personne ne sait pas et elle ne veut pas savoir. <b>L.80-81</b>  Du coup, c'est dur de se dire que à tout moment les traitements, les projets qu'on peut lui proposer seront peut-être pas efficace et finalement du jour au lendemain, elle va mourir de son cancer sans jamais savoir qu'elle avait un cancer et pourquoi elle est morte. <b>L.82-85</b>  C'est d'autant plus dur, quand on sait que c'est une dame très jeune, qui avait une vingtaine d'années. Quand tu as le même âge, c'est très dur. <b>L.85-86</b></p>
<p>5. Quelle définition donneriez-vous à la relation soignant-soigné ?</p>	<p>(...) je dirais que c'est avant tout une relation de confiance qui doit s'installer (...) <b>L.89-90</b>  (...) il faut arriver que le patient nous fasse confiance mais il faut que nous aussi on est confiance en notre patient (...) <b>L.92-93</b></p>	<p>Euh, pour moi c'est une relation qui se construit à deux, fin entre deux, ce n'est pas unilatéral. <b>L.57</b>  Et c'est une relation qui se base sur une relation d'aide, sur la dispensation d'information, sur une relation de confiance, sur une disponibilité surtout, ça c'est la part du soignant. Mais surtout une participation du soigné. <b>L.58-60</b>  Je pense que cette relation ne</p>	<p>(...) une relation entre un soignant et un patient, et l'entourage de ce patient concernant la maladie. <b>L.34-35</b></p>	<p>Je dirais que c'est un échange, un partage entre les connaissances du milieu médical, du soignant. <b>L.89-90</b>  (...) c'est le partage du côté médical mais aussi les sentiments et émotions que chacun éprouve. <b>L.90-91</b>  On essaye d'établir une relation de confiance entre chaque. <b>L.91</b>  On privilégie la communication en équipe, avec la famille, avec le patient, avec les médecins. <b>L.92</b></p>

		<p><i>marche que s'il y a une cohérence, une cohésion et qu'il y a une participation des deux. <b>L.60-61</b></i></p> <p><i>Quand je dis qu'une relation marche, qu'elle est optimale, qu'elle va toujours dans le sens de l'amélioration de l'état de santé et l'accompagnement dans le sens large, tant bien dans le soin actif que dans le soin non actif. <b>L.61-63</b></i></p>		<p><i>La relation soignant-soigné, je pense que c'est vraiment un concept vraiment très large. <b>L.93</b></i></p> <p><i>(...) chacun a son rôle particulier dans la relation, c'est un échange de tout ce qui crée la personne, du côté soignant. <b>L.94-95</b></i></p>
<p>6. Pensez-vous qu'un mensonge ou un non-dit peut impacter la relation soignant-soigné ?</p>	<p><i>(...) forcément je suis obligé de mettre une sorte de distance, peut-être inconsciente aussi pour me protéger moi, pour ne pas faire de faute parce que ça peut retomber dessus à tout moment (...) <b>L.107 à 109</b></i></p> <p><i>(...) changer la relation au patient, peut-être pas dans tous ses aspects (...) <b>L.111</b></i></p> <p><i>(...) je vais rentrer un petit peu moins dans l'ordre de l'intime avec cette patiente (...) <b>L.113</b></i></p>	<p><i>Oui je pense réellement que ça peut avoir un impact ... <b>L.65</b></i></p> <p><i>(...) sachant que à mon avis le patient a vraiment besoin d'avoir tous les outils en main pour pouvoir être active dans sa prise en charge. <b>L.66-67</b></i></p> <p><i>Enfin, je pense qu'on est dans cette démarche là, cette approche là de la participation du patient parce que les soins sont de plus en plus, sont de moins en moins centrés sur l'hôpital. Le patient est de plus en plus ambulatoire et qu'on lui demande d'être au fait au sujet de sa pathologie, au sujet de son traitement, de pouvoir nous remonter les effets secondaires quand il y en a. <b>L.67-71</b></i></p> <p><i>Donc je pense qu'en effet un mensonge ou un non-dit peut avoir un impact fort et négatif</i></p>	<p><i>(...) il y a une perte de confiance (...) <b>L.38</b></i></p> <p><i>(...) il y a beaucoup de méfiance de la part du patient derrière, par rapport aux autres soignants (...) <b>L.38-39</b></i></p> <p><i>(...) même si ce n'est pas nous qui sommes acteurs du mensonge ou du non-dit, derrière ça se répercute sur la prise en charge (...) <b>L.39-40</b></i></p>	<p><i>Alors je pense oui très fortement comme je t'ai dit si le mensonge éclate au grand jour comme le Covid, on dit si si ça va bien se passer, bah en fait on arrive à un décès. Je pense que oui pour la confiance c'est fini, ça brise. <b>L.98-100</b></i></p> <p><i>Les patients finalement ils en pâtissent. <b>L.100</b></i></p> <p><i>Si jamais il ne décède pas et que finalement on dit que oui ça se passe bien et qu'ils sont conscients que ça ne se passe pas bien. <b>L.100-102</b></i></p> <p><i>Bah la prise en charge, même pour eux, elle est d'autant plus difficile parce qu'on se retrouve avec quelque chose d'effrayant, une prise en charge angoissante. <b>L.102-103</b></i></p>

		<p>sur la prise en charge. <b>L.71-72</b> Après il y a les non-dits aussi, et la temporalité, qu'est-ce qu'on dit à un moment donné et qu'est-ce qu'on ne dit pas à un autre moment. <b>L.73-74</b></p>		
<p>7. Comment mettez-vous en place un climat de confiance avec un patient ?</p>	<p>(...) je vais m'adapter au patient (...) <b>L.117</b> Je vais respecter ce qu'il a envie, son envie du moment (...) <b>L.120-121</b> (...) je vais vraiment respecter les besoins de la personne en face de moi (...) <b>L.124-125</b></p>	<p>En expliquant déjà, clairement, en disant au patient que dans le service, que dans l'équipe on travaille à plusieurs, que quand je peux donner des informations, j'en donne mais quand je ne les sais pas, je me réfère toujours à des personnes qui peuvent m'aider. <b>L.80-82</b> C'est un espace de libre échange et que à tout moment du parcours, il peut trouver quelqu'un, une écoute. Être disponible ça crée un climat de confiance et puis honnêtement le fait de pouvoir dire les choses telles qu'elles le sont et qu'il n'est pas de non-dit dans une relation. <b>L.82-85</b></p>	<p>(...) c'est du temps passé avec lui (...) <b>L.42</b> C'est plus vraiment de prendre le temps avec le patient (...) <b>L.44</b> (...) d'être vraiment à l'écoute de ce qu'il nous dit et de s'adapter vraiment à ça, d'être vrai (...) <b>L.45</b></p>	<p>Je pense que ça se fait sur la première intention, la première rencontre et tout le long du temps où on prend en charge le patient. <b>L.106-107</b> (...) je pense que pour se mettre cette confiance entre chaque, il faut être clair dans ses intentions, dans notre rôle, montrer qu'on est quelqu'un à l'écoute, quelqu'un qui est là pour la personne, qui écoute les besoins du patient qu'on a face à nous. <b>L.107-110</b> Je pense aussi, la confiance, tu peux l'avoir dès l'instant que tu montres que tu sais ce que tu fais avec la personne, ton métier tu le connais, montrer que tu es là pour la personne, présente, dans l'échange absolue. <b>L.110-112</b></p>

## Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

**Je soussignée** Samira HANNAOUI

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 :

Le mensonge dans le 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 20 mai 2024

Signature :

**Résumé :**  
**Le non-dit dans le soin :**

Au cœur de la dynamique délicate entre le soignant et le soigné, émerge une réalité complexe : « le mensonge ».

Lors de mes stages, j'ai pu constater cette situation que j'ai vécue à plusieurs reprises impliquant l'annonce du diagnostic d'une maladie.

Sans oublier que le patient a le droit à l'information, que veut dire informer ?

Il est alors important de se questionner sur les conséquences du mensonge et ses répercussions dans la relation soignant-soigné : en quoi le mensonge impacte-t-il la relation de confiance instaurée avec le patient ? À travers mes lectures, dans les domaines de l'anthropologie, de la philosophie et de la psychologie j'ai pu enrichir ma réflexion éthique sur le sujet. Je me suis appuyé sur la méthode clinique avec des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé dans un service de gériatrie, service de médecine et un service d'oncologie. Les résultats de cette analyse m'ont permis d'observer que l'équipe soignante utilise plus le non-dit que le mensonge envers les patients dans un contexte d'une demande de la famille ou quand le médecin n'a pas informé le patient sur sa maladie chronique. Cela impacte la relation de confiance entre le soignant et le patient.

Mots-clés : Mensonge ; Relation de confiance ; Relation soignant-soigné ; Diagnostic d'une maladie ; Information ; Non-dit ;

Nombre de mots : 199

**Abstract :**  
**The unspoken in the care**

At the heart of the delicate dynamic between the carer and the patient, a complex reality emerges: "the lie". During my works placements, I noticed something I frequently experienced involving the announcement of the diagnosis of an illness. Without forgetting that the patient has the right to information, what does mean to inform? It is therefore important to question the consequences of the lie and its repercussions on the relationship between the carer and the patient : to what extent does the lie impact the trusting relationship established with the patient ? Through my reading in the fields of anthropology, philosophy, and psychology, I could to enrich my ethical reflection on the subject. I relied on the clinical method with semi-structured interviews with healthcare professionals in a geriatrics department, a medical department, and an oncology department. The results of this analysis allowed me to observe that the healthcare team used more the unspoken than the lie to patients in a context of a family request or when the doctor did not inform the patient about his chronic disease. This impacts the trusting relationship between the carer and the patient.

Keywords : Lie ; Trusting relationship ; The relationship between the carer and the patient ; Diagnosis of an illness ; Information ; Unspoken

Number of words : 189