

Travail de fin d'étude :
Soigner avec et non pour



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 18 mai 2025

Directrice de mémoire : Mme SCHILTZ Sylvia

Note aux lecteurs et lectrices :

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

Remerciements

Je voudrais dans un premier temps remercier Madame Schiltz, ma directrice de mémoire pour son accompagnement précieux et ses conseils avisés. Merci pour votre patience, votre disponibilité, votre bienveillance, votre aide et vos encouragements qui m'ont permis d'aller au bout de ce travail avec confiance et rigueur.

Un grand merci à ma famille pour son soutien inébranlable et sa confiance en moi, qui m'ont aidé à persévérer lorsque le doute et la difficulté prenaient le dessus.

Un merci du fond du cœur à ma maman pour son amour inconditionnel. Je me suis accrochée aussi pour toi, pour te rendre fière, pour aller au bout de ce chemin avec la force et la détermination que tu m'as toujours inspiré.

Je souhaite également remercier mon copain. Merci d'avoir passé des heures interminables à me faire réviser, au point de connaître mes cours aussi bien que moi. Merci d'avoir cru en moi quand je n'y croyais plus. Ta patience, ta bienveillance et ta présence ont été ma plus grande force.

Merci à ma tante Laure, qui a toujours été là lorsque j'avais besoin d'orientations ou de conseils, tu n'as jamais hésité à me prêter ton expertise et à me guider avec bienveillance.

Merci à l'ensemble du corps pédagogique du GIPES d'Avignon. Merci à Madame Pons, ma référente pédagogique, pour son écoute attentive et ses efforts pour nous satisfaire dans le choix de nos terrains de stage, toujours présente pour nous accompagner du mieux possible.

Table des matières

1	Introduction	- 1 -
2	Situation d'appel	- 2 -
2.1	Description de la situation	- 2 -
2.2	Questionnement	- 3 -
3	Question de départ.....	- 5 -
4	Cadre de référence.....	- 6 -
4.1	La place du patient dans les soins	- 6 -
4.1.1	L'évolution du patient : de l'objet au sujet	- 6 -
4.1.2	Le patient, acteur de sa santé et architecte de son autonomie	- 7 -
4.1.3	La singularisation des soins	- 7 -
4.2	La relation soignant-soigné.....	- 8 -
4.2.1	Définition.....	- 8 -
4.2.2	La relation de confiance	- 11 -
4.2.3	La relation d'aide.....	- 13 -
4.2.4	Le principe d'Humanitude.....	- 15 -
4.3	Le consentement	- 16 -
4.3.1	Etymologie et définition	- 16 -
4.3.2	Cadre législatif.....	- 17 -
4.3.3	Consentement et autonomie	- 20 -
5	L'enquête exploratoire.....	- 21 -
5.1	Méthodologie de l'enquête	- 21 -
5.1.1	Méthode de recherche.....	- 21 -
5.1.2	L'outil	- 21 -
5.1.3	Population et lieux ciblé	- 21 -
5.1.4	Les lieux	- 22 -

5.2	Réalisation de l'enquête	- 23 -
6	Analyse des entretiens	- 26 -
6.1	Analyse par thématique	- 26 -
6.1.1	La place du patient dans les soins.....	- 26 -
6.1.2	Le consentement	- 30 -
6.1.3	La relation soignant-soigné	- 34 -
7	Problématique.....	- 36 -
8	Question de recherche	- 38 -
9	Conclusion.....	- 38 -
10	Bibliographie.....	- 39 -
11	Annexes	I
	Annexe I : Guide d'entretien	I
	Annexe II : Demande d'autorisation.....	II
	Annexe II.I : Demande d'autorisation Urgences et Soins de Longues Durées	II
	Annexe II.II : Demande d'autorisation Unité psychiatrique	IV
	Annexe III : Réponses des établissements	VI
	Annexe III.I : Réponses Urgences et Soins de Longues Durées	VI
	Annexe III.II : Réponses Unité psychiatrique	VIII
	Annexe IV : Retranscription des entretiens	X
	Annexe IV.I : Entretien 1 en psychiatrie	X
	Annexe IV.II : Entretien 2 en USLD	XIX
	Annexe IV.III : Entretien 3 en unité psychiatrique.....	XXIX
	Annexe IV.IV : Entretien 4 aux Urgences	XXXVII
	Annexe V : Grille d'analyse des entretiens.....	XLIV
	Annexe V.I : La place du patient dans les soins	XLIV
	Annexe V.II : Le consentement	XLIX

Annexe V.III : La relation soignant-soigné	LIX
Annexe V.I Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	LXV

1 Introduction

La société est en constante évolution, à ce jour, les droits des patients sont de plus en plus mis en avant. Carl Rogers nous rappelle que « *Si je me permets de comprendre vraiment une autre personne, il se pourrait que cette compréhension me fasse changer.* » (Carl Rogers, 2005, p.16). Je pense que dans le métier d'infirmière, il est essentiel de chercher à comprendre pleinement le patient, non seulement à travers son vécu, mais également en tenant compte de ses émotions, ses besoins et ses attentes. Cette approche holistique permet non seulement d'accompagner au mieux le patient en intégrant sa singularité, mais également de transformer notre propre manière de soigner.

Au cours de mes stages, j'ai pu observer diverses relations entre le soignant et le patient. J'ai pu remarquer que des difficultés émergeaient dans les situations où des problèmes de compréhension ou de communication se présentaient ou lorsque le patient refusait les soins. Ces observations m'ont également amené à me questionner sur mes propres interactions avec les patients et sur la profondeur de ma compréhension de leurs besoins et attentes ; « *ai-je vraiment compris le patient ?* »

La loi de 2002 sur les droits des malades en France a constitué un tournant en insistant sur l'importance de l'autonomie du patient et de sa participation active dans les décisions qui le concerne. Cependant, sur le terrain, la réalité peut parfois diverger de ces idéaux.

Le sujet de mon mémoire porte ainsi sur ces enjeux, à savoir la place du patient en tant que sujet actif dans sa prise en charge, le consentement et la relation soignant soigné. Ces notions sont d'une importance capitale dans le domaine des soins infirmiers, où le respect de l'autonomie et la qualité de la communication influencent directement le bien-être du patient et son engagement dans le processus de soin.

Je commencerai par vous présenter la situation d'appel qui a servi de point de départ à mon travail de recherche. A partir de cette situation j'ai pu me questionner et élaborer une question de départ. Par la suite, j'explorerai les différentes dimensions qui y sont liées. Enfin je confronterai mes recherches sur le terrain en interrogeant plusieurs soignants. J'analyserai ces différentes données afin d'en dégager une problématique et une question de recherche.

À travers mon travail, j'espère non seulement enrichir ma pratique professionnelle, mais aussi contribuer à une vision plus juste et respectueuse de la relation soignant-soigné, où le patient prend la place qui lui est due.

2 Situation d'appel

2.1 Description de la situation

Ma situation se déroule lors de ma deuxième semaine de stage au semestre 1 dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Au sein de cette résidence une unité de vie est dédiée avec PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés), accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ainsi, un séjour temporaire et un hébergement permanent sont proposés par l'établissement. Une cadre de santé, une infirmière, 7 aides-soignantes, une psychologue, un animateur et un kinésithérapeute prennent en charge 70 résidents quotidiennement.

Réalisant mon premier stage infirmier, la cadre de santé me propose d'effectuer deux semaines auprès des aides-soignants pour m'initier aux soins de bien-être et de confort, avant de m'orienter vers les infirmières.

Parmi ces résidents, Mme D âgée de 101 ans, atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde, une maladie dégénérative des articulations qui a progressivement limitée sa capacité à se déplacer de manière autonome. En raison de cette condition, elle est devenue moins mobile et passe désormais plus de temps alitée ou en position demi-assise. En conséquence, elle présente un risque élevé de rétention urinaire, une complication courante chez les personnes âgées alitées. En raison de ses limitations physiques et de sa dépendance élevée, Mme D participe peu aux activités en groupe. Cependant elle apprécie les moments de calme et de compagnie, où elle peut profiter de la présence des autres résidents et du personnel. Bien qu'elle ne puisse pas parler, Mme D communique principalement par des gestes et des expressions faciales, ce qui nécessite une attention particulière de la part du personnel soignant pour comprendre ses besoins et ses préférences. Mme D est décrite comme une personne discrète mais chaleureuse.

Un matin, lors des transmissions à 6h45, l'infirmière de nuit exprime le fait qu'elle n'a malheureusement pas pu trouver le temps nécessaire à la réalisation d'un sondage évacuateur pour Mme D. Sans expérience préalable de cette procédure, j'ai attendu la fin des transmissions

pour exprimer mon désir d'apprendre en observant le sondage urinaire. L'infirmière acquiesce d'un signe de tête, elle avait déjà préparé le matériel nécessaire au soin. Je l'accompagne alors jusqu'à la chambre de Mme D. Une fois sur place, elle ouvre la porte, je me présente à Mme D puisqu'il s'agit de notre première rencontre. Pendant ce temps l'infirmière organise son matériel avec une grande efficacité. Elle parle à Mme D mais celle-ci ne semble pas très réceptive, je me demande si la résidente a bien compris ce qu'il se passe. Est-ce que l'équipe lui a expliqué en amont que nous allions réaliser un sondage ? L'infirmière demande à Mme D d'écarter les jambes et de ne pas trop bouger, je remarque qu'elle n'attend pas explicitement le consentement de la patiente avant de procéder au soin. Mme D ferme les yeux, elle reste calme et ne tente pas de débattre ou de s'opposer aux soins.

Cette situation me met un peu mal à l'aise car je ne perçois pas d'échange significatif entre l'infirmière et Mme D. Je constate qu'il y a un manque d'interaction caractérisé par une absence d'échange qui aurait pu contribuer à créer un climat rassurant.

Une fois le soin terminé, l'infirmière me demande de réaliser un soin de nursing à Mme D et de l'installer confortablement. Elle prend quelques instants pour adresser un sourire à Mme D, dit au revoir et quitte la pièce. Quelque peu désorientée par le manque de communication entre l'infirmière et la résidente, je ressens le besoin d'expliquer à Mme D les raisons du sondage urinaire ainsi que le déroulement du soin que je vais effectuer. Mme D hoche la tête en signe d'approbation. Ainsi, je prends le temps de réaliser le soin de nursing à Mme D en veillant à lui apporter confort et respect à chaque étape. En réponse, elle m'offre un sourire chaleureux et pose sa main sur la mienne, geste que j'ai interprété comme un signe de gratitude.

2.2 Questionnement

Dans le cadre de mon stage en EHPAD, j'ai été confrontée à une situation qui m'a en effet interpellée et a suscité beaucoup d'interrogations et de questionnements.

Tout d'abord, je me suis interrogée sur le manque de communication entre le soignant et le soigné. Peut-être est-il lié à plusieurs facteurs notamment le processus de vieillissement de la résidente et ses éventuelles difficultés à communiquer. Mme D, âgée de 101 ans, peut avoir des altérations sensorielles ou cognitives, rendant la communication plus difficile. Son âge avancé peut également être associé à une diminution de sa capacité à exprimer ses besoins ou ses préoccupations. Est-ce que les changements liés à l'âge contribuent à cette difficulté de

communication ? Il est également possible que Mme D n'ait pas pleinement compris le déroulement du soin ; Comment pourrions-nous établir une communication significative avec Mme D lors des soins, malgré ses limitations, afin de lui assurer confort et compréhension ? Quels sont les freins à une communication efficace entre le soignant et le soigné et en quoi une communication adaptée peut contribuer à surmonter ces obstacles pour favoriser une relation de soin ?

Cette situation m'a conduit à réfléchir sur la relation de confiance entre le soignant et le soigné. J'ai été touchée par l'absence de cette confiance avec la résidente. Je me suis questionnée sur les moyens de rétablir cette confiance et également sur ce qui aurait pu être entrepris pour la maintenir. Si Mme D se sentait en confiance avec les soignants, elle serait probablement plus encline à participer activement aux soins. Ainsi, je me suis demandée si l'absence de communication et d'interaction ne pourrait pas créer une rupture de confiance. En outre, le travail quotidien en EHPAD et la familiarité avec les résidents ne risque-t-il pas de compromettre la qualité de la relation entre le soignant et le soigné ?

En plus des questionnements sur la communication et la confiance, une autre dimension cruciale de la relation de soin m'est apparue : celle du consentement. Je me suis interrogée sur la manière dont le consentement aux soins est sollicité malgré les difficultés de communication de Mme D. Dans un environnement tel qu'un EHPAD, où les résidents peuvent être confrontés à des altérations sensorielles ou cognitives, il est essentiel de veiller à ce que chaque soin soit effectué avec le consentement éclairé de la personne âgée. Mais comment obtenir ce consentement lorsque la communication verbale est limitée ou absente ? Comment les professionnels de santé peuvent-ils garantir le respect du consentement dans de telles conditions ?

Enfin, en me questionnant sur la communication, la confiance et le consentement dans le contexte de soin, j'ai réalisé que ces éléments étaient fondamentaux pour établir une relation de soin optimale. Mais qu'est qu'une relation de soin exactement ? Comment se construit-elle et quel rôle joue la communication et la confiance ? De plus, quels impacts ont-elles sur la qualité des soins prodigués à Mme D et sur son bien-être global ?

Un autre aspect qui a émergé de cette situation est sur la place de la singularité de la personne âgée en EHPAD. La situation que j'ai pu observer m'a permis de réfléchir et de conforter sur l'importance de traiter chaque résident comme une personne entière, avec une histoire, des

préférences et des besoins uniques. Par exemple, Mme D ne peut pas parler, mais elle communique par des gestes et des expressions faciales

Comment pouvons-nous, en tant que soignants, mieux intégrer la reconnaissance de la singularité de chaque résident dans notre pratique quotidienne ? Quels sont les moyens concrets pour éviter la banalisation des soins et garantir que chaque intervention respecte l'individualité du patient ?

3 Question de départ

J'ai choisi d'orienter ma question de départ sur la notion du consentement, la relation soignant-soigné et la communication en raison de leur importance cruciale dans la pratique infirmière. En tant que future professionnelle de santé, respecter le droit des patients à être informés et à participer activement à leur propre prise en charge est selon moi un point clé. De même, je suis convaincue que la qualité des soins dépend en grande partie de la relation établie entre le soignant et le patient notamment dans un contexte comme celui de l'EHPAD où les résidents peuvent être particulièrement vulnérables. Enfin, la communication adaptée est tout aussi importante afin d'assurer une prise en charge personnalisée et une compréhension mutuelle. C'est donc à partir de cela que naît ma question de départ :

« En quoi la recherche du consentement dans le soin permet-elle de redonner au patient sa place de sujet ? »

4 Cadre de référence

4.1 La place du patient dans les soins

4.1.1 L'évolution du patient : de l'objet au sujet

Auparavant, la médecine était « *comprise comme pure gestion des corps frustrés de leur reconnaissance personnelle ("corps sans parole")* » (Xavier Dijon cité par Béatrice Birmelé, 2011, p.43). Dans cette perspective, nous comprenons que le point de vue du patient n'était pas pris en compte. Comme le dit clairement Béatrice Birmelé ; « *Le médecin prescrivait, le malade subissait et suivait les prescriptions.* » (Béatrice Birmelé, 2011, p.24). La relation médecin-patient est dissymétrique dans la mesure où le médecin est celui qui « sait », perçu en tant qu'expert et le patient doit lui faire confiance aveuglément sans forcément être inclus dans la prise de décision.

Cette vision a pu évoluer afin de reconnaître le patient non plus comme un récepteur de soins, mais comme un sujet à part entière dans sa prise en charge. L'article L 1111-4 du Code de la santé publique dispose que « *le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* ». De cette façon, le médecin confère au patient l'autonomie de ses choix et se doit de respecter sa décision.

Paul Ricoeur cité par Claire Marin définit la médecine comme « *une pratique d'un genre particulier* » (Paul Ricoeur cité par Claire Marin, 2015). Il précise que cette pratique a pour objet un corps, qui n'est pas seulement « *un objet d'investigation observable* », mais « *la chair d'un être personnel* ». Ainsi, le patient est maintenant considéré comme un sujet, capable de participer à sa prise en charge. Béatrice Birmelé nous le rappelle en affirmant que « *le malade est au centre de la relation. Il est un être humain avec son visage, sa dignité, son unicité, son caractère irremplaçable, son histoire, ses soucis et joies quotidiens.* » (Béatrice Birmelé, 2011, p.176). Cette citation démontre bien l'évolution de la place du patient. Sa dignité est prise en compte, le patient est considéré dans sa singularité, en tant qu'individu unique, avec des particularités propres, des émotions.

Claire Marin étaye les propos précédents en déclarant que « *L'individu qui fait l'objet de soin n'est pas un objet de soin, mais reste et doit rester, s'il s'agit véritablement de soin, un sujet* ». (Claire Marin, 2013, p.53)

En somme, l'évolution du modèle médical implique une dimension humaine et subjective du soin.

4.1.2 Le patient, acteur de sa santé et architecte de son autonomie

Avec la reconnaissance du patient comme sujet vient également la notion de patient actif, impliqué dans sa propre santé. Paul Ricoeur le souligne en précisant que la médecine a pour objet « *la santé d'un sujet qui ne veut pas seulement être patient mais qui demande aussi à être agent de sa propre guérison ou de sa rémission* » (cité par Claire Marin, 2015).

Notre rôle en tant que soignant est par conséquent d'accompagner le patient afin qu'il puisse devenir acteur de sa santé. Hugues Lefort et Thérèse Psiuk définissent l'accompagnement comme « *se joindre à quelqu'un (dimension relationnelle) pour aller où il va (dimension temporelle et opérationnelle) en même temps que lui : à son rythme, à sa mesure, à sa portée. Tel est le principe de base : l'action se règle à partir de l'autre, de ce qu'il est, de là où il en est.* » (Hugues Lefort et Thérèse Psiuk, 2019, p.68). Ainsi, l'accompagnement est un processus où le soignant se joint au patient et ajuste ses actions, son intervention en fonction du point de départ, des capacités et du rythme de progression de celui-ci. L'accompagnement permet une collaboration entre soignant et soigné où le soigné est engagé dans les décisions concernant les choix qui le concerne, il est placé au centre du processus de soin.

À travers cet accompagnement, le patient pourra développer son autonomie car elle se construit à travers les interactions. En effet, la relation humaine est essentielle à l'existence individuelle, comme l'exprime Philippe Barrier « *L'individu a constamment besoin des autres pour avancer sur ce chemin de l'autonomie* » (Philippe Barrier, 2014, pp.9-10). Autrement dit, l'autonomie ne se développe pas dans l'isolement, le soutien des soignants permet au patient de progresser en s'engageant pleinement dans sa prise en charge.

4.1.3 La singularisation des soins

Comme dit précédemment, le patient est unique et doit donc être perçu comme un individu à part entière. Il est donc important de prendre en considération la singularité de chaque patient

dans toute approche de soins. La notion de singularité renvoie à l'idée que chaque personne est particulière, avec sa propre histoire, son propre ressenti, ses besoins, ses envies même si elles ont en commun des pathologies ou des problèmes similaires. Lacan affirme d'ailleurs que « *La trace de cet échec à loger sa singularité dans le commun fait le style de chacun* » (Lacan, 2008, p.57). En d'autres termes, si deux personnes sont exposées aux mêmes difficultés, leurs réactions différeront en fonction de leur histoire, leur environnement, leur caractère... Ainsi, un soin qui méconnaîtrait cette singularité risquerait de passer à côté de ce qui fait réellement la personne. C'est pour cette raison que les soins doivent être personnalisés en tenant compte de l'individualité du patient et que les professionnels de santé ne doivent pas se contenter d'appliquer mécaniquement des normes et des protocoles. Il convient donc de personnaliser les soins pour s'adapter aux besoins de chaque patient. La singularité de chacun doit se refléter dans la manière dont les soins sont prodigués.

C'est en prenant en compte chaque individu dans sa globalité, en reconnaissant sa spécificité, que l'on peut véritablement soigner de manière humaine, respectueuse et éthique. Les soins ne doivent pas être pensés de manière uniforme, mais doivent s'adapter aux besoins uniques de chaque patient. C'est dans cette approche personnalisée que réside la véritable efficience du soin.

La nécessité d'une prise en charge centrée sur la place du patient comme acteur de sa propre santé, amène à s'intéresser à la relation entre le soignant et le soigné. Cette relation est au cœur du chemin vers l'autonomie du patient. C'est dans le cadre de cette interaction que se construisent la confiance ainsi que le respect mutuel, deux éléments indispensables pour permettre au patient de s'exprimer librement et de jouer un réel rôle lors de sa prise en charge.

4.2 La relation soignant-soigné

4.2.1 Définition

Comme nous avons pu le voir dans la partie précédente, autrefois, l'accent était davantage mis sur les techniques, les protocoles et les outils des soins, plutôt que sur les aspects relationnels. Aujourd'hui, le relationnel est mis au premier plan. Afin de mieux comprendre la complexité de la relation soignant-soigné, il est essentiel de s'interroger de prime abord sur les différentes notions.

Selon A. Manoukian, la notion de relation est définie comme une « *rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (A. Manoukian, A. Massebeuf, 2008, p.9). Cette rencontre ne se limite pas à l'interaction entre deux individus, elle inclut également le contexte « *qui permet à chacun de déduire un sens* ». Ce contexte englobe tous les aspects qui influencent la manière dont les personnes perçoivent et interprètent leur interaction. A. Manoukian exprime que l'affectivité est un élément central de la relation car « *elle est au cœur des relations, soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire* » (A. Manoukian, A. Massebeuf, 2008, p. 9). En d'autres termes, les sentiments et les émotions sont importants pour construire, maintenir ou mettre fin à une relation. D'une part, elle établit des liens solides par le partage d'émotions positives comme l'amour, la joie, l'empathie. D'autre part, lorsque les sentiments sont négatifs comme la déception, la colère, ils peuvent fragiliser ces liens ou mener à des ruptures. Dans le cadre des soins, la relation est indissociable de l'acte de soigner. A. Manoukian et A. Massebeuf le soulignent en exprimant que « *le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation* » (A. Manoukian, A. Massebeuf, 2008, p. 8). En ce sens, Eva-Johanna Nitschelm renforce cette idée en affirmant que « *prendre le temps de rencontrer la personne, c'est déjà être dans le soin* » (Eva-Johanna Nitschelm, 2015, p.48). Par les exemples cités précédemment, nous comprenons que la notion de relation implique bien plus que de simples interactions entre individus. Le contexte joue un rôle important car il inclut le vécu des personnes impliquées, ainsi que l'état émotionnel au moment de la rencontre. Ces éléments sont essentiels car ils façonnent la manière dont chaque personne comprend et donne du sens à une relation.

Le soignant, tel que défini par Walter Hesbeen, est « *un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins* ». (Walter Hesbeen, 2007). Cette définition élargit la conception du soignant au-delà des simples gestes techniques, mettant en avant l'importance de la dimension humaine dans le soin. Eva-Johanna Nitschelm renforce cette idée en évoquant que « *Le soignant est là pour soigner, apaiser, accompagner le patient dans la maladie.* » (Eva-Johanna Nitschelm 2015, p.47). Selon Winnicott, cette approche relationnelle est également essentielle car il exprime que le devoir du soignant est de « *protéger ses patients de l'imprévisible* » (Winnicott cité par Claire Marin, 2015, p.53). Cette idée renvoie au fait que le soignant doit également faire preuve d'humanité, de protection et de bienveillance à l'égard du patient qu'il prend en charge.

Le soigné, communément appelé « patient », provient du latin « *patiens* » qui signifie « *éprouver, souffrir* ». Le dictionnaire Larousse définit le soigné comme une « *personne qui reçoit des soins* ». Cette définition établit un cadre de base pour comprendre la relation entre le soignant et le soigné. Agata Zielinski précise que le « patient » connaît une « *diminution du pouvoir dire, du pouvoir faire, du pouvoir (se) raconter, du pouvoir de s'estimer soi-même comme agent moral* » (Agata Zielinski, 2011, p.9). Ainsi, on comprend que le patient est vulnérable temporairement et nécessite une assistance pour retrouver son autonomie. En somme, le terme « soigné » englobe les aspects médicaux mais également psychologiques et émotionnels.

La relation soignant-soigné se révèle être à la fois complexe et indispensable. Elle est unique et singulière. Chaque interaction est marquée par un engagement profond, une attention particulière ainsi qu'une certaine empathie. Elle repose sur une rencontre humaine entre le soigné et le soignant, ce dernier doit apporter stabilité et constance au patient. Le soignant doit donc mettre en œuvre ses compétences techniques tout en faisant preuve d'une grande humanité afin de collaborer avec le soigné dans un cadre de respect mutuel. L'objectif de cette démarche est de guider le patient vers une pleine autonomie, tout en tenant compte de sa vulnérabilité temporaire. Cette relation, loin d'être un simple échange fonctionnel, implique une réelle reconnaissance de l'autre en tant qu'être humain à part entière.

Dans la relation de soin, Monique Formarier a identifié sept types de relations.

- “*La relation de civilité*” : Caractérisée par une interaction sociale de base, régie par des codes culturels et sociaux. Elle se manifeste par des échanges formels entre patient et soignant, politesse et courtoisie. Elle est nécessaire pour établir un contexte respectueux et un climat de confiance.
- “*La relation de soins*” : Développée principalement dans le cadre de soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur l'acte médical avec un échange d'informations entre le soignant et le patient.
- “*La relation d'empathie*” : Dans cette relation, le soignant tente de comprendre le monde intérieur du patient tout en maintenant une certaine distance émotionnelle.
- “*La relation d'aide psychologique*” : Relation à visée thérapeutique destinée à aider le patient dans des moments difficiles.

- “*La relation thérapeutique*” : Spécifiquement utilisée avec des patients souffrant de troubles mentaux. Elle vise à soigner le patient à travers un projet thérapeutique.
- “*La relation éducative*” : Dans cette relation, le soignant joue un rôle d’éducateur dans le but de modifier le mode de vie du patient. Le soignant aide le patient à acquérir des connaissances et des compétences nécessaires pour gérer sa condition.
- “*La relation de soutien social*” : Se concentre sur le soutien que le soignant peut apporter au patient et à sa famille. Le soutien peut être émotionnel, d’estime, matériel et financier et informatif.

A travers ces différentes relations, Monique Formarier illustre l’étendue du travail relationnel des soignants en fonction des situations de soins qu’ils peuvent rencontrer.

4.2.2 La relation de confiance

“*Le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s’établir sans confiance*” (Laurence Lagarde-Piron, 2016, p. 244). C’est par cette citation de Laurence Lagarde-Piron que j’introduirai la notion de relation de confiance. La confiance est un pilier de la relation soignant-soigné, ce n’est pas seulement une formalité ou une forme de politesse.

Le terme “confiance” vient du latin « *confidere* » et est défini par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales comme une « *croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d’une autre personne, qui fait que l’on est incapable d’imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* ». En d’autres termes, il s’agit de croire en la compétence et l’intégrité du soignant au point de ne pas envisager la possibilité d’une tromperie ou d’une négligence. Comme le souligne Frédéric Worms « *Il ne s’agit pas pour nous d’avoir plus ou moins « confiance » dans le soin ; le soin est tout entier ce à quoi nous nous remettons, ce sur quoi nous nous appuyons, ce en quoi nous plaçons notre confiance sinon notre « foi »* ». (Frédéric Worms, 2015, pp.39-40). Ainsi dans sa vulnérabilité et son incertitude, le patient est conduit à confier au soignant une confiance profonde et totale, le terme “foi” employé par Frédéric Worms, illustre clairement l’intensité de cette confiance.

Le soignant se doit donc de consacrer une attention minutieuse afin de ne pas faire preuve de “tromperie” ou de “négligence”, même involontairement, sous peine de perdre cette confiance. La relation de confiance est un engagement réciproque : “*En donnant sa confiance, le patient attend en retour que son engagement ne soit pas déçu*” (Laurence Lagarde-Piron, 2016, p. 249).

Laurence Lagarde-Piron insiste sur le fait que la confiance ne se limite pas uniquement à l'espoir que le soignant agira toujours de manière éthique, mais comprend également l'engagement du patient à suivre les conseils et traitements proposés. Cette confiance établit un cadre dans lequel le patient peut éprouver sérénité et sécurité, déchargé de doutes et de craintes : *« La confiance est ce qu'il éprouve lorsque rien ne l'incite à douter ou à penser que le soignant peut le trahir ou faire preuve de malveillance »* (Lagarde-Piron, 2016, p. 245).

Dans la revue *« La clé des soins relationnels : la sollicitude au chemin au domicile »*, Cécile Furstenberg distingue huit éléments nécessaires à la construction d'une relation de confiance entre le soigné et le soignant que je définirai par :

- *« La chaleur »* : le soignant doit se montrer bienveillant et accueillant envers le patient afin que celui-ci se sente en sécurité et rassuré.
- *« L'écoute »* : le soignant prête attention de manière active à ce que le patient exprime.
- *« La disponibilité »* : être disponible, c'est-à-dire être présent physiquement et émotionnellement pour le patient.
- *« La simplicité »* : le soignant doit agir avec modestie, employer un langage adapté.
- *« L'humilité »* : le soignant doit reconnaître ses propres limites et admettre ses erreurs. C'est la qualité de ne pas se considérer supérieur au patient, ce qui permet d'établir des relations symétriques.
- *« L'authenticité »* : le soignant doit être sincère dans ses actions et ses paroles.
- *« L'humour »* : le soignant aborde les difficultés avec une perspective plus positive sans être sarcastique ni blessant.
- *« La compassion »* : le soignant ressent et partage la souffrance de l'autre, tout en cherchant à apporter réconfort et soutien. C'est une forme d'empathie.

Ces dimensions relationnelles créent un environnement favorable au bien-être du patient où celui-ci va se sentir en sécurité, valorisé, compris et en confiance. Lorsque ces éléments sont présents, ils facilitent l'émergence d'une relation d'aide efficace. Ce cadre est ainsi essentiel afin de permettre une véritable relation d'aide, qui prend racine dans cette confiance mutuelle.

4.2.3 La relation d'aide

Carl Rogers cité par Monique Formarier définit la relation d'aide par *“une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes”* (Carl Rogers cité par Monique Formarier, 2007, p.38). De cette manière, la relation d'aide ne peut pas être efficace sans une relation de confiance, car c'est cette confiance qui va permettre au patient de s'exprimer librement, sans crainte de jugement ou de pression. Il faut accompagner le patient là où il souhaite aller sans rien lui imposer, ce qui n'empêche pas de lui donner des conseils ou de lui proposer des alternatives.

Pour Hétu la relation d'aide est *“une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même. Dans cette expérience unique de liberté émotionnelle complète, dans un cadre bien défini, le client est libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions et ses structures, qu'elles soient positives ou négatives, mieux que dans une autre relation.”* (Hétu, 1986, p.31). La définition de Hétu renforce la perspective de Carl Rogers selon laquelle la confiance est essentielle dans la relation d'aide.

Selon Françoise Molière, Carl Rogers énonce qu'il y a quatre attitudes non directives nécessaire pour établir une relation d'aide que l'on peut définir par :

- *“L'empathie”* permet au soignant de comprendre profondément les sentiments et émotions du patient.
- *“L'écoute active”* renforce cet environnement de liberté émotionnelle.
- *“Le non-jugement”* permet au patient de se sentir libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions, sans peur d'être jugé.
- *“La congruence”* est essentielle pour établir une relation authentique et sincère, le soignant se présente de manière vraie et transparente : Le soignant reste authentique et transparent dans ses interactions. (Carl Rogers cité par Françoise Molière, 2012, p.63)

En intégrant ces attitudes, une relation d'aide peut se développer car elles créent un environnement propice à l'ouverture et à la confiance. Elles facilitent un échange constructif où le patient se sent valorisé et compris.

Afin d'aider les soignants à se questionner sur leur propre pratique et leur attitude dans la relation d'aide, Carl Rogers conseille de se poser une série de dix questions introspectives.

- *“Suis-je authentique ?*
- *Ai-je bien conscience de moi ?*
- *Suis-je capable de relations positives ?*
- *Ai-je la force d'être distinct ?*
- *Ai-je assez de sécurité intérieure pour laisser l'autre libre ?*
- *Ma compréhension empathique, jusqu'où peut-elle aller ?*
- *Puis-je accepter l'autre tel qu'il est ?*
- *Puis-je lui apporter la sécurité dans notre relation ?*
- *Suis-je sans jugement ni évaluation ?*
- *Puis-je voir l'autre comme une personne en développement ?”* (Carl Rogers cité par Monique Formarier, 2007, p.38)

Ces questions permettent aux soignants d'évaluer leur propre authenticité, leur capacité à établir des relations positives et leur aptitude à offrir un soutien sans jugement et sécurisant. Cette réflexion permet également d'éviter les projections personnelles et de maintenir une relation centrée sur le patient. Plus simplement, ces questionnements favorisent l'amélioration des soignants dans leur approche.

En prenant le temps de s'interroger, le soignant renforce non seulement sa posture dans la relation d'aide, mais il cultive également les bases d'une relation profondément respectueuse et humaine. Cette capacité à se centrer sur l'autre tout en restant ancré dans ses propres valeurs et compétences trouve un écho direct dans le principe d'humanité.

4.2.4 Le principe d'Humanitude

L'Humanitude est une approche de soins centrée sur la bientraitance des personnes âgées notamment dans les établissements de soins. Cette méthode, développée par Yves Gineste et Rosette Marescotti, place le respect des droits humains et la dignité de chaque individu au cœur des pratiques soignantes. Ainsi, chaque personne, indépendamment de sa condition psychique ou physique, doit être traitée avec la plus grande considération et humanité. Selon le site officiel du Label Humanitude, les cinq principes de l'Humanitude incluent :

- « *Respect de la singularité et de l'intimité*
- *Zéro soin de forces sans abandon de soin*
- *Lieu de vie, lieu d'envies*
- *Vivre et mourir debout*
- *Ouverture vers l'extérieur »*

A travers ces principes on comprend d'emblée que cette approche permet à chaque individu de vivre selon ses aspirations, en restant en lien à la société jusqu'à la fin de sa vie.

Yves Gineste et Rosette Marescotti définissent l'Humanitude comme « *l'ensemble des particularités qui permet à l'homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité... et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité* » (cité par Catherine Defresne, 2012, p. 313).

Dans la méthodologie de soin d'Yves Gineste et de Rosette Marescotti, le regard, la parole et le toucher sont des éléments clés pour établir une relation soignant-soigné respectueuse et adaptée.

Le regard est primordial pour établir une connexion rassurante avec le patient. C'est pourquoi, le soignant doit être attentif au type de regard qu'il utilise car il peut avoir un impact significatif sur la perception du soin par le patient. Il existe certain type de regard à adopter en tant que soignant afin que les contacts visuels, primordiaux à la relation soignant soigné, soit adapté à la situation. Un « *regard axial, horizontal, long et proche* » (Laurence Luquel, 2008, p.168) c'est-à-dire regarder le patient face à lui, sans déviation vers les côtés, le haut ou le bas, maintenir un contact visuel prolongé, éviter les regards brefs et proches.

Lorsque le soignant s'adresse au patient de manière verbale, le patient peut répondre verbalement ou non verbalement, qualifié par le terme « *feedback* ». En l'absence de feed-back,

c'est-à-dire en l'absence de réponse de la part du patient, il convient aux soignants d'utiliser la méthode « *d'auto feed-back* ». Le soignant énonce et décrit « *tous les gestes de soin : expliquer avant de faire, expliquer en le faisant* » (Laurence Luquel, 2008, p.168) ce qui permet d'alimenter la communication et de ne pas surprendre le patient.

Le dernier élément qui aboutit à la relation est le toucher. Il existe 4 types de toucher lors des soins selon la méthodologie Gineste Marescotti ;

- Le « *toucher professionnel* » vise à respecter la dignité et le confort du patient. Le but est de privilégier la « *saisie en berceau* » afin de répartir uniformément la pression exercée sur le corps du patient.
- Le « *toucher progressif* » aborde le corps du patient de manière graduelle. Le soignant commence par toucher la main par exemple afin d'éviter de toucher directement une zone sensible ou intime.
- Le « *toucher permanent* » repose sur la continuité du contact physique tout au long du soin.
- Le « *toucher pacifiant* » permet d'effectuer un soin avec des gestes « *doux et vastes* », couvrant de grandes parties du corps en un seul mouvement. Il vise à apaiser le patient.

Après avoir approfondi la relation soignant-soigné, il est important de considérer le consentement, qui représente la pierre angulaire de cette dynamique. En effet, le consentement représente bien plus qu'une obligation légale, il est un véritable instrument de réaffirmation de la place du patient en tant que sujet actif de sa santé. Le recueil du consentement permet de préserver la dignité du patient, de renforcer son autonomie et de le replacer au cœur du processus décisionnel.

4.3 Le consentement

4.3.1 Etymologie et définition

Dans la médecine hippocratique, le concept du consentement n'était pas présent. En effet, Hippocrate, considéré comme le « *père de la médecine* », pratiquait un modèle paternaliste. Selon ce modèle, le médecin décidait des soins sans demander l'avis du patient considérant celui-ci comme incapable de prendre des décisions. « *[...] Je dirigerai le régime des malades*

à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice [...]. » (Cité par Marc-Félix Civil, 2017, p.27)

Avec l'évolution des droits humains, le concept de « consentement éclairé » a émergé. Ce principe est devenu essentiel dans la médecine moderne et exige que les médecins obtiennent l'accord éclairé des patients avant de procéder à tout traitement ou intervention.

En 1996, le serment d'Hippocrate est mis à jour, introduisant le respect de la volonté du patient ; « [...] *Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. [...]* » Ce changement marque une transition significative vers un modèle de soin plus respectueux des droits et de l'autonomie du patient.

Selon le dictionnaire Le petit Robert, le consentement est aujourd'hui défini par une « *Acquiescement donné à un projet ; décision de ne pas s'y opposer* ». Cette définition donne un sens large de ce qu'est le consentement et de la manière dont il se manifeste. Cependant, cette simple définition peut sembler assez floue dans un contexte médical, c'est pourquoi le droit vient préciser cette notion de consentement.

Ainsi, la place du consentement dans les soins apportés au patient a grandement évolué. Au départ quasiment inexistant, le consentement est petit à petit apparu comme un élément important dans la relation soignant soigné jusqu'à devenir un élément central de la prise en charge du patient. Aujourd'hui, cette notion ne se limite plus à une simple formalité ; elle s'inscrit dans un cadre législatif précis qui en définit les modalités et les exigences.

4.3.2 Cadre législatif

Le consentement en droit de la santé en France a évolué considérablement, passant d'un élément secondaire à un principe fondamental des droits du patient. Le cadre législatif du consentement en droit de la santé en France repose sur plusieurs articles du Code de la Santé Publique (CSP) et du Code Civil, particulièrement renforcé par la loi du 4 mars 2002, connue sous le nom de loi "Kouchner".

L'article L111-2 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus*

». Cet article est essentiel pour comprendre la notion de consentement en droit de la santé, il indique les informations qui doivent être transmises au patient avant que ce dernier donne ou non son consentement. Si une ou plusieurs des informations présentes dans cet article ne sont pas transmises au patient par le professionnel de santé, son consentement ne pourra pas être considéré comme libre et éclairé.

L'article L111-4 du code de la santé publique donne d'ailleurs quelques précisions quant à la manière dont le consentement du patient est encadré. Dans son premier alinéa, l'article L111-4 du code de la santé publique dispose que « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». Cet alinéa fait directement écho à l'article L111-2 du code de la santé publique en évoquant les informations que le professionnel de santé doit fournir et suite auxquels le patient pourra donner ou non son consentement.

Les alinéas 2 et 3 du même article disposent que : alinéa 2 : « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.* »

Alinéa 3 : « *Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable.* »

Ces alinéas précisent la liberté du choix dont dispose le patient et du respect que le professionnel de santé doit avoir envers le choix du patient, tout en s'assurant que ce dernier ne mette pas sa vie en danger.

L'alinéa 4 de l'article L111-4 du code de la santé publique dispose que : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* »

Cet alinéa introduit la notion de consentement « libre et éclairé », qui signifie que le patient a reçu toutes les informations et précisions le concernant et grâce auxquelles il est en mesure de donner ou non son consentement en ayant pleine conscience de son choix. Si une ou plusieurs de ses informations venaient à manquer, son consentement ne serait pas considéré comme libre

et éclairé et serait donc vicié car il n'aurait pas pleine conscience de la situation et son choix pourrait ne pas être le même avec ou sans les informations manquantes.

Cet article L111-4 du code de la santé publique est donc indispensable pour comprendre comment le consentement du patient est encadré. Cet article apporte des précisions et des notions quant au consentement du patient et accorde une grande importance à la sécurité du patient en évoquant par exemple un « *suivi du malade* » (alinéa 2), ou encore la nécessité pour le patient de « *réitérer sa décision dans un délai raisonnable.* » (alinéa 3) si son choix met sa vie en danger.

Cette recherche du consentement du patient, du respect de son choix et de l'attention prêtée à sa sécurité est également évoquée à l'article 36 alinéa 1 et 2 du code de déontologie médicale qui dispose que « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.*

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.
»

Le code de la santé publique prévoit que cet article 36 du code de déontologie médicale s'applique également au corps infirmier avec l'article R4312-14 alinéa premier du code de la santé publique qui dispose que « *Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur.* ». Avec cet article, le corps infirmier se doit donc de respecter toutes les règles et encadrements juridiques concernant le consentement du patient, en accord avec les médecins concernés par la prise en charge.

Le respect du corps humain et du consentement est également évoqué dans le Code Civil, tout d'abord de manière générale avec l'article 16 qui dispose que : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.* » Cet article introduit donc le respect de l'être humain et de son corps afin d'assurer à tout citoyen de vivre dans le respect de sa personne.

L'article 16-3 du Code Civil apporte donc quelques précisions sur le sujet. Cet article dispose que : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.* »

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement or le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Cet article est d'une importance majeure afin de déterminer la place du respect de la personne dans le domaine médical. Avec cet article, le professionnel de santé a la possibilité de porter atteinte à l'intégrité du corps du patient si cela est nécessaire à sa prise en charge. En revanche, le deuxième alinéa de cet article mentionne tout de même la notion de consentement qui doit être donné par le patient avant toute intervention, consentement qui est expliqué et encadré par les articles cités précédemment.

À travers ces différents articles, le droit et la loi ont encadré la notion de consentement du point de vue du patient mais aussi des professionnels de santé en essayant de trouver un équilibre entre respect des choix du patient et garantie de sa santé et de sa sécurité.

4.3.3 Consentement et autonomie

Le consentement n'est pas seulement une obligation légale, c'est un principe fondamental de l'autonomie pour les patients. La notion d'autonomie se définit par l'« *Indépendance ; possibilité d'agir sans intervention extérieure* » (Dictionnaire de l'académie française) . Le patient autonome est alors dans la capacité de donner son consentement ou non dans les choix concernant sa santé. En reconnaissant le patient comme acteur de ses soins, le consentement traduit le respect de sa capacité à réfléchir, à établir une balance bénéfice-risque afin de faire un choix en accord avec ses convictions personnelles.

L'autonomie de ce dernier peut, dans certains cas, entrer en « conflit » avec le principe de bienfaisance. La bienfaisance est « *le fait de faire le bien – il s'agit, plus précisément, de fournir à l'autre un bénéfice ou tout au moins un équilibre entre les bénéfices et les dommages.* » (SFAP cité par Beauchamps et Childress, 2021). Les soignants sont guidés par ce principe qui vise à agir dans l'intérêt du patient. Ainsi, la perception de « bien faire » par le soignant peut être en opposition avec celle du patient. Hors, comme évoqué précédemment, il est primordial de

respecter l'autonomie du patient qui a le droit de prendre des décisions même si elles semblent contraires à son intérêt médical.

Dans le cas où l'autonomie est altérée, où le patient est vulnérable, le consentement doit être adapté afin de respecter au maximum son autonomie. Dans ces situations, la personne de confiance joue un rôle important. Elle est désignée par le patient et est consultée lorsque celui-ci n'est plus en capacité d'exprimer ses volontés. La personne de confiance sert alors de relais afin d'exprimer les volontés du patient.

5 L'enquête exploratoire

5.1 Méthodologie de l'enquête

5.1.1 Méthode de recherche

Dans le cadre de mon travail de recherche, j'ai réalisé mon enquête exploratoire en adoptant une méthode clinique qui m'a permis d'étudier les expériences individuelles des infirmiers et infirmières, en analysant leurs vécus, perceptions et comportements dans des situations concrètes. C'est une approche qualitative, souvent introspective qui s'intéresse à la singularité de chaque individu.

5.1.2 L'outil

Concernant l'outil, j'ai souhaité mener des entretiens semi-directifs. Cet outil m'a permis d'explorer les différentes notions de mon cadre de référence en raison de sa capacité à équilibrer structure et flexibilité. Le guide d'entretien (Cf Annexe I) m'a permis de maintenir une ligne directrice tout au long des échanges de manière structurée et approfondie. De plus, les soignants ont tout de même pu s'exprimer librement. Avec leurs accords, j'ai pu enregistrer les entretiens afin de faciliter leur retranscription dans mon mémoire de façon anonyme.

5.1.3 Population et lieux ciblé

J'ai choisi de questionner une population variée d'infirmiers et d'infirmières (IDE), sans distinction de genre, afin de recueillir des perspectives diversifiées sur les notions de relation soignant-soigné, du consentement et de la place du patient. Mon objectif est d'inclure à la fois des jeunes diplômés et des IDE plus expérimentés.

En choisissant de rencontrer des jeunes diplômés, j'ai pu bénéficier de leur regard nouveau sur les pratiques actuelles et des connaissances récentes acquises lors de leur formation. Ils ont été formés aux dernières avancées théoriques et techniques en matière de soins, ce qui leur permet d'apporter une perspective innovante sur des sujets tels que la relation soignant-soigné, le consentement et la place du patient. De plus, leur manque d'expérience longue peut parfois être un atout, car ils n'ont pas encore adopté certaines habitudes qui pourraient influencer leur approche des soins.

D'un autre côté, je souhaite également interviewer des IDE plus expérimentés, car leur parcours professionnel leur a permis d'acquérir des compétences et des connaissances qui vont au-delà de leur formation initiale, se fondant davantage sur l'expérience accumulée au fil des années et sur les enseignements tirés directement de leur vécu professionnel.

5.1.4 Les lieux

Concernant les lieux d'entretien, j'ai pu interroger des soignants dans différents environnements afin d'étudier les diverses prises en charge qu'ils proposent. Cette approche m'a permis de comparer les pratiques et d'observer comment les relations soignant-soigné évoluent selon le contexte. En interrogeant des professionnelles dans différentes structures, j'ai pu voir comment la place du patient est perçue et intégrée dans chaque cadre. De plus, à travers cette diversité j'ai pu également constater la manière dont est abordé et réfléchi le consentement.

De ce fait, j'ai mené quatre entretiens auprès des services suivants :

- Les urgences : Aux urgences, le soignant doit rapidement instaurer un climat de confiance et bien communiquer avec le patient afin qu'il se sente en sécurité et rassuré malgré la pression de la rapidité et l'urgence des situations. Il est important que, même dans ces circonstances, le patient ne soit pas réduit à un objet de soin. Le soignant doit le considérer comme un sujet à part entière, en étant attentif à son consentement. Cela implique d'écouter les choix et les préférences du patient, même lorsque le temps est compté, afin de respecter pleinement son autonomie dans le processus de soin. Ainsi, par le biais de ce service, je vais pouvoir comprendre comment les IDE naviguent entre l'urgence de la situation et le respect des droits du patient, ainsi que la manière dont ils perçoivent la place du patient en tant que partenaire dans le processus de soin.

- Unité de psychiatrie : accueil crise fermé : Ce choix est motivé par la complexité particulière de la relation soignant-soigné dans ce type d'unité. Les patients peuvent présenter des symptômes tels que des hallucinations, des délires ou des altérations de la perception de la réalité, ce qui peut rendre la communication et l'établissement d'une relation de confiance potentiellement difficile. Dans certains cas, ces difficultés rendent la relation encore plus importante, car une alliance thérapeutique solide peut aider le patient à se stabiliser et à mieux adhérer aux soins. De plus, la question du consentement est également essentielle dans ce contexte. Certains patients peuvent avoir du mal à comprendre pleinement leur traitement en raison de la nature de leur pathologie, tandis que d'autres, bien qu'en pleine possession de leurs moyens cognitifs, refusent simplement de suivre le traitement proposé. Cela pourrait poser des problèmes éthiques pour les soignants, qui doivent respecter le droit du patient qui est maître de son propre corps tout en veillant à sa sécurité et à son bien-être.
- USLD : C'est un lieu de vie où les infirmiers et infirmières sont présents au quotidien pour accompagner les résidents sur le long terme. Cette proximité permet de tisser une relation soignant-soigné particulièrement solide car le temps passé ensemble favorise la création de liens de confiance. Cependant, cette continuité peut également conduire, parfois inconsciemment, à une certaine routine dans les gestes et les soins, où les interventions deviennent automatiques. Cette répétition des tâches peut affecter la qualité de la relation, rendant plus difficile une approche personnalisée et attentive. Par ailleurs, de nombreux résidents souffrent de démence ou d'autres troubles cognitifs, ce qui complique la question du consentement. Le consentement éclairé peut être difficile à obtenir, et cela pose des dilemmes éthiques pour les soignants, qui doivent concilier la volonté du résident avec la nécessité de lui apporter les soins appropriés. De plus, la place du résident dans ses propres soins devient une question cruciale : comment respecter son autonomie et ses choix lorsque ses capacités de discernement sont altérées ? Ces aspects sont essentiels à explorer pour comprendre comment l'équilibre entre accompagnement, respect et soins est maintenu dans ce type de structure.

5.2 Réalisation de l'enquête

Après élaboration de mon guide d'entretien (cf. Annexe I) validé par ma directrice de mémoire et l'obtention des autorisations, j'ai pu contacter les cadres des services souhaités afin

d'organiser les entretiens. La réalisation de mes enquêtes s'est effectuée auprès de professionnels infirmiers.

Afin de respecter les règles éthiques, j'ai d'abord demandé l'autorisation à chacune des infirmières afin de savoir s'il était possible que j'enregistre l'entretien pour faciliter la retranscription sur mon mémoire ultérieurement. Celles-ci ont acquiescé. De manière à anonymiser les soignants interrogés, je nommerai l'IDE de mon premier entretien Rose, l'infirmière travaillant en USLD s'appellera Tulipe, la troisième infirmière sera Jonquille et celle travaillant aux Urgences se nommera Iris.

Mon premier entretien (Cf. Annexe IV.I) s'est déroulé le 07/02/2025 auprès d'une infirmière en accueil crise fermé dans une unité de psychiatrie, que je nommerai donc Rose. Rose est venue me chercher à l'accueil, je me suis donc présentée à ce moment-là. Afin de garantir un échange fluide et confidentiel, nous nous sommes installées dans un bureau à l'écart afin d'éviter toute interruption. Rose dispose de trois ans d'ancienneté dans ce service et de quatre ans de diplôme. Elle a auparavant travaillé un an en resocialisation en service ouvert. Pour elle, le patient est acteur, au centre de sa prise en charge et que les décisions ne peuvent être prises sans lui. Cependant, dans un service fermé, certaines demandes faites par les patients en phase de « crise » ne peuvent pas être réalisables. L'écoute et le respect restent primordiaux et une fois stabilisés, leurs requêtes sont prises en compte. Elle dit que chaque patient ayant une histoire et une pathologie différente, l'adaptation repose sur l'observation et l'échange avec le patient mais aussi avec l'équipe soignante afin de définir les objectifs de la prise en charge. Rose dit que le consentement repose sur la transparence et l'information donnée au patient. Elle évoque qu'il peut être des fois difficiles de l'obtenir et qu'il est important de négocier et d'expliquer au patient les soins réalisés. Pour elle, la relation soignant-soigné influence grandement la qualité des soins. Un bon accueil, la confiance, le respect, l'écoute sont des éléments importants afin d'établir une relation avec le patient.

Ce même jour, un second entretien était initialement prévu avec une infirmière expérimentée dans le même service. Toutefois, cette dernière n'étant finalement pas disponible, nous avons convenu de reporter l'entretien au 12/02/2025.

Le deuxième entretien (Cf. Annexe IV.II) a eu lieu le 11/02/2025 en Unité de Soins de Longue Durée avec une infirmière diplômée depuis 2 ans qui s'appellera Tulipe. Nous nous sommes installées dans la salle de pause, où elle a pris le temps de répondre à l'ensemble de mes

questions avec attention et disponibilité. Tulipe travaille dans les soins depuis 2010. Elle a d'abord été agent de service hospitalier puis aide-soignante pendant sept ans. Son expérience couvre différents milieux, notamment l'EHPAD, le domicile, la médecine, la cardiologie, l'oncologie, les soins palliatifs. Elle travaille depuis l'obtention de son diplôme infirmier en USLD. Elle insiste sur l'importance d'une prise en soin individualisée en prenant en compte l'histoire de vie du patient. Elle évoque que certains patients/résidents présentent des troubles cognitifs et que l'évaluation de leur capacité à prendre des décisions est alors plus compliquée et soulève des questionnements éthiques. Tulipe évoque la difficulté de respecter pleinement la singularité des patients en raison du manque de personnel. Pour elle, l'adaptation repose sur l'observation, l'écoute et le respect que ce soit dans les habitudes de vie du patients, dans ses préférences... Elle explique adopter une posture de proximité avec les patients, lorsque ceux-ci le veulent bien car pour elle c'est comme cela que le soin est individualisé et singulier. Tulipe dit que le consentement peut être implicite ou explicite et l'observation est très importante lorsqu'un patient ne peut pas s'exprimer verbalement. Le travail en équipe est essentiel pour elle et permet de croiser les points de vue afin de trouver la meilleure approche. Elle a illustré avec des cas concrets, la complexité du consentement en mettant en avant l'importance de la communication, de la collaboration et du respect des volontés du patient.

Concernant mon troisième entretien (Cf. Annexe IV.III), il était programmé pour le 12/02/2025. Cependant, à mon arrivée sur les lieux, l'infirmière concernée était absente. L'aide-soignante présente a alors pris mes coordonnées afin que l'IDE puisse me contacter ultérieurement. Dans l'après-midi, cette dernière m'a rappelée et nous avons convenu d'un nouveau rendez-vous pour le 13/02/2025. Elle m'a proposé de nous rencontrer dans un bar car celle-ci ne savait pas quand elle retournerait travailler. L'IDE que je nommerai donc Jonquille a été diplômée en 2014. Elle a travaillé exclusivement en psychiatrie, d'abord en accueil crise ouverte et ça fait cinq ans qu'elle est en accueil crise fermé. Jonquille explique que les patients de son service sont souvent hospitalisés sous contrainte mais sont informés et accompagnés afin d'adhérer aux soins. Elle dit que l'adhésion aux soins est facilitée par la prise des traitements mais également par une relation soignant-soigné qui se construit principalement par la bienveillance. Elle définit le consentement comme l'accord du patient aux soins et explique que souvent, au début de l'hospitalisation, le consentement n'est pas présent. Pour Jonquille, l'adaptation des soins passe par l'observation, l'écoute et l'interaction quotidienne avec les patients.

Enfin mon dernier entretien (Cf. Annexe IV.IV) a eu lieu aux urgences le 15/02/2025 auprès d'une infirmière diplômée depuis 1992 que j'appellerai Iris. Je me suis donc présentée aux urgences où un ambulancier m'a gentiment accueillie et est allé prévenir l'infirmière que je devais interviewer de mon arrivée. Quinze minutes plus tard, ne la voyant pas venir, il est retourné la chercher. A son arrivée, l'IDE semblait pressée et a répondu rapidement à mes questions dans le salon de famille avant de partir sans tarder une fois fini. Iris est diplômée depuis 33 ans, elle a principalement travaillé aux urgences, elle a également travaillé en réanimation et en neurologie. Iris propose une approche pragmatique du consentement et de la relation entre le soignant et le soigné. En effet, selon elle, la majorité des patients aux urgences acceptent naturellement les soins proposés. Elle déclare que le consentement est souvent implicite et routinier. Dans certaines situations où le patient n'est pas en capacité de donner son consentement, elle prend la décision en veillant à agir dans son intérêt. Iris adapte son approche en se mettant à la place du patient, elle insiste sur l'importance de communiquer en informant systématiquement le patient sur les actes qui vont lui être prodigués même si la routine et la charge de travail limite parfois cette dimension. En cas de difficulté, elle dit s'appuyer sur ses collègues.

6 Analyse des entretiens

6.1 Analyse par thématique

De par les entretiens que j'ai pu mener avec les infirmières issues de services variés, j'ai pu analyser ces derniers afin de confronter les différentes prises en soin et pratiques infirmières. Afin d'avoir une perception globale et d'extraire les idées principales de chacun des entretiens, j'ai tout d'abord effectué un tableau pour chaque thématique à savoir la place du patient dans les soins (Cf. Annexe V.I), le consentement (Cf. Annexe V.II) et la relation soignant-soigné (Cf. Annexe V.III).

6.1.1 La place du patient dans les soins

Nous avons pu constater à travers le cadre de référence que la place du patient a évolué au fil du temps en mettant davantage l'accent sur le patient en tant qu'acteur. Mais qu'en est-il réellement sur le terrain ? Durant mes échanges auprès des quatre infirmières, j'ai pu recueillir leurs perceptions concernant la place qu'occupe le patient.

Par le biais de cette analyse, j'ai pu observer que les IDE jeunes diplômés mettent davantage en lumière le patient au cœur du processus de soin. En effet, elles énoncent : « [...] *il est au centre de la prise en charge* » (Rose, L.18), « [...] *le patient il est au milieu euh de la prise en charge* » (Tulipe, L.29). Les IDE anciennement diplômées proposent, elles, une vision différente. Iris exprime que « [...] *quand ils viennent aux urgences c'est qu'ils en ils veulent être soignés* » (L.11-12), ce qui reflète une vision plus traditionnelle du soin. Jonquille, quant à elle, explique que la participation du patient à ses soins peut être plus difficile dans certains contextes. Elle nous rappelle que la plupart des patients de son service sont hospitalisés sous contraintes car « [...] *ils n'ont pas le choix euh parce que par principe euh on a estimé [...] que il se mettait en danger pour lui-même ou qu'il était un danger pour les autres et qu'il n'était pas en capacité de prendre une décision euh claire* » (L.21-24). Dans ce cas, la prise de décision ne peut être entièrement partagée et l'objectif des soignants est alors de « [...] *les faire adhérer* » (Jonquille, L.35-36). Cette réalité montre une limite à l'application du modèle d'autonomie totale, qui doit être nuancée selon l'état clinique du patient. Jonquille explique néanmoins que : « [...] *on les informe qu'ils sont sous contrainte, on leur réexplique où ils sont, on leur re réexplique le mode de contrainte etc. jusqu'à ce qu'ils comprennent quoi* » (L.28-29) ce qui permet de conserver une certaine autonomie.

En parlant d'autonomie et notamment celle du patient, les témoignages effectués montrent des divergences d'avis selon le contexte de soin. En effet, Tulipe exprime que cela varie en fonction de l'état clinique du patient : « [...] *la décision si tu veux, elle est difficile quelquefois à trouver quand on va avoir des personnes des fois qui ont des des pathologies anxieuses, dépressives* » (L.44-45). Elle souligne par la suite que concernant les patients en capacité de communiquer : « *Quand ils le verbalisent tel quel, on ne peut que l'entendre* » (L.60-61) ce qui démontre une volonté de considérer le patient comme étant acteur dans ses choix lorsque possible. Rose appuie les propos de Tulipe en disant que : « [...] *on travaille en lien avec le le patient et tout son environnement* » (L.19), « [...] *on peut pas faire sans euh sans lui quoi* » (L.20), « [...] *on peut rien mettre en place s'il n'y a pas le patient qui qui en qui est acteur de sa prise en charge qui est avec nous* » (L.21-22). D'un autre côté, Jonquille dans le cadre d'hospitalisation sous contrainte, évoque des situations où : « [...] *dans mon service on estime que s'ils ont été mis sous contrainte, c'est qu'ils ont une obligation de soins* » (L.32-33). Elle rejoint les idées de Tulipe en évoquant que : « [...] *ça dépend surtout de l'état clinique s'ils sont en capacité ou pas d'être là ou pas* » (L.30). Iris dit qu'aux urgences « [...] *en général c'est toujours oui. Ils*

sont toujours d'accord dans les soins » (L.13). En somme, les soignants veillent à respecter l'autonomie du patient lorsque l'état clinique et la situation le permettent. Autrement, dans certaines situations ils leurs arrivent de prendre des décisions qu'ils jugent être le mieux pour le patient sans forcément prendre en compte leurs revendications.

Dans les entretiens, l'adaptation est une notion qui est souvent ressortie. Rose exprime « [...] *chaque patient est différent par son histoire de vie, son son motif d'hospit parce qu'ils ont pas forcément et aussi de la pathologie » (L.54-55). Ainsi par l'adaptation, le soignant est apte à ajuster ses soins en fonction de la singularité de l'autre. Tulipe exprime « [...] les premiers jours, on l'observe beaucoup, le comportement qu'elle a, sa capacité à échanger avec nous, euh sa capacité à bah justement à décider de comment elle se perçoit ? Qu'est-ce qu'elle souhaite ? [...] notre but, c'est de s'adapter » (L.38-41), « [...] on est toujours obligé de de réadapter et d'être effectivement suffisamment empathique pour se dire : 'ok là je pense que et elle me dit que donc j'adapte'. Beaucoup d'adaptation. » (L.95-97). Ainsi par cette adaptation, le soignant peut individualiser davantage les soins. L'individualisation passe par une analyse fine du patient, de ses attentes, de ses besoins. Rose l'exprime d'ailleurs : « Ça dépend du patient [...] ça dépend de ses besoins » (L.43). Afin de s'adapter, les infirmières utilisent plusieurs principes communs notamment l'observation et l'écoute. Rose explique « [...] ça va être de de l'observation, des demandes qu'ils vont nous faire en fonction de de de pourquoi ils sont là aussi » (L.52-54), « [...] les premiers jours, on l'observe beaucoup [...] » (Tulipe, L.38-41), « [...] c'est en fonction de ce que je vais observer, ce qu'on va pouvoir me transmettre et ce que je vais ce que le patient va pouvoir me dire » (Jonquille, L.70-72), « [...] les demandes, l'observation, l'écoute parce que bon si on leur demande mais qu'on écoute pas ce qu'ils disent aussi ça sert à rien non plus » (Jonquille, L.80-81). Ainsi à travers ces principes, les IDE peuvent en apprendre davantage sur le patient et adapter plus spécifiquement les soins à leur singularité.*

De plus, les entretiens ont attiré l'attention sur la collaboration interdisciplinaire. En effet, Tulipe explique que « [...] *dans chacun des domaines de compétences de tous les corps de métier que ce soit les ASH que ce soit les AS, que ce soit les infirmiers même la cadre je veux dire, on a tous un bouquet de compétences [...] de part tous ces bouquets de compétences, les métiers les différents métiers vont répondre à des besoins » (L.100-103). Nous comprenons que la collaboration avec les différents membres de l'équipe permet de prodiguer une prise en soin holistique pour le patient. Rose appuie cette idée en exprimant que : « [...] on va travailler en*

équipe et voir ce qui, qu'est-ce qu'on fait en fait pour chaque patient quel est l'objectif final » (L.57-58). Iris, quant à elle, évoque le travail en équipe en expliquant qu'il est aussi nécessaire quelquefois de passer la main : « [...] quand ils ne veulent pas, on le dit au médecin et voilà [...] si vraiment il y a une utilité [...] le médecin retourne le le convaincre » (L.20-21).

Certaines différences émergent dans la manière d'adapter les soins. Par exemple, la perception d'Iris semble davantage focalisée sur des soins 'routiniers' : « [...] c'est du systématique on fait tellement du systématique » (L.30-31), « [...] on s'adapte naturellement à la personne » (L.37-38), « [...] on fait quand même du du régulier » (L.44-45). Tandis que d'autres privilégient une approche plus individualisée et personnelle comme Tulipe : « [...] je tutoie des patients parce qu'ils me l'ont autorisé » (L.116-117), « [...] je les appelle par leur prénom, ça c'est de l'individualisation euh mais c'est toujours dans une recherche de consentement » (L.117-118), « [...] sur un lieu de vie euh si on veut individualiser les soins, il faut pouvoir les individualiser vraiment » (L.123-124).

Enfin, un point important qui a été mentionné est le fait que les soignants s'efforcent d'écouter et de considérer les patients dans leur singularité mais qu'il est parfois difficile d'y parvenir pleinement notamment en raison des contraintes institutionnelles et de temps. Tulipe souligne que : « [...] parce qu'on a beaucoup de patients et parce que quelques fois euh de par le manque d'effectif, on est obligé de d'adapter notre prise en charge et de faire des choses de manière un peu plus euh c'est pas dégrader parce que j'aime pas ce terme là mais euh euh humainement c'est plus difficile » (L.83-86), « On essaie de leur accorder du temps, de l'écoute, de l'attention, parce qu'ils ont besoin mais malheureusement des fois c'est compliqué » (L.86-88). Jonquille appuie les propos en disant que : « Après c'est comme tout il y a les contraintes institutionnelles, les contres ordre, les les injonctions contradictoires etc. » (L.60-61), « C'est la la difficulté entre la théorie ce qu'on aimerait et la pratique qui est en réalité » (L.61-62). Malgré cela, les soignants essaient d'y arriver ; « [...] on fait de notre mieux » (Jonquille, L.48), « [...] on va essayer de de les écouter, on va tout faire pour en tout cas » (Jonquille, L.49-50). Rose transmet que « [...] oui ils sont écoutés, entendus, il y a quand même un respect. On va entendre leurs demandes » (L.33-34). Tulipe affirme également en disant que « [...] oui je dirais que oui aussi parce qu'on a quand même la la capacité en tant que long séjour à euh bah à euh leur offrir un lieu de vie, donc un lieu de vie, une chambre avec un univers à eux, avec une histoire de vie qui est à eux, des photos, euh voilà toute cette dimension très personnelle euh et on connaît leurs habitudes de vie » (L.88-92). Cependant, malgré tout, certains patients

ne se sentent pas toujours pleinement compris, comme le constate Jonquille : « *Mais partout. Fin je pense que à partir du moment où on est patient on est pas compris* » (L.55-56) : « *Plus ça va et plus ils se sentent écoutés et compris mais c'est aussi parce que bah euh c'est leur ressenti je pense qu'il fait que il peut pas toujours se sentir à 100 % compris et 100% écouté* ».

Ainsi à travers les entretiens, j'ai pu voir que les soignants s'efforcent d'adapter leurs soins à la singularité de l'autre, néanmoins la place du patient bien que centrale est nuancée en fonction de plusieurs facteurs. L'autonomie du patient reste conditionnée par son état clinique et sa capacité à participer. De plus, les contraintes pratiques semblent heurter la volonté des soignants à individualiser clairement les soins.

6.1.2 Le consentement

Cette première partie sur la place du patient dans les soins conduit naturellement à s'interroger sur un des principes fondamentaux de la relation de soin : le consentement.

Parmi les quatre IDE, trois infirmières se rejoignent en définissant le consentement comme étant un accord ; « [...] *avoir l'accord en fait du patient* » (Rose, L.65), « *Pour moi le consentement c'est l'accord du patient* » (Jonquille, L.98), « [...] *donner son accord aux soins* » (Jonquille, L.101). Tulipe approfondit cette notion en soulignant que le consentement est lié avec la capacité décisionnelle du patient « [...] *on a la définition initiale du consentement qui relève en gros de la capacité de décision et de dire oui ou non à quelque chose pour quelqu'un entre guillemet qui est sain d'esprit* » (L.126-128)

Au fil des entretiens j'ai pu constater que le consentement était une notion qui variait en fonction de plusieurs facteurs et notamment des services. En effet, en accueil crise fermé, le consentement est souvent mis à mal par l'état clinique des patients ou par une hospitalisation sous contrainte ; « *Par principe quand ils sont sous contrainte, ils ne donnent pas leur accord donc en fait il n'y a pas de consentement* » (Jonquille, L.101-102), « *C'est vrai que nous on ne va pas chercher de suite ce consentement parce que on sait qu'il n'y est pas* » (L.102-103). De ce fait, le consentement est initialement absent. Toutefois, elle insiste sur un travail progressif « [...] *on va le travailler au fur et à mesure, on va le chercher, ça va être l'objectif mais voilà il n'y est pas* » (L.104-105). Ce qui rejoint la notion d'alliance thérapeutique énoncé par Rose : « [...] *dans le soin [...] si le patient refuse [...] on va quand même expliquer, on va l'informer sur euh bah pourquoi on va faire ça, on va quand même essayer d'avoir son son consentement, on va travailler quand même l'alliance thérapeutique avec le patient* » (L.67-70).

En USLD Tulipe exprime que le consentement dépend aussi de l'état clinique du patient « [...] la notion de consentement elle est déjà très aléatoire est très très euh difficile euh en fonction des gens à évaluer » (L.129). Elle distingue la manière dont le consentement est recueilli en expliquant que « [...] les gens qui on a encore entre guillemet leur capacité de communication, de cognition, on le demande tout simplement » (L.137-139). Ainsi, lorsqu'un patient a la capacité d'exprimer un choix, son consentement est sollicité directement. Elle admet que dans certains cas : « [...] il peut arriver qu'on ait envie de faire à la place de » (L.139-140). Elle rappelle que leur âge et le fait qu'ils soient en institution n'efface en aucun cas leur identité et leur droit au respect de la dignité : « [...] c'est pas parce qu'ils ont soixante quatre-vingts balais qu'ils sont dans une institution, qu'ils sont plus personnes » (L.143-144). Enfin elle explique que l'envie de bien faire de la part des soignants peut amener, involontairement, à contourner le consentement : « [...] des fois c'est plus compliqué d'entendre un non, parce qu'on a envie de bien faire » (L.148). Ce qui montre que l'intention bienveillante des soignants peut, paradoxalement, entrer en conflit avec le respect de la volonté du patient. Tulipe rappelle alors que respecter le consentement c'est avant tout écouter et considérer la parole du patient : « [...] si je, j'écoute j'att j'écoute ce qu'on me dit, je prends soin aussi » (L.152-153).

Enfin Iris, IDE aux urgences, définit le consentement : « C'est accepter ce que [...] l'infirmier ou le médecin lui dit enfin lui dit qu'on va lui faire quoi ou fin l'aide-soignant » (L.68-69). Cette vision reflète une approche paternaliste du soin où le professionnel de santé est perçu comme étant supérieur au patient. Elle admet : « [...] je demande pas le consentement » (L.61). Iris présume que le consentement est donné de manière implicite. Pour elle, le consentement est une formalité dans la mesure où les patients viennent aux urgences en attente de soins. Elle explique que l'information qu'elle donne au patient sur les actes et soins qu'elle va lui prodiguer constitue une forme d'accord : « [...] je dis toujours ce que je vais faire, je lui dis toujours ce que je vais faire aux patients et voilà à partir de là il me dit oui ou il me dit non si il me dit non bah c'est son choix » (L.64-65). Elle indique qu'à travers l'interrogatoire, elle cherche à recueillir le consentement du patient : « [...] je dis : 'Est-ce que vous pouvez vous déshabiller ?' À partir de là c'est un peu une demande de consentement » (L.71-72). Pour finir, Iris reconnaît que la recherche du consentement est devenue un automatisme « En fait c'est tellement routinier que c'est vrai que y a que quand on me pose la question qu'on se rend compte de la chose quoi » (L.73-74).

De plus, on constate que les réponses des infirmières varient en fonction de leur ancienneté. En effet, les jeunes diplômées mettent en avant une approche plus formelle et explicite du consentement. Tandis que les IDE avec davantage d'expérience semblent avoir une approche plus pragmatique et ciblée sur l'expérience.

Afin d'obtenir le consentement libre et éclairé de la part des patients, les IDE utilisent diverses approches, oscillant entre transparence, négociation, observation et travail en équipe. Rose, Iris et Jonquille s'accordent sur l'importance de l'explication « [...] *c'est la transparence* » (Rose, L.73), « [...] *on va répondre à toutes les interrogations, si il y a des peurs, si il y a des appréhensions* » (Rose, L.74-75), « [...] *on explique* » (Iris, L.78). Jonquille nuance son utilité en fonction de l'état clinique du patient : « [...] *s'il est délirant, on aura beau parler ça servira à rien [...]. Il ne comprendra rien, il ne retiendra pas au contraire, il va même se nourrir de tout ce qu'on va pouvoir lui dire contre fin contre nous* » (L.109-112), une fois l'état du patient stabilisé elle explique que : « [...] *la parole rentre en jeu un peu plus la compréhension* » (L.125-126), « *On va accès là-dessus, c'est expliqué [...] montrer que ça va mieux, leur faire se rendre compte que ça va un peu mieux* » (L.126-129).

La négociation est aussi une approche utilisée afin de favoriser l'adhésion du patient aux soins. Rose cherche à établir une relation avec le patient favorisant l'alliance thérapeutique et de ce fait la négociation : « [...] *on essaye de travailler au mieux l'alliance* » (L.80), « [...] *il arrive qu'on insiste fin qu'on négocie* » (L.81-82). Pour Jonquille, la négociation a des limites et admet utiliser des techniques plus pragmatiques : « [...] *ça m'arrive de faire du chantage* » (L.113), « [...] *c'est pas bien, je le sais, mais d'un autre côté je sais l'intérêt qu'ils ont après pour eux* » (L.114-115), « [...] *c'est de la négociation. Mais on va pas négocier des heures, ça sert à rien* » (L.119).

Contrairement à certains services où la communication est l'outil essentiel, en USLD où la verbalisation est quelquefois difficile, le consentement repose sur l'observation et l'interprétation. Tulipe énonce lorsque les patients sont aptes à consentir clairement et librement : « [...] *en général je demande* » (L.156). Autrement lorsque la capacité décisionnelle du patient ne le permet pas : « [...] *quand les gens ils ne communiquent pas ou n'ont pas la capacité de verbaliser les choses j'ai beaucoup de d'observations sur les gestuelles* » (L.156-158), « [...] *ce consentement bah euh c'est délicat parce que des fois on croit, on interprète des fois, on est obligé de je pense des fois d'être dans l'interprétation* » (L.163-164). Elle admet que cette

méthode est d'une fragilité éthique : « [...] ce consentement bah euh c'est délicat parce que des fois on croit, on interprète des fois, on est obligé de je pense des fois d'être dans l'interprétation » (L.163-164) et explique qu'il est nécessaire de travailler en équipe pour une prise de décision optimale : « [...] on fait beaucoup de staff parce que le staff ça ça permet de remettre le patient au milieu » (L.166-167), « [...] on va croiser tout ça, on va avoir un point de de de mir, qu'on va essayer de suivre » (L.169-170). Iris rejoint la nécessité de travailler en équipe : « [...] s'il veut vraiment pas, on va voir le médecin et en gros faut qu'une deuxième personne vienne » (L.81-82), « Ça passe pas toujours avec une personne, ça passera avec avec une autre peut-être quoi » (L.84).

Dans le cadre de la recherche du consentement, il est important de savoir si le patient a réellement compris les informations qui lui ont été délivrées. Rose et Jonquille se rejoignent sur le principe de faire répéter aux patients les informations transmises : « [...] il nous répète l'information voir si il a bien compris » (Rose, L.94), « [...] je vais lui demander de répéter ou de reformuler » (Jonquille, L.136-137). Toutes les deux expliquent que l'évaluation repose également sur le ressenti : « [...] on le sent dans tous les cas et on voit si c'est un oui c'est bon je il y a pas de soucis on le fait » (Rose, L.96), « [...] il y a le côté ressenti » (Rose, L.99), « [...] ça me donne une idée de savoir si oui ou non ils ont compris » (Jonquille, L.139-140), « [...] on voit bien que il y a pas de de compréhension toujours possible des fois oui, des fois non voilà donc oui au ressenti » (Jonquille, L.143-144). Quant à Iris, elle explique que lorsqu'un patient effectue un acte demandé c'est qu'il a compris : « Qu'il le fait systématiquement » (L.87), « [...] s'il le fait tout seul, c'est qu'il a compris » (L.87-88). Elle dit aussi faire à la place du patient lorsque celui-ci n'est pas en capacité de comprendre : « La personne âgée on le fait à sa place quand elle ne comprend pas » (L.102).

Face à des situations complexes, les infirmières ont pu me faire part de leur expérience et des manières dont elles ont géré la situation. Ainsi j'ai pu constater que la plupart favorisait la création d'une alliance thérapeutique afin de favoriser l'adhésion aux soins. En effet, Rose et Jonquille s'appuient sur la communication, même en cas de crise : « [...] on essaie de travailler quand même l'alliance toujours au début malgré tout » (Rose, L.111-112), « [...] tu discutes avec elle » (Jonquille, L.159). Rose rajoute le fait qu'elle explique systématiquement le soin avant et après : « [...] c'est toujours repris une fois que la crise est terminée » (L.116), « [...] on en reparle quand même avec le patient. Des fois il se rappelle pas forcément ou c'est un petit peu flou » (L.118-119), « [...] même si elle n'est pas là sur le moment, on va quand même

lui lui dire » (L.133-134). Iris rejoint l'idée de Rose et Jonquille en exprimant que « *En fait on dit ce qu'on fait à tout le monde du plus sain au moins moins cohérent quoi* » (L.137-138). Enfin, Tulipe et Iris explique ajuster ses soins afin de respecter à la sensibilité de chaque patient : « *[...] par exemple on va essayer d'adapter pour pas qu'il y est trop d'homme pas d'homme qui s'occupe d'elles* » (Tulipe, L.210-212), « *[...] c'est du raisonnement, s'adapter et raisonner* » (Tulipe, L.212-213), « *[...] je trouve qu'il faut s'adapter un peu à la personne euh et aussi à la pratique du soin hein* » (Iris, L.130).

Par le biais de cette partie, j'ai pu me rendre compte que le consentement était une notion particulièrement complexe et peut parfois être mis de côté face à certaines contraintes. La recherche du consentement s'effectuera différemment selon le service de soins, l'état clinique du patient et les soignants. De plus, le consentement est recherché par diverses approches notamment la négociation, la transparence, la communication, l'observation ou bien encore le travail en équipe.

6.1.3 La relation soignant-soigné

Le dernier point abordé avec les IDE a été la relation entre le soignant et le soigné. Rose et Jonquille aborde directement le sujet en parlant de la confiance comme étant la base de la relation : « *[...] une bonne relation, bah ça va être une relation de confiance entre les deux* » (Rose, L.168-169), « *Forcément quand la patiente, la la personne elle a confiance en en ses soignants, le consentement il est plus facile à obtenir* » (Jonquille, L.169-170). Tulipe, elle, évoque en premier lieu l'alliance thérapeutique : « *[...] cette alliance elle est cruciale parce que tu vas prendre le temps, parce que tu vas entendre la colère, parce que tu vas entendre les refus, parce que tu vas essayer de comprendre et d'écouter* » (L.221-223). Ces deux notions sont étroitement liées car sans confiance, l'alliance thérapeutique est plus délicate à construire. En d'autres termes, afin que l'alliance thérapeutique puisse exister la relation est une condition essentielle. Les trois infirmières expliquent d'ailleurs que cela permet de créer un lien et une relation d'aide plus efficace : « *[...] quand on des patients qui sont hyper méfiants et persécutés c'est compliqué [...] parce qu'ils vont pas forcément se livrer autant que s'ils avaient confiance en fait en nous* » (Rose, L.170-173), « *[...] elle a accepté [...] parce que fais-moi confiance parce que parce que je suis là pour t'aider cette notion-là elle est importante pour moi* » (Tulipe, L.236-238), « *Après à chaque décision que le patient pourra prendre pour eux-mêmes ou que nous on va avoir à prendre pour eux-mêmes des fois si euh si on fait les bons choix [...] c'est tout bénéf et la confiance se crée toute seule aussi voilà* » (Jonquille, L.173-176). Ainsi

pour la plupart l'alliance thérapeutique, comprenant la confiance, permet d'influencer positivement la qualité des soins et est un des leviers principaux à une bonne relation entre le soignant et le soigné. Toutefois, des divergences émergent. Pour Iris, la qualité des soins est influencée par la communication. Elle explique que : « [...] *il faut parler. Il faut dire [...] 'je suis l'infirmière, je vais vous faire ça, ça va calmer la douleur, on va faire un bilan pour savoir pourquoi etc.'* » (L.142-145).

À propos de la relation, les infirmières mentionnent de nombreux éléments essentiels à sa fondation. Toutes les IDE se rejoignent sur ce point en mentionnant des éléments qui renvoient à des valeurs humaines. Rose parle d'accueil, de confiance, de respect et d'écoute : « [...] *l'accueil c'est hyper important à mon sens. Euh surtout quand c'est des patients que qui nous connaissent pas [...] surtout au début de l'hospitalisation parce que c'est ce qui va après influencer sur le reste* » (L.181-184), « [...] *la confiance que ce soit le soigné mais aussi le soignant avoir confiance au patient* » (L.185-186), « [...] *le respect* » (L.187), « [...] *d'être à l'écoute aussi euh, d'expliquer aussi au patient qu'on est là pour l'aider, qu'on n'est pas là pour autre chose, qu'on lui veut pas du mal [...]* » (L.192-193). Tulipe rejoint les idées de Rose en évoquant également l'écoute et le respect, elle ajoute à cela d'autres notions importantes : « *L'écoute, l'empathie, le respect euh respecter les temps, respecter la colère, respecter les émotions de des des patients, la bienveillance, essayer dans la mesure du possible de faire preuve de non jugement même si c'est très compliqué, voilà accepter l'individu dans sa totalité quoi et ça c'est très compliqué* » (L.244-247), « *D'être holistique, se dire que il y a un vécu, il y a une histoire [...], cette personne-là elle est là aujourd'hui euh elle a eu une histoire, elle a eu ses raisons et puis moi nous on est là pour la soigner* » (L.247-250). Les propos de Jonquille font écho à ceux de Tulipe qui reprend la notion de bienveillance : « *La bienveillance* » (L.179), « *Il y a qu'un seul mot que je dirais euh respect qui va avec la bienveillance* » (L.179-180). Enfin, Iris s'accorde avec Rose sur un point, celui de l'explication au patient : « [...] *expliquer, expliquer ce qu'on va faire euh, le temps que ça va durer dans la mesure du possible hein, essayer de toujours euh euh parler* » (L.154-155)

Dans les entretiens, les IDE ont pu me confier un moment rencontré où la relation avec le soigné a pu être difficile. A travers ces situations j'ai pu constater que les approches afin de faire face à ces difficultés étaient variées. Par cela, j'ai pu remarquer que la communication était un élément clé. En effet, lors de son interview Tulipe a pu illustrer par sa situation l'impact du dialogue, en reconnaissant son propre biais face au patient, elle explique qu'avec un échange

sincère et humain, elle a pu débloquent et créer une relation avec son patient : « *Il me dit 'Ben, j'ai l'impression que parce que je suis alcoolique, tu me juges' [...] on en a parlé et il m'a expliqué son histoire et de ce moment-là ça a débloquent un truc [...] j'ai plus jamais été la même après cette discussion-là* » (L.266-271), « *Moi j'essaie de j'ai toujours gérer par la discussion quand les gens sont disposés à. C'est le mieux quoi* » (L.271-272). En revanche, Rose et Jonquille énoncent que la communication a des limites, notamment face à des patients agités ou réfractaires au dialogue. Jonquille l'a d'ailleurs très bien illustré en évoquant une situation où une simple question a rompu tout échange avec le patient. Rose et Jonquille expliquent, elles, gérer les situations en équipe : « *On est toujours en équipe euh dans tous les cas quand on prend une décision on est en équipe* » (Rose, L.215-216), « *[...] j'ai géré en équipe* » (Jonquille, L.215), « *[...] on est toujours deux* » (Jonquille, L.216). Enfin, Iris qui a pu faire face à des patients où la barrière de la langue entravait la relation expliquent essayer de compenser par des outils de médiations : « *[...] dans le pire des cas il n'y a personne et ben on fait des signes* » (L.167), « *[...] on fait comme on peut ou alors avec le téléphone avec Google* » (L.169)

Afin de clore cette dernière partie, il est important de mettre en évidence que la relation soignant-soigné se construit dans un équilibre entre implication personnelle comme l'a fait Tulipe, communication lorsqu'elle est possible et gestion en équipe. Ce qui ressort de ce chapitre c'est que l'alliance thérapeutique et la confiance sont des principes fondamentaux de cette relation. Les infirmières insistent sur des valeurs humaines indispensables comme le respect, l'écoute, la bienveillance, la communication. Face aux difficultés relationnelles, les méthodes varient entre dialogue sincère, travail en équipe et utilisation d'outils de médiation.

7 Problématique

Respecter le consentement du patient c'est reconnaître qu'il est libre de faire les choix qu'il souhaite et considère comme étant le mieux pour lui. De ce fait, respecter le consentement du patient c'est le rendre acteur et autonome de son parcours de soin. Après avoir analysé les entretiens et en croisant avec mon cadre de référence, il devient évident que le consentement n'est pas une simple formalité ou ne se limite pas à un « oui » ou un « non ». Il s'agit d'un processus réajustable, dynamique et adaptatif.

Premièrement, j'ai pu constater lors de l'enquête que la plupart des infirmières interviewées indiquent que le consentement est influencé par divers facteurs notamment l'état clinique du

patient, sa capacité décisionnelle, sa capacité à comprendre et à donner son accord et le contexte. Ainsi le consentement ne peut pas être réduit à un simple accord ponctuel. Cette perspective rejoint les articles mentionnés dans mon cadre de référence, notamment rappelons-le l'alinéa 4 de l'article L111-4 du code de la santé publique qui indique qu' « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* », ainsi que l'article 36 alinéa 1 et 2 du code de déontologie médicale qui dispose que « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas [...]* ». Nous avons également vu que le consentement devait être adaptatif en fonction de la situation et du patient. Le consentement devient un dialogue permanent, adapté à la subjectivité du patient.

Dans un second temps, nous avons pu voir dans mon cadre de référence que la place du patient dans les soins a grandement évolué. Cette évolution est clairement observée dans l'enquête exploratoire où les IDE, particulièrement Rose et Tulipe insistent sur l'adaptation des soins en fonction des spécificités de chaque patient. Cette adaptation se fait en fonction des besoins et attentes de chaque individu mais aussi en fonction de son caractère, son histoire, ses émotions, ses préférences et sa capacité à participer activement aux soins. Leurs propos rejoignent les idées de Claire Marin et de Paul Ricoeur qui déclaraient que le patient doit être un sujet et non un objet de soin. De plus, les propos des infirmières trouvent écho dans le discours de Béatrice Birmelé qui rappelons-le exprimait que « *le malade est au centre de la relation [...]* ». Ainsi, la recherche du consentement devient un moyen de redonner au patient sa place de sujet car elle implique un respect de ses particularités et une écoute attentive de ses besoins et de ses volontés.

J'ai également constaté que ces allégations ne sont pas absolues. Comme l'a rappelé Jonquille, l'autonomie du patient peut être restreinte dans certaines situations notamment lorsque les patients sont hospitalisés sous contraintes ou lorsque l'état clinique ne permet pas une prise de décision éclairée. Ainsi, bien que la volonté de respecter l'autonomie du patient demeure, les décisions sont parfois prises sans le consentement explicite du patient. Ces prises de décisions amènent à se questionner : Comment le patient peut-il être acteur de sa prise en charge si son état clinique ne permet pas une participation absolue aux décisions qui le concernent ?

Le respect du consentement du patient s'inscrit directement dans la construction de la relation entre le soignant et le soigné. Alors que le principe de l'Humanité développé dans mon cadre de référence insiste sur le respect de la singularité et de l'intimité du patient, les soignants

évoquent souvent la difficulté de s'adapter pleinement à chaque situation notamment en raison de charge de travail, des contraintes institutionnelles et du manque de temps. Or, c'est avec le temps que se construit une relation et notamment une relation de confiance entre le soignant et le soigné et sans cette confiance les soins seront plus difficiles c'est d'ailleurs ce que Rose, Jonquille et Tulipe expliquent dans leurs témoignages. Leurs propos trouvent échos dans les propos de Laurence Lagarde-Piron qui rappelons-le disait : *“Le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance”*.

8 Question de recherche

En mettant en lien mon cadre de référence et mes analyses des entretiens, j'ai pu me questionner sur de nouvelles problématiques. A partir de cela, la question de recherche qui en découle est la suivante :

Comment adapter les soins en fonction de la singularité du patient tout en prenant en compte son état clinique et les contraintes institutionnelles ?

9 Conclusion

Ainsi s'achève le fruit d'une longue réflexion. Il ressort de ce travail que la relation entre le soignant et le soignée s'inscrit dans une dynamique humaine avec des fondements indispensables à une prise en charge éthique et bienveillante. Il en découle de cette relation la notion de consentement. En effet, afin d'obtenir un consentement libre et éclairé de la part de l'autre, il est primordial d'établir une relation, un dialogue authentique, afin de garantir au patient un rôle actif dans les décisions le concernant.

Ce travail de recherche m'a amenée à remettre en question certaines habitudes professionnelles, où le rythme et les exigences du terrain peuvent parfois éloigner le soignant de cette posture d'accompagnant. Ainsi, prendre le temps d'impliquer le patient est non seulement un droit fondamental mais également un levier afin de renforcer la relation de confiance car c'est en reconnaissant pleinement la place du patient dans la relation de soin que le soignant donne véritablement tout son sens à sa pratique.

10 Bibliographie

- Alexandre Manoukian, A. M. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre (Editions).
- Asshumevie, A. (s.d.). *Le label Humanitude* . Récupéré sur <https://www.lelabelhumanitude.fr/>
- Barrier, P. (2014). *Le patient autonome* . Presses Universitaires de France.
- Birmelé, B. (2011). *La rencontre singulière médecin-malade - L'expérience de la maladie chronique* . 1re édition.
- Chastel, C. (2010). Une brève histoire de la médecine. Dans C. Halpern, *La Santé Un enjeu de société* (pp. 11-21). Éditions Sciences Humaines.
- Civil, M.-F. (2017). *Consentement aux soins médicaux : état de la question*. Connaissances et Savoirs.
- CNRTL. (2012). Récupéré sur cnrtl.fr/lexicographie/confiance
- Code de la Santé Publique*. (s.d.). Récupéré sur Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2025-02-11
- Conseil national de l'Ordre des médecins. (2019, Mars 22). *Le serment d'Hippocrate*. Récupéré sur Conseil national de l'Ordre des médecins: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
- Définition du consentement* . (s.d.). Récupéré sur Dictionnaire Le Petit Robert : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/consentement>
- Définition soigné* . (2024). Récupéré sur Larousse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soign%C3%A9/73229>
- Defresne, C. (2012). Humanitude. *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 312-313.
- Dictionnaire de l'académie française*. (s.d.). Récupéré sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3281>
- Éthique, E. (Réalisateur). (2015). *Claire Marin - La médecine, une science humaine. Soigner l'homme selon Paul RICŒUR* [Film].

- Formarier, M. (2007, Juin). La relation de soin, concepts et finalités . *Recherche en soins infirmiers* , pp. 33-42.
- française, A. (2024, 06 26). *Patient* . Récupéré sur Centre national de ressources textuelles et lexicales : <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/patient>
- Furstenberg, C. (2011, Décembre). La clé des soins relationnels : la sollicitude en chemin au domicile. *Recherche en soins infirmiers* , pp. 76-82 .
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Elsevier Masson.
- Hétu, J.-L. (2019). *La relation d'aide - Eléments de base et guide de perfectionnement*. Chenelière Education.
- Lagarde-Piron, L. (2016). La confiance dans les soins infirmiers. Dans R. Delaye, & P. Lardellier, *La confiance Relations, organisations, capital humain* (pp. 242-256). EMS Editions.
- Lefort, H., & Psiuk, T. (2019). *Patient partenaire, patient expert - De l'accompagnement à l'autonomie* . Vuibert.
- Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude ». *Gérontologie et société*, pp. 165-177.
- Marin, C. (2013). « Qui prend soin de qui ? ». Dans V. Chagnon, C. Dallaire, C. Espinasse, & É. Heurgon, *Prendre soin savoirs, pratiques, nouvelles perspectives* (pp. 53-60). Hermann .
- Marin, C. (2015). Quelqu'un sur qui compter . *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott* , pp. 49-58 .
- Marzano, M. (2006). *Je consens, donc je suis...* . Presses Universitaires de France.
- Médecins, C. N. (2021 , Février). *Code de déontologie médicale* . Récupéré sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- Molière, F. (2012). Aide (relation d'). *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 61-64.

- Monique Formarier, L. J. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Nitschelm, E.-J. (2015). Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, pp. 47-54.
- Patient* . (s.d.). Récupéré sur Dictionnaire de l'Académie Française : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P0971>
- Rogers, C. R. (2005). *Le développement de la personne* . InterEditions.
- Sauret, M.-J. (2008, 03). Singularité, indétermination : Un enjeu éthique . *Le journal des psychologues* , p. 57.
- SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs), C. J.-N.-P. (2021). *L'infirmier(e) et les soins palliatifs*. Elsevier Masson.
- Worms, F. (2015). À quel soin se confier ? . *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, pp. 37-48.
- Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin « fonds commun d'humanité ». *Être patient, être malade*, pp. 89-106.

11 Annexes

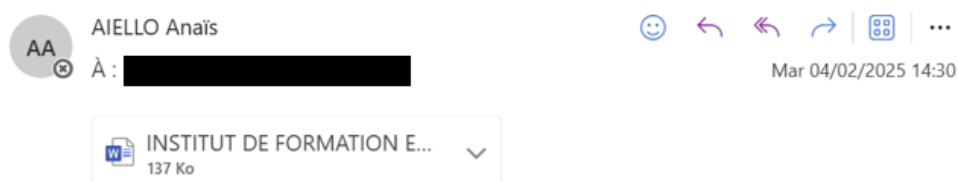
Annexe I : Guide d'entretien

Thèmes	Questions	Objectifs
Question préliminaire	Pouvez-vous me dire votre âge ? Depuis combien d'années exercez-vous ? Quel est votre parcours professionnel ?	Etablir une relation avec le soignant.
La place du patient dans les soins	Quelle est, selon vous, la place accordée au patient dans les décisions concernant son parcours de soin ?	Permet de voir la perception du soignant sur le rôle et l'implication du patient et les pratiques concrètes utilisées qui permettent de responsabiliser ou inclure le patient.
	Pensez-vous que les patients se sentent suffisamment écoutés et considérés dans leur singularité dans votre service ? Pourquoi ?	
	Comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les attentes spécifiques des patients ?	
Le consentement	Comment définissez-vous le consentement dans le cadre de votre pratique ?	Permet d'obtenir une vision globale et personnelle sur la notion de consentement, de voir les moyens et procédés mis en place afin de garantir un consentement libre et éclairé et s'assurer de la compréhension du patient.
	Quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de la part du patient ?	
	Comment évaluez-vous si un patient a réellement compris les informations nécessaires avant de donner son consentement ?	
	Avez-vous déjà été confronté à des situations où le consentement était difficile à obtenir ou remis en question ?	
	Si oui, pouvez-vous me raconter votre situation et comment vous y avez fait face ?	

La relation soignant-soigné	Comment, selon vous, une bonne relation entre le soignant et le soigné influence-t-elle la qualité des soins ?	Permet de voir la perception qu'a le soignant vis-à-vis de la relation entre le soignant et le soigné. Permet d'identifier les pratiques concrètes visant à établir une relation équilibrée et durable.
	Quels éléments considérez-vous comme essentiels afin d'établir une relation avec le patient ? Et pourquoi ?	
	Avez-vous déjà rencontré des situations où la relation avec le patient a été particulièrement difficile ? Comment les avez-vous gérées ?	
Question de clôture	Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant que l'on se sépare ?	Permet de laisser à l'interlocuteur une liberté d'expression.

Annexe II : Demande d'autorisation

Annexe II.I : Demande d'autorisation Urgences et Soins de Longues Durées



Bonjour,

Je me présente, Anaïs Aiello, étudiante en troisième année en soins infirmiers au GIPES d'Avignon.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise des entretiens auprès de professionnels de santé, veuillez trouver en pièce jointe ma lettre pour une demande d'entretien.

Bonne journée.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme AIELLO Anaïs
 Étudiante en soins infirmiers
 Adresse : [REDACTED]
 Téléphone : [REDACTED]
 Mail : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
 Monsieur le Directeur des soins

[REDACTED] le 04 février 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans
 les services : USLD ou Unité d'Alzheimer « [REDACTED] » et les Urgences.

Après d'un(e) IDE récemment diplômé(e) et d'un(e) IDE expérimenté(e).

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : La place du patient dans les
 soins, le consentement et la relation soignant soignée.

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

Thèmes	Questions
Question préliminaire	Pouvez-vous me dire votre âge ? Depuis combien d'années exercez-vous ? Quel est votre parcours professionnel ?
La place du patient dans les soins	Quelle est, selon vous, la place accordée au patient dans les décisions concernant son parcours de soin ? Pensez-vous que les patients se sentent suffisamment écoutés et considérés dans leur singularité dans votre service ? Pourquoi ? Comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les attentes spécifiques des patients ?

Le consentement	Comment définissez-vous le consentement dans le cadre de votre pratique ?
	Quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de la part du patient ?
	Comment évaluez-vous si un patient a réellement compris les informations nécessaires avant de donner son consentement ?
	Avez-vous déjà été confronté à des situations où le consentement était difficile à obtenir ou remis en question ? Si oui, pouvez-vous me raconter votre situation et comment vous y avez fait face ?
La relation soignant-soigné	Comment, selon vous, une bonne relation entre le soignant et le soigné influence-t-elle la qualité des soins ?
	Quels éléments considérez-vous comme essentiels afin d'établir une relation avec le patient ? Et pourquoi ?
	Avez-vous déjà rencontré des situations où la relation avec le patient a été particulièrement difficile ? Comment les avez-vous gérées ?
Question de clôture	Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant que l'on se sépare ?

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

Annexe II.II : Demande d'autorisation Unité psychiatrique

AIELLO Anaïs



À : [REDACTED]

Mar 04/02/2025 16:16



Bonjour,

Je me présente, Anaïs Aiello, étudiante en troisième année en soins infirmiers au GIPES d'Avignon.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise des entretiens auprès de professionnels de santé, veuillez trouver en pièce jointe ma lettre pour une demande d'entretien.

Bonne journée.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme AIELLO Anaïs
Étudiante en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]
Mail : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

[REDACTED], le 04 février 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans une unité de psychiatrie adulte, idéalement dans un service spécialisé ou prenant en charge les troubles psychotiques.

Auprès d'un(e) IDE récemment diplômé(e) et d'un(e) IDE expérimenté(e).

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : La place du patient dans les soins, le consentement et la relation soignant soignée.

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

Thèmes	Questions
Question préliminaire	Pouvez-vous me dire votre âge ?

	Depuis combien d'années exercez-vous ? Quel est votre parcours professionnel ?
La place du patient dans les soins	Quelle est, selon vous, la place accordée au patient dans les décisions concernant son parcours de soin ? Pensez-vous que les patients se sentent suffisamment écoutés et considérés dans leur singularité dans votre service ? Pourquoi ? Comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les attentes spécifiques des patients ?
Le consentement	Comment définissez-vous le consentement dans le cadre de votre pratique ? Quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de la part du patient ? Comment évaluez-vous si un patient a réellement compris les informations nécessaires avant de donner son consentement ? Avez-vous déjà été confronté à des situations où le consentement était difficile à obtenir ou remis en question ? Si oui, pouvez-vous me raconter votre situation et comment vous y avez fait face ?
La relation soignant-soigné	Comment, selon vous, une bonne relation entre le soignant et le soigné influence-t-elle la qualité des soins ? Quels éléments considérez-vous comme essentiels afin d'établir une relation avec le patient ? Et pourquoi ? Avez-vous déjà rencontré des situations où la relation avec le patient a été particulièrement difficile ? Comment les avez-vous gérées ?
Question de clôture	Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant que l'on se sépare ?

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

Annexe III : Réponses des établissements

Annexe III.I : Réponses Urgences et Soins de Longues Durées

[REDACTED]

À : © AIELLO Anaïs

😊 ↩️ ↶️ ↷️ 🗺️ ...

Mar 04/02/2025 14:35

merci à vous une réponse vous sera apportée

Bien Cordialement

[REDACTED]
Secrétaire direction des soins
Gestion des stages

[REDACTED]

 CENTRE
HOSPITALIER

[REDACTED]

AA AIELLO Anaïs
À : [REDACTED]

🗉 Répondre 🗉 Répondre à tous ➡ Transférer [📧] ...
Mar 04/02/2025 14:37

Merci pour votre réponse.

Bonne journée.

AIELLO Anaïs

S
À : @ AIELLO Anaïs

🗉 Répondre 🗉 Répondre à tous ➡ Transférer [📧] ...
Mar 04/02/2025 15:08

avec plaisir

Bien Cordialement

Secrétaire direction des soins
Gestion des stages



Direction Des Soins
Tél. [REDACTED]
secrétariat

Madame Anaïs AIELLO

Affaire suivie par :
[REDACTED]
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins
[REDACTED]

[REDACTED] le 05/02/2025

OBJET : TFE
N/Réf. : VB/MP/25

Madame,

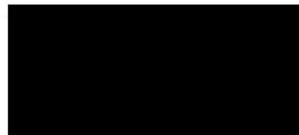
J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

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 :

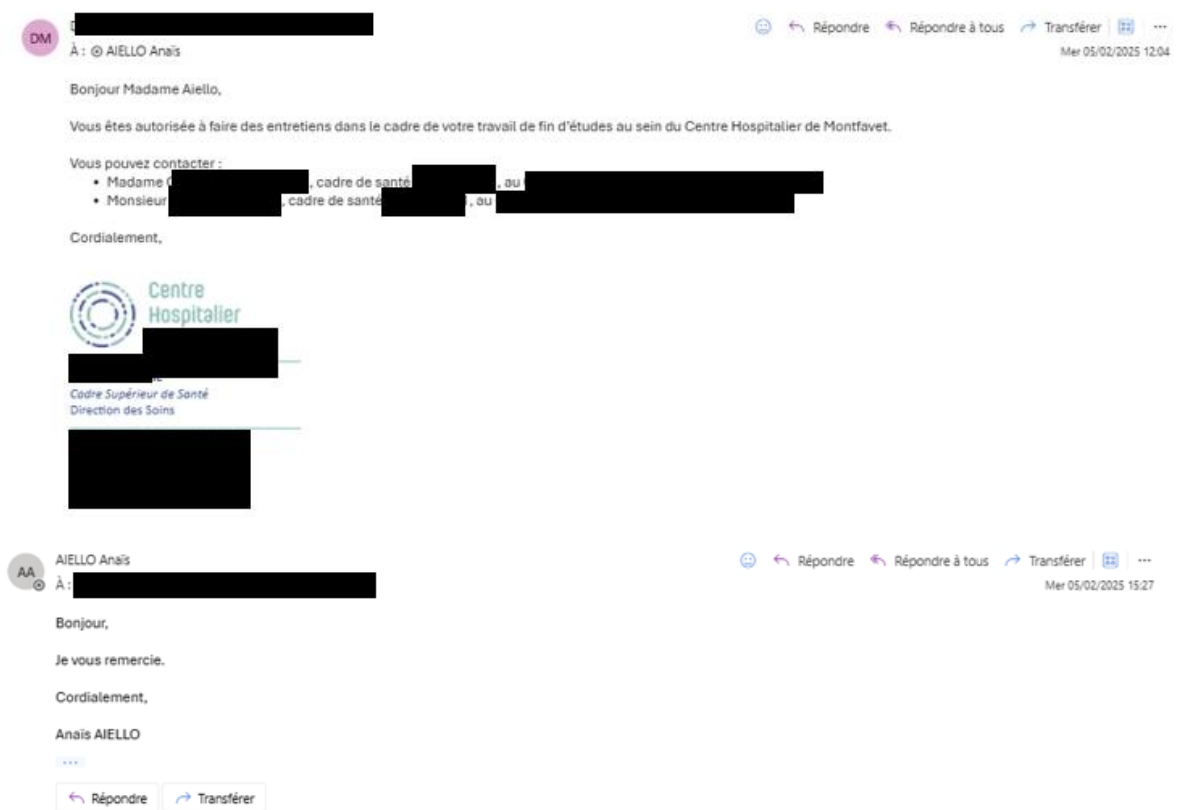
- [REDACTED], cadre de santé à l'USLD, [REDACTED]
- [REDACTED], cadre de santé aux urgences adultes au [REDACTED]

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



Annexe III.II : Réponses Unité psychiatrique



Le 5 février 2025 à 15h23, j'ai donc pu appeler Mme C.B*****, la cadre de santé. Au cours de cet appel, elle m'a demandé de lui transmettre mes disponibilités par mail.

Confirmation de notre échange du 5/02 et proposition de disponibilité

AA AIELLO Anaïs
À : [REDACTED]
Mer 05/02/2025 15:49

Bonjour Madame,

Tout d'abord, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé lors de notre échange téléphonique le 05/02/25 ainsi que pour votre accord concernant la réalisation des entretiens dans le cadre de mon mémoire.

Afin d'apporter davantage de précisions, je souhaiterais réaliser deux entretiens (15-20 min chacun) auprès d'un(e) IDE récemment diplômé(e) et d'un(e) IDE expérimenté(e) travaillant au sein de votre service. Mon sujet porte sur trois thèmes qui sont : le consentement, la relation soignant-soignée et la place du patient dans les soins.

Ces entretiens seront enregistrés afin de faciliter leur retranscription, avant d'être supprimés une fois mon travail finalisé. Leur traitement sera entièrement anonyme.

Comme convenu, je vous écris afin de vous transmettre mes disponibilités pour organiser ces entretiens. Je suis disponible aux créneaux suivants :

- Vendredi 07 février à partir de 13h30
- Mardi 11 février à partir de 11h30
- Mercredi 12 février à partir de 14h30
- Jeudi 13 février à partir de 13h30
- Vendredi 14 février entre 8h et 12h ainsi qu'à partir de 16h30

Je n'ai pas encore mon planning pour les semaines à venir, n'hésitez pas à me dire ce qui vous conviendrait le mieux ou si d'autres créneaux seraient plus adaptés.

Je vous remercie encore pour votre aide précieuse et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement,
Anaïs Aiello
Étudiante en soins infirmiers – 3e année
GIPES Avignon
[REDACTED]

BC [REDACTED]
À : AIELLO Anaïs
Mer 05/02/2025 18:23

rebonjour,

Je vous propose de venir vendredi 7 février à 15h30 pour rencontrer Noëlla (la plus jeune diplômée) et Fanny.

Cordialement,

[REDACTED]
Cadre de Santé, PLVD
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Annexe IV : Retranscription des entretiens

Annexe IV.I : Entretien 1 en psychiatrie

- 1 **Moi : Ducoup euh j'ai quelques questions en lien avec mon mémoire donc mon sujet ça**
2 **traite sur trois thèmes c'est euh le consentement, la place du patient dans les soins et euh**
3 **la relation soignant soigné.**
- 4 IDE : Ok
- 5 **Moi : Donc déjà est ce que vous pouvez vous présenter, euh me dire votre âge, euh votre**
6 **parcours professionnel et euh combien de temps ça fait que vous...**
- 7 IDE : Ok, euh alors ça fait depuis euh 2021 que je suis diplômée, j'ai attaquée euh, j'ai fait un
8 an de resocialisation en service ouvert et là ça fait trois ans que je travaille en tant qu'infirmière
9 du coup euh en accueil crise fermé.
- 10 **Moi : Ok.**
- 11 IDE : Et j'ai euh 25 ans.
- 12 **Moi : Donc ça fait 4 ans**
- 13 IDE : Ça fait 4 ans que je travaille.
- 14 **Moi : D'accord, du coup quelle est, selon vous, la place accordée aux patients dans les**
15 **décisions concernant son parcours de soins ?**
- 16 IDE : Humm, quelle est la place... ?
- 17 **Moi : Accordée aux patients dans les décisions concernant son parcours de soin ?**
- 18 IDE : Bah il est au centre de la prise en charge donc euh, ah c'est compliqué de développer
19 (rire). Euh bah forcément on travaille en lien avec le le patient et tout son environnement euh
20 donc il est vraiment au centre de la prise en charge, on peut pas faire sans euh sans lui quoi. Je
21 veux dire on peut rien rien faire fin on peut rien mettre en place s'il y a pas le patient qui qui en
22 qui est acteur de sa prise en charge qui est avec nous quoi, je pense.
- 23 **Moi : Ouais.**
- 24 IDE : Je sais si c'est la (rire)

25 **Moi : Oui oui ok ça marche. Euh pensez-vous que les patients se sentent suffisamment**
26 **écoutés et considérés dans leur singularité dans votre service et pourquoi ?**

27 IDE : Euh alors nous le truc c'est que en service fermé euh ils arrivent, ils sont certains sont fin
28 la majorité ils sont complètement déconnectés de la réalité, donc des fois ils vont avoir des
29 demandes qui sont pas forcément euh réalisables à ce moment-là. Et du coup, ça sera euh après
30 la crise, où là par contre euh, fin ils sont quand même écoutés et considérés mais du coup je je
31 sais pas dans quel cas en fait tu veux euh savoir exactement euh...

32 **Moi : Dans euh globalement quand ils sont là dans votre service.**

33 IDE : Ouais euh oui ils sont écoutés, entendus, il y a quand même un respect. On va entendre
34 leurs demandes, après euh il y a des demandes qu'on va peut-être pas pouvoir faire parce que
35 ben soit délirant soit parce que ben à ce moment-là c'est pas faisable par rapport à leur état
36 clinique. Mais une fois que la crise est passée, si la demande elle est toujours actuelle et que on
37 peut on peut y accéder quoi.

38 **Moi : Ok, comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les attentes**
39 **spécifiques du patient ?**

40 IDE : Humm... Comment ?

41 **Moi : Comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les attentes**
42 **spécifiques des patients ?**

43 IDE : (silence) Ça dépend du patient. Euh ça dépend de ses besoins aussi, donc on va créer un
44 certain lien ou du moins on va essayer de créer un certain lien avec lui pour déjà euh voir un
45 peu tous les besoins dont il a besoins à ce moment-là et ses attentes euh je...

46 **Moi : Pour les prendre en charge dans leur singularité.**

47 IDE : En fait c'est que fin on le prend en charge dans leur singularité forcément chaque patient
48 est différent. Mais du coup, je sais pas comment te te répondre de façon claire en fait à cette
49 question euh...

50 **Moi : Bah comme ça vient, c'est c'est pas grave.**

51 IDE : Ouais j'avoue que je bug un peu sur cette question. Euh comment adaptez-vous votre
52 pratique pour intégrer les besoins et les attentes spécifiques des patients ? Euh bah après ça va

53 être de de l'observation, des demandes qu'ils vont nous faire en fonction de de de pourquoi ils
54 sont là aussi. Donc euh chaque patient est différent par son histoire de vie, son son motif
55 d'hospit parce qu'ils ont pas forcément et aussi de la pathologie qui s'exprime pas forcément
56 de la même façon non plus euh donc c'est l'observation. Ça passe par ce qu'on voit, ce le la
57 l'échange qu'on va avoir avec le le patient. Du coup on va, on on va travailler en équipe et voir
58 ce qui, qu'est-ce qu'on fait en fait pour chaque patient quel est l'objectif final quoi je veux dire,
59 sur quoi on va travailler en fait avec avec le patient.

60 **Moi : D'accord.**

61 IDE : Je sais pas si c'est clair la réponse.

62 **Moi : Non oui c'est clair. Ducoup euh pour le thème, concernant le consentement.**

63 IDE : Hum...

64 **Moi : Comment vous définissez le consentement euh dans le cadre de votre pratique ?**

65 IDE : Alors le consentement, c'est euh d'avoir l'accord en fait du patient (bruit de porte). Fin
66 d'abord au sens large le consentement c'est avoir l'accord de la personne. Mais du coup dans
67 le soin, bah ça va être pour tout ce qui est soin ; prise de sang, faire les ECG, euh la prise de
68 traitement. Euh si le patient refuse ben du coup on va quand même expliquer, on va l'informer
69 sur euh bah pourquoi on va faire ça, on va quand même essayer d'avoir son son consentement,
70 on va travailler quand même l'alliance thérapeutique avec le patient euh voilà (rire).

71 **Moi : Ok, quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de la part du**
72 **patient ?**

73 IDE : Euh bah du coup c'est la transparence. On va expliquer bah je sais pas moi si c'est un
74 traitement, on va expliquer à quoi ça sert euh exactement on va répondre à toutes les
75 interrogations, si il y a des peurs, si il y a des appréhensions. Bah du coup on va essayer de
76 répondre au mieux à toutes les questions pour euh pour avoir l'accord du patient. Euh après des
77 fois c'est un peu compliqué nous euh en service parce que ben parce que ils sont dans le déni
78 de leur troubles, euh yen a ils arrivent des fois ils sont totalement agités et ils sont dans la
79 confrontation, ils ont pas forcément non plus euh pour eux ils ressentent pas forcément un
80 traitement par exemple. Euh du coup on essaye de travailler au mieux l'alliance mais des fois
81 il arrive que (bruit de porte) euh on puisse euh injecter le patient euh qu'on insiste fin qu'on

82 négocie mais si la négociation euh échoue et que on a l'accord du médecin que si refus du
83 traitement si grosse agitation bah injection du traitement euh, on peut y être amener. Du coup il
84 y a pas forcément l'accord du coup du patient, mais après une fois que la crise est passée, on
85 refait le point avec lui de pourquoi on a été amené à faire ça à ce moment-là.

86 **Moi : D'accord.**

87 IDE : Voilà après nous les patients qui sont ici sont sous contraintes hein donc euh la majorité
88 ils sont pas forcément d'accord avec l'hospitalisation euh au début, donc le le lien vient par la
89 suite après une fois que les traitements ont commencé à faire effet.

90 **Moi : D'accord, comment évaluez-vous euh si un patient a réellement compris les**
91 **informations nécessaires avant de donner son consentement ?**

92 IDE : Hum, je peux lire ? (rire, lit ma grille d'entretien) Comme ça je relis en même temps je
93 euh c'est celle c'est celle-ci hein. Comment évaluez-vous si un patient a ? Bah souvent il va,
94 soit il nous répète l'information voir si il a bien compris, en mode qu'est-ce que vous avez
95 retenu de ce qu'on s'est dit ? Euh du coup on voit plus ou moins si il a compris ou pas. Après
96 si on le sent dans tous les cas et on voit si c'est un oui c'est bon je il y a pas de soucis on le fait
97 bah euh du coup, on on fait le soin quoi fin euh je sais pas.

98 **Moi : C'est plus au ressenti ?**

99 IDE : Bah il y a le côté ressenti parce que plus la la personne aussi qui va nous dire oui euh
100 d'un d'un ton franc où bah du coup c'est bon vous m'avez convaincu en gros, on fait le soin.
101 Si on sent que il y a quand même de l'indécision et qu'on voit que la personne elle est méfiante
102 encore ect. On on on peut encore rassurer, essayer de rassurer la patiente avant ou le patient
103 avant.

104 **Moi : Ok, avez-vous déjà été confronté, confronté à des situations où le consentement était**
105 **difficile à obtenir ou remis en question ?**

106 IDE : Bah du coup c'est ce que je disais un peu tout à l'heure hein.

107 **Moi : Oui.**

108 IDE : Mais forcément on a des patients qui sont sous contraintes, donc qui sont pas forcément
109 d'accord avec l'hospitalisation. Euh on a eu on a pas mal de patients où du coup ils sont

110 tellement en crise et coupé de la réalité que bah c'est c'est compliqué, et du coup ça tout se
111 négocie. Parce qu'ils sont très méfiant parce qu'ils sont persécutés euh, donc on essaie de
112 travailler quand même l'alliance toujours au début malgré tout euh mais des fois il arrive que
113 euh qu'on arrive par exemple à des à des des soins je pense à du coup bah des injections pour
114 les apaiser où bah du coup ils sont pas forcément d'accord et on est obligé de les contenir et de
115 le temps de l'injection c'est déjà arrivé parfois assez souvent ça dépend les périodes (rire) quand
116 même euh mais après c'est toujours repris une fois que la crise est terminée euh.

117 **Moi : Vous en reparlez avec le patient ?**

118 IDE : Ouais, on en parle quand même avec le patient. Des fois il se rappelle pas forcément ou
119 c'est un petit peu flou, euh mais ça arrive aussi qu'il réalise fin là j'ai l'exemple d'une patiente,
120 je sais pas si tu veux que je te donne un exemple.

121 **Moi : Oui c'était ma question suivant (rire)**

122 IDE : Ah d'accord (rire) bon bah voilà, euh bah par exemple on avait une patiente qui était
123 complètement coupé de la réalité, elle était totalement euh dissocié, elle entendait des voix mais
124 qui était vraiment envahissante qui était vraiment envahissante, et on pouvait même pas parler
125 en fait avec elle euh et elle lâchait aucun aucun mot (bruit de porte) il y avait vraiment aucune
126 communication en tout cas verbale... Et du coup cette patiente en plus de ça ben elle avait
127 mordu des soignants aux urgences euh nous quand on y est allé bah du coup elle était en
128 chambre d'isolement, entraver euh elle arrivait quand même à se désentraver les les mains et
129 dès qu'on y allait. Bah forcément elle essayait de nous attraper de nous mordre, c'était assez
130 compliqué et la question du traitement, c'est qu'on a quand même essayer de de lui faire prendre
131 en per os et en fait elle l'avait recraché elle nous avez jeté le gobelet euh dessus donc on y était
132 retourné, il y en a toujours un qui parle et qui explique quand même qu'on va l'injecter que
133 c'est le traitement que c'est pour l'apaiser, même si elle n'est pas là sur le moment, on va quand
134 même lui lui dire euh on est plusieurs pour la contenir pour la sécuriser la patiente parce que du
135 coup on va faire une injection donc le risque c'est pas non plus qu'on pique un collègue ou que
136 on la fasse mal qu'on lui fasse mal pardon à ce moment-là donc il y en a qui vont la contenir
137 quelqu'un qui fait l'injection. Et une fois que la crise après est passée, au bout de quelques sem
138 quelques jours, elle se rappelait de ce qu'elle avait fait, de ce qui s'était passé, elle s'était
139 effondrée, on l'avait rassuré par rapport à tout ça et elle nous avait pas accablé de ce qu'on avait
140 pu faire en fait à ce moment-là, mais on n'a pas eu d'autres choix que que de passer par là, que

141 de l'injecter parce que en fait bah si on donnait aucun traitement bah il n'y aurait pas eu
142 d'amélioration en fait et elle serait complètement coupée de la réalité en fait.

143 **Moi : Du coup elle en a eu conscience et elle était au final d'accord ?**

144 IDE : Euh alors bah du coup sur le moment non parce qu'elle était pas en capacité de donner
145 son accord en fait son consentement par rapport à tout ça. Euh mais par la suite, elle a compris
146 en fait pourquoi euh on était rentrés à plusieurs, pourquoi on l'avait attaché même au lit,
147 pourquoi elle était isolée, pourquoi euh on l'avait maintenu le temps de l'injection aussi. Elle a
148 elle a pu comprendre après par la suite, mais il a fallu quand même passer par là pour arriver en
149 fait à à cette situation où on puisse lui expliquer en fait.

150 **Moi : Oui.**

151 IDE : Après il arrive aussi qu'il y est des patients qui euh qui ne veulent pas prendre le traitement
152 euh et qu'on a beau en fait expliquer, qu'on a beau ouais éclairer en fait sur pourquoi c'est c'est
153 pertinent de le prendre euh. Du coup on a quand même une prescription du médecin qui va nous
154 marquer si refus du traitement euh il faut faire une injection du coup ou si agitation, si angoisse
155 et si refus du coup de prendre le traitement per os on peut en arriver là. Donc on informe quand
156 même le patient, on laisse toujours le choix aussi au patient à ce moment-là. c'est-à-dire c'est
157 là vous devez prendre le traitement, on voit au niveau de la négociation comment ça ça évolue,
158 si on voit que le le patient est catégorique et qu'il refuse on va lui dire en fait là il n'y a pas le
159 choix c'est soit vous prenez en (bruit de tasse qui se pose sur la table) soit vous prenez en
160 injectable. Donc là bah soit il accepte finalement le le le per os soit du coup bah dans ces cas-
161 là c'est euh c'est l'injection.

162 **Moi : Ok, d'accord. Comment, selon vous, une bonne relation entre le soignant et le soigné**
163 **influence-t-elle la qualité des soins ?**

164 IDE : Hum bah forcément s'il y a une bonne relation entre les deux (rire) ça va forcément euh
165 fin le soin sera différent. Si on voit qu'un patient euh il y a un contact s'il est plutôt fuyant,
166 admettons qu'il est plutôt fermé, ça va être compliqué parce que du coup comment on va faire
167 pour créer le lien avec le patient ? Comment travailler avec lui ? Qu'est-ce que on peut lui
168 apporter pour que justement euh ça aille vers du positif ? Euh euh une bonne relation, bah ça
169 va être une relation de confiance entre les deux, où du coup bah le patient va faire confiance à
170 son soignant à ce moment-là. C'est sûr que quand on des patients qui sont hyper méfiant et

171 persécuter c'est compliqué du coup (rire) parce qu'ils seront plus distant, ils vont c'est c'est
172 c'est plus compliqué parce qu'ils vont pas forcément se livrer autant que s'ils avaient confiance
173 en fait en nous. Euh bah après avec le temps dans tous les cas nous ça se ça peut se rétablir. Je
174 veux dire si au début le patient il est délirant, persécuté, méfiant euh au fur à mesure qu'il y est
175 la prise des traitements et bah qu'on crée un certain lien avec le patient au fur et à mesure, il va
176 la clinique va s'améliorer, et du coup la méfiance va va s'estomper il sera peut-être plus dans
177 le contact.

178 **Moi : Ok, quels éléments considérez-vous comme essentiels afin d'établir une relation avec**
179 **le patient. Et pourquoi ?**

180 IDE : Euh bah du coup euh, quels éléments considérez-vous comme essentiels ? Euh bah déjà
181 l'accueil, l'accueil c'est hyper important à mon sens. Euh surtout quand c'est des patients que
182 qui nous connaissent pas parce que des fois on a des patients qu'on connaît qui reviennent etc.
183 Mais je pense que l'accueil est hyper important surtout au début de l'hospitalisation parce que
184 c'est ce qui va après influencer sur le reste. Euh après ça va être euh ça va être euh, qu'est-ce
185 que il y a ? L'accueil, euh la confiance que ce soit le soigné mais aussi le soignant, avoir
186 confiance au patient. De je je cherche un exemple au fait (rire) en même temps pour un peu
187 illustrer mais je pense que la confiance ça va dans les deux sens. Le respect aussi euh qui qui
188 doit y avoir entre les deux parce que nous on arrive des fois avec des des patients qui sont agités
189 qui vont nous insulter qui vont, qui peuvent être parfois violent. Euh du coup je pense que le
190 respect que ce soit le soi le patient comme euh fin c'est important aussi pour que la relation soit
191 soit de confiance et du coup soit essentiel dans la prise en charge du patient euh. Ouais le
192 respect, euh l'accueil, la confiance euh, d'être à l'écoute aussi euh, d'expliquer aussi au patient
193 qu'on est là pour l'aider, qu'on n'est pas là pour autre chose, qu'on lui veut pas du mal
194 quoi euh voilà. (Personne qui parle dans le couloir)

195 **Moi : Ok, d'accord. Avez-vous déjà rencontré des situations où la relation avec le patient**
196 **a été particulièrement difficile et comment les avez-vous gérés ?**

197 IDE : Euh bah il y en a eu pleins des situations où ça peut être compliquée (rire). Euh bah ça va
198 être plus compliqué quand on a un patient qui est plus euh fermé, qui a un discours qui est très
199 pauvre ou c'est-à-dire qui va pas beaucoup parler euh parce que ben on va essayer de gratter,
200 de creuser, d'avoir des informations mais du coup face à nous on va avoir une personne peut-
201 être qui va être totalement euh fermé et qui va pas vouloir euh donner plus d'informations. Du

202 coup c'est un peu compliqué pour euh arriver à avoir une relation un échange en fait avec avec
203 lui à ce moment-là. Euh ça peut être aussi des des situations, le patient qui est totalement agité
204 ou qui est je sais pas moi, bon généralement ils ne sont pas sous l'emprise de toxiques quand
205 ils arrivent mais il arrive que des fois euh fin on a déjà eu le cas ici où il passe pas forcément
206 par les urgences et il arrive il est aussi sous l'emprise de toxique et du coup c'est compliqué
207 parce que bah bah à ce moment il va être délirant, il va être plus agité, il va, ça va être compliqué
208 de le contenir. On va pas fin la relation du coup elle sera ça sera différent que si il était euh s'il
209 n'avait pas pris de toxique quoi, fin ça biaise un peu. Aussi euh si le patient est agité euh si il y
210 a quelqu'un qui est dans la provocation aussi on a des patients des fois qui ont un peu un profil
211 psychopathique, c'est rare quand même mais ça arrive où du coup ils vont chercher de la
212 confrontation ou une certaine dualité euh avec certains soignants où où c'est c'est c'est ça peut
213 être un peu compliqué ça peut être un peu tendu quoi à ce moment-là.

214 **Moi : Et du coup ces situations euh difficiles vous faites comment pour les gérer ?**

215 IDE : On est toujours en équipe euh, dans tous les cas quand on prend une décision on est en
216 équipe. Euh et une fois que par exemple je sais pas moi on a je pense à une agitation admettons
217 parce que là à ce moment-là forcément la relation elle est bah c'est compliqué si on met le tient
218 en chambre qu'on l'entrave, qu'on l'injecte etc. Euh du coup une fois que la la situation est
219 terminée, on va forcément le reprendre entre nous en équipe. On va toujours euh discuter de ce
220 qui s'est passé et une fois que on est un peu à distance qu'on qu'on souffle un peu on va reparler
221 aussi avec le patient de de tout ça euh.

222 **Moi : Ok, bon c'est tout pour mes questions. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose**
223 **avec que l'on euh se sépare ?**

224 IDE : Hum. Est-ce qu'il y a des choses où j'ai été claire ou est-ce ya t'as besoin de je ne sais
225 pas d'exemple ou d'autres d'autres trucs pour euh je sais pas.

226 **Moi : Non pour moi ça ça a été clair.**

227 IDE : Ouais est ce que je t'ai aidé dans ?

228 **Moi : Oui.**

229 IDE : Est-ce que mes réponses t'ont ça va t'aider ou pas ?

230 **Moi : Moi ça ça m'allait les réponses.**

- 231 IDE : Ouais ça t'allait ok, non c'est juste pour savoir parce que si tu veux je peux revenir sur
232 un point qui n'a pas été trop clair et je peux reprendre fin il n'y a pas de soucis.
- 233 **Moi : Pour moi ça a été clair après c'était si vous vous vouliez rajouter quelque chose euh**
234 **mais euh.**
- 235 IDE : Euh non là j'ai pas. (rire)
- 236 **Moi : Bah c'est bon parfait alors merci beaucoup.**
- 237 IDE : C'est bon alors merci à toi.

Annexe IV.II : Entretien 2 en USLD

1 **Moi : Bon du coup moi c'est Anaïs, je suis étudiante en 3^e année et j'ai à peu près douze**
2 **questions en lien avec mon mémoire. Donc du coup mon mémoire il traite euh du**
3 **consentement, de la relation soignant-soigné et de la place du patient dans les soins.**
4 **Ducoup est ce que c'est possible, pour commencer, de vous présenter, de me dire votre âge,**
5 **depuis combien d'années ça fait que vous exercez et quel est votre parcours**
6 **professionnel ?**

7 IDE : Alors moi c'est ..., j'ai 36 ans. Je suis infirmière depuis euh 2022 donc euh bébé
8 infirmière. Euh avant ça j'ai fait sept ans le métier d'aide-soignante et avant ça euh j'étais agent
9 de service hospitalier.

10 **Moi : D'accord.**

11 IDE : Euh, donc j'ai commencé en 2010 à être dans les soins. Voilà. Euh j'ai fait principalement
12 de l'EHPAD, du domicile, euh de la médecine, beaucoup de médecine pendant les sept ans
13 d'aide-soignante, euh j'ai fait du pôle euh cardio, onco, soins palliatifs et là je suis en gériatrie
14 du coup.

15 **Moi : D'accord, donc là ça fait combien de temps ?**

16 IDE : Que je suis là ?

17 **Moi : Oui.**

18 IDE Euh ça fait 2 ans quelque chose comme ça.

19 **Moi : Depuis euh que vous avez eu le diplôme ?**

20 IDE : Ouais.

21 **Moi : D'accord. Donc du coup euh par rapport à la place du patient dans les soins ; quelle**
22 **est, selon vous, la place accorder aux patients dans les décisions concernant son parcours**
23 **de soin ?**

24 IDE : Alors, est-ce que tu peux préciser ? Parce que c'est large là.

25 **Moi : Concernant sa prise en charge. Quand vous le prenez en charge, quelle place vous**
26 **accordez au patient pour ses décisions ?**

27 IDE : Alors, moi je préfère dire prise en soin parce que prise en charge ça a toujours une
28 dimension un peu péjorative qui me bref, c'est comme ça que je conçois le truc. Alors dans un
29 monde idéal, je vais te dire que le patient il est au milieu euh de la prise en charge. Il arrive dans
30 le service et en découle euh finalement tous tous les besoins qu'il va avoir et que nous on va
31 être amené à satisfaire. Donc quand il arrive ici, on on a tout fin si tu veux un inventaire de ce
32 qui a été sa vie avant, son histoire de la maladie, euh l'environnement qu'il a, la famille etc. Et
33 si tu veux, ça c'est déjà important dans le dans le contexte d'accueil parce que euh s'il y a une
34 mesure de tutelle etc. curatelle, c'est des mesures de protection qui sont importantes à savoir
35 parce qu'en fait si tu n'as pas ce contexte là c'est déjà compliqué. Si tu as aussi des notions de
36 pathologies, de troubles cognitifs, si t'as des troubles cognitifs c'est beaucoup plus compliqué
37 et là euh déjà on va devoir faire ce qu'on appelle une évaluation donc que ce soit sur le principe
38 de... parce que la personne on l'a connaît pas initialement donc on va la découvrir. Donc les
39 premiers jours, on l'observe beaucoup, le comportement qu'elle a, sa capacité à échanger avec
40 nous, euh sa capacité à bah justement à décider de comment elle se perçoit ? Qu'est-ce qu'elle
41 souhaite ? Euh c'est elle en fait qui va nous le dire, nous si tu veux, notre but, c'est de s'adapter.
42 La personne que ce soit dans les soins qu'elle va apporter à sa personne ; coiffure, maquillage,
43 habillage, la toilette, les habitudes, le lavabo, l'autonomie etc. Ça c'est des choses qui vont
44 découler de après euh la décision si tu veux, elle est difficile quelquefois à trouver quand on va
45 avoir des personnes des fois qui ont des des pathologies anxieuses, dépressives, on a des cas où
46 entre guillemets on est dans la dans le questionnement éthique par rapport à ces prises de
47 décision. Je m'explique, on a par exemple là actuellement une patiente euh qui est dans une
48 phase de baisse de la thymie et elle se replie énormément sur elle-même. Cette dame elle est là
49 depuis plus de trois ans, et en fait on sait que elle a des passages à vide où elle ne veut plus rien
50 du tout. Elle est vraiment replier sur elle-même, elle mange plus euh, voilà et là c'est des choix
51 éthique c'est-à-dire que on en discute de manière collégiale, on a fait son staff la semaine
52 dernière, on s'est posé en disant, voilà cette patiente euh , on l'a connaît comme ça, aujourd'hui
53 elle est comme ça, elle nous dit ça, nous on observe ça et qu'est-ce que il va découler de ça ?
54 Qu'est-ce que, c'est collégial la plupart du temps, c'est ça qui va être décisionnaire. Après une
55 personne qui arrive qui a, entre guillemet toute ses facultés cognitives, je veux dire voilà. Là où
56 c'est plus difficile c'est quand on sait qu'ils ont des troubles cognitifs mais on sait pas jusqu'à

57 quel degré ils les ont et du coup c'est compliqué de percevoir leur capacité de prendre une
58 décision. Alors il y en a ça va être 'oui je sais euh ce que je veux mettre comme habits
59 aujourd'hui', il y en a c'est euh par exemple 'je ne veux pas avoir ma sœur ma fille au téléphone
60 ou je veux pas être assise à côté de cette personne'. Quand ils le verbalisent tel quel, on ne peut
61 que l'entendre. Après euh la question c'est quand ils ne le disent pas. Quand ils ont des mesures
62 de protection euh ça c'est délicat. Par exemple la mesure de protection bah on va, on va par
63 exemple avoir souvent on demande des directives anticipées, souvent à l'entrée justement
64 quand ça a été déjà un peu pensée parce que c'est important de savoir un petit peu où on va
65 surtout en terme d'acharnement thérapeutique tu vois par exemple sur les décisions qui sont
66 importantes. Et souvent on tâtonne, c'est pour ça que maintenant de plus en plus on dit 'Est-ce
67 qu'il y a euh des directives anticipées ? Qu'est-ce que votre maman votre papa disait par rapport
68 à la fin de vie ?' C'est des choses qui sont très très importantes euh et ça c'est des facultés
69 décisionnelles souvent qui ont été évoquées avant. J'ai le cas par exemple d'une dame en bas il
70 y a un an et demi. Elle avait dans son dossier une lettre qu'elle avait écrite très jeune, où elle
71 avait dit en gros 'je souhaite donner mon corps à la science, tel jour, telle date'. Voilà au bout
72 d'un moment tu l'entends, tu l'entends quoi. Euh et après il y a ceux qui ne parlent pas. Et là
73 c'est délicat. Par exemple on a encore une dame là en bas euh qui a fait plusieurs AVC et qui a
74 plus de capacité de paroles donc c'est beaucoup de l'observation, beaucoup de la gestuelle, euh
75 les yeux euh mais après c'est compliqué. Et après t'as tout ce qui est législatif, par exemple le
76 vote l'année dernière. Par exemple je crois que c'était les présidentielles, il me semble euh on
77 a eu toute une liste de votant, sauf que ben entre ceux qui n'ont pas de famille, ceux qui donc
78 peuvent pas se déplacer au bureau de vote, ceux les tuteurs c'est compliqué, c'est vraiment
79 compliqué des fois et jusqu'à quel niveau on leur laisse leurs facultés de décision ? Ça c'est
80 toujours une question éthique qui euh demande à être réévalué et interrogé.

81 **Moi : D'accord. Pensez-vous que les patients se sentent suffisamment écoutés et considérés**
82 **dans leur singularité dans votre service ?**

83 IDE : Alors. Euh, oui et non. Je m'explique. Non parce qu'on a beaucoup de patients et parce
84 que quelques fois euh de par le manque d'effectif, on est obligé de d'adapter notre prise en
85 charge et de faire des choses de manière un peu plus euh c'est pas dégrader parce que j'aime
86 pas ce terme là mais euh euh humainement c'est plus difficile donc c'est plus difficile. On essaie
87 de leur accorder du temps, de l'écoute, de l'attention, parce qu'ils ont besoin mais
88 malheureusement des fois c'est compliqué. Euh et oui je dirais que oui aussi parce qu'on a

89 quand même la la capacité en tant que long séjour à euh bah à euh leur offrir un lieu de vie,
90 donc un lieu de vie, une chambre avec un univers à eux, avec une histoire de vie qui est à eux,
91 des photos, euh voilà toute cette dimension très personnelle euh et on connaît leurs habitudes
92 de vie, un se lève à telle heure, une elle aime bien l'eau de Cologne. Fin c'est des choses, des
93 petits choses qu'on découvre mais qu'on ne peut pas, quand ils arrivent, qu'on connaît pas la
94 personne on va se fier aux familles et après on découvre mais c'est vrai que oui et non. Mais
95 c'est toujours pareil encore une fois dans l'humain en tout cas on est toujours obligé de de
96 réadapter et d'être effectivement suffisamment empathique pour se dire 'ok là je pense que et
97 elle me dit que donc j'adapte'. Beaucoup d'adaptation.

98 **Moi : Du coup comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les**
99 **attentes spécifiques du patient ?**

100 IDE : Alors je dirais que dans chacun des domaines de compétences de tous les corps de métier
101 en fait que ce soit les ASH que ce soit les AS, que ce soit les infirmiers même la cadre je veux
102 dire, on a tous un bouquet de compétences euh de part tous ces bouquets de compétences, les
103 métiers les différents métiers vont répondre à des besoins. Euh après ça malheureusement c'est
104 un peu pour moi aléatoire parce que c'est euh individu dépendant. Euh il va y avoir des
105 soignants qui vont avoir plus d'empathie que d'autres, d'autres moins, je dis pas qu'ils en ont
106 pas mais qu'ils en ont moins ou ils ont un vécu différent. Du coup il y a des choses, il y a des il
107 y a des personnes qui vont plus les toucher, plus les atteindre, ils vont peut-être avoir plus de
108 mal à les prendre en charge, à les prendre en soin justement voilà je dis prendre en charge parce
109 que justement pour eux ça va être une prise en charge et pas une prise en soin. Euh donc après
110 voilà moi par exemple personnellement euh j'estime, il y a une barrière, il y a une une une
111 distance, la fameuse distance thérapeutique. La plupart des soignants on va dire qu'ils sont là
112 (montre un grand écart avec ses mains), il y a des soignants qui sont là (rapproche ses mains)
113 et bah moi je me mets là (rapproche encore ses mains).

114 **Moi : Au plus proche**

115 IDE : Voilà. Le truc c'est que je sais du coup que si je me mets là je risque de (tape ses mains)
116 me faire heurter plus vite. Mais c'est comme ça que moi je vais euh travailler. Donc je tutoie
117 des patients parce qu'ils me l'ont autorisé. Euh je les appelle par leur prénom, ça c'est de
118 l'individualisation euh mais c'est toujours dans une recherche de consentement. C'est-à-dire
119 que la personne elle me dit : 'Vous me dites-vous', vous me dites vous, ' Tu me dis tu', moi tu

120 m'appelles comme ça et tu me dis tu ok. Mais ça ça fait aussi partie pour moi du consentement
121 et de la décision et parce que ce consentement il va être respecté même si effectivement c'est
122 institutionnelle, il faut dire 'madame, monsieur' et 'vous'. Bah moi j'adhère pas à ça parce que
123 surtout sur un lieu de vie euh si on veut individualiser les soins, il faut pouvoir les individualiser
124 vraiment.

125 **Moi : Comment vous définissez le consentement dans votre pratique ?**

126 IDE : Alors on a la définition initiale du consentement qui relève en gros de la capacité de
127 décision et de dire oui ou non à quelque chose pour quelqu'un entre guillemet qui est sain
128 d'esprit. Sauf que euh sans même parler de notre service euh on va dans les faits d'hiver et on
129 voit que la notion de consentement elle est déjà très aléatoire est très très euh difficile euh en
130 fonction des gens à évaluer parce que au final on a plein de gamines qui disaient, qui relatent
131 des faits de viols etc. Je prends le truc le plus gros et qui disent : 'Ah bah en fait j'étais pas
132 consentante' et puis on le mec qui dit : 'Non mais finalement elle m'a dit oui mais elle l'était
133 pas'. Fin ce que je veux dire par là, c'est que la définition du consentement sur le principe déjà
134 pour moi, c'est celle-ci celle que je viens de te donner. Et pour autant, je pense que, c'est
135 vraiment une définition euh, il y a une dimension culturelle aussi parce que le consentement je
136 pense que il y a des pays où même pas on se demande en fait si ça existe ou pas. Et euh pour
137 ce qui est de la gériatrie, je dirai que c'est encore plus compliqué, euh je veux dire pour les gens
138 qui on a encore entre guillemet leur capacité de communication, de cognition, on le demande
139 tout simplement parce qu'on n'est pas à la place de la personne et je sais qu'il peut arriver qu'on
140 ait envie de faire à la place de, alors qu'au final on prend la décision de et euh moi ça me pose
141 un problème éthique parce que du coup euh on les infantilise. Je veux dire à un moment ou à
142 un autre quand ils arrivent ici, on leur récupère la carte vital, la mutuelle, la carte d'identité. Ça
143 reste des individus. Vous voyez ? Et à un moment euh c'est pas parce qu'ils ont soixante quatre-
144 vingts balais qu'ils sont dans une institution, qu'ils ne sont plus personnes et des fois on a
145 tendance à oublier cette dimension de d'individu et de dire bah non en fait le patient bah il est
146 là, le résident en l'occurrence il est là et il a sa voix et des fois entendre un 'oui' parce qu'on est
147 dans notre dynamique etc. ok mais des fois c'est plus compliqué d'entendre un 'non', parce
148 qu'on a envie de bien faire. Je donne l'exemple typique de la toilette : 'On va faire la toilette
149 aujourd'hui ?' euh 'Non'. 'On va vous opérer pour tel...' 'Non, je ne souhaite pas être opéré, je
150 ne souhaite pas euh avoir de toilette aujourd'hui je ne souhaite pas'. Et ce non pour les soignants
151 des fois c'est compliqué parce qu'on est dans cette dimension de faire mais je comprends pas

152 si je fais, je prends soin et des fois si je, j'écoute j'att j'écoute ce qu'on me dit, je prends soin
153 aussi.

154 **Moi : D'accord. Euh quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de**
155 **la part du patient ?**

156 IDE : Alors en général je demande, moi c'est ce que je fais en principe. Après quand les gens
157 ils ne communiquent pas ou n'ont pas la capacité de verbaliser les choses j'ai beaucoup de
158 d'observations sur les gestuelles. Quelqu'un qui va se laisser euh qui va quand tu vas voilà tu
159 vas dire bah voilà 'je vais vous laver' par exemple, 'je vais m'occuper de vous' le patient ou la
160 patiente il se sert comme ça (me montre en croisant ses bras, crispée), il ferme les points et puis
161 il a un regard, je ne suis pas sûre que cette personne-là elle ait vraiment envie que tu t'occupes
162 d'elle. Quelqu'un qui se laisse aller, qui est souriant ou qui voilà. Ok, déjà là, on se dit bon. Et
163 ce consentement bah euh c'est délicat parce que des fois on croit, on interprète des fois, on est
164 obligé de je pense des fois d'être dans l'interprétation, même si c'est pas idéal euh pour dire
165 bon bah voilà je la connais un peu je je pense que. Mais dans tous les cas c'est c'est discutable
166 et c'est pour ça qu'on fait beaucoup de staff parce que le staff ça ça permet de remettre le patient
167 au milieu et de dire ok on est dix-quinze autour d'une table on a des histoires différentes, des
168 vécus différents, euh des visions différentes, des cultures différentes, moi je vois ça et toi tu
169 vois quoi ? Et parce que on va croiser tout ça, on va avoir un point de de de mir, qu'on va
170 essayer de suivre.

171 **Moi : Ok. Est-ce que vous avez déjà été confronté à des situations où le consentement était**
172 **difficile à obtenir au remis en question ?**

173 IDE : Oui, souvent. Souvent et euh je vais je vais parler d'un cas de palliatif. Euh qui est très
174 simple euh c'est une dame qui euh, avait toutes ses facultés cognitives, qui était atteinte d'un
175 d'une sclérose latérale amyotrophique, qui était sous oxygène c'était très compliqué. Elle était
176 nourrie par stomie et en fait cette dame depuis le début elle avait posé des directives anticipées
177 elle avait rempli des formulaires elle avait tout voilà. Et en fait la fille euh s'opposait et la dame
178 avait demandé une sédation. Ce qu'il faut savoir avec les SLA, c'est une des maladies où tu
179 sais de toute manière que ça sera du palliatif, parce que il n'y a pas de de pas traitement. Donc
180 en fait du moment que t'es diagnostiqué, tu commences déjà un processus où tu dis : 'Ok,
181 comment j'envisage la suite ?' Et cette patiente elle avait très bien pensé la suite, elle avait fait
182 des papiers, elle s'était arrangée pour faire en sorte pour que bah quand ça sera le moment voilà.

183 Et il y a eu un cas un peu comme le cas de je ne sais pas comme le cas de Vincent Lambert où
184 en fait il était dans le coma, où la femme voulait qu'il soit sédaté et la mère pas du tout et euh
185 il y avait une dimension catholique etc. Mais là c'est un peu, c'est pas tout à fait la même chose,
186 mais un peu quand même dans le sens où là la fille elle était témoin de Jéhovah et la mère elle
187 a dit 'non moi je veux une sédation' et à ce moment-là bah la mère elle était quasiment plus en
188 capacité de parler et la fille euh elle a fait tout un patacaille quoi sauf que arrive à la fin bah
189 c'est le corps de sa maman et sa maman elle a décidé quelque chose quoi.

190 **Moi : Comment vous avez pu gérer du coup cette situation ?**

191 IDE : L'équipe m'a beaucoup aidé euh encore une fois euh la convergence d'avis et d'opinion,
192 beaucoup communication avec la patiente et la fille. C'est souvent le cas, c'est souvent des
193 fois quand il y a des problèmes comme ça de consentement, on s'imagine que la prise en soin
194 doit être idéal. Mais des fois c'est parce que il y a des on se heurte à des difficultés euh de prise
195 en soin qu'on évolue dans nos pratiques et qu'on évolue en tant qu'être humain et je pense que
196 justement euh moi les plus les cas les plus intéressants que j'ai vu, ce sont peut-être aussi des
197 cas, où je me suis retrouvée 'ah mince comment je fais ? qu'est-ce que t'en penses ?' et je vais
198 bidouiller et je vais essayer de trouver une solution et je vais y réfléchir en rentrant chez moi et
199 'comment je fais faire demain matin pour m'adapter ?'. Et en fait c'est là où je me dis : 'ah
200 ouais j'ai appris ça finalement' et là dans cette situation là je me suis dit ok au début je me suis
201 dit : 'punaise si je parle à la fille ça va être terrible', j'étais élève infirmière à l'époque et euh
202 après je me suis dit : 'non en fait il va falloir y aller quoi il va falloir poser et dire ok bah la en
203 fait votre maman elle a ses choix, elle a ses décisions, je comprends' et en fait cette fille elle
204 était dans le déni de la maladie de sa maman depuis des années et elle ne concevait pas qu'elle
205 puisse mourir en fait. Voilà après il y a le contexte familial, il n'y avait plus le papa fin toute
206 une dynamique et là c'est de l'analyse c'est de comprendre quelles sont les facteurs qui font
207 que c'est compliqué ? Tu vois c'est pas qu'un cas isolé, c'est pas qu'une histoire de
208 consentement. Souvent il y a des patientes pas exemple qui ont été violées, on en est là les
209 premiers ça va ça va se voir assez vite le rapport au corps il est compliqué. Là c'est pareil qu'est-
210 ce qu'on fait ? On la voilà et bah on y réfléchit voilà on le pense autrement, on sait que par
211 exemple on va essayer d'adapter pour pas qu'il y est trop d'homme pas d'homme qui s'occupe
212 d'elles par exemple, un exemple tout bête mais qui change la donne et voilà c'est du
213 raisonnement, s'adapter et raisonner.

214 **Moi : D'accord, comment selon vous une bonne relation entre le soignant et le soigné**
215 **influence-t-elle la qualité des soins ?**

216 IDE : Par l'alliance thérapeutique, tout simplement. C'est-à-dire qu'à un moment ou à un autre
217 une alliance thérapeutique pour moi elle ne se crée pas en deux secondes c'est parce que tu vas
218 montrer à l'autre personne qui est en face de toi, bah voilà 'je suis soignante, oui j'ai une blouse
219 blanche, oui je fais peur, oui vous arrivez dans un environnement qui n'est pas votre maison et
220 moi je suis là dans pour vous aider'. Au début, il y a plein de patients qui sont dans la le refus,
221 la colère, la contestation et cette alliance elle est cruciale parce que tu vas prendre le temps,
222 parce que tu vas entendre la colère, parce que tu vas entendre les refus, parce que tu vas essayer
223 de comprendre et d'écouter. Des fois il va y avoir des trucs qui vont se débloquer et les gens ils
224 vont dire : 'Ok, bon bah là je peux lui faire confiance'. Il va pouvoir y avoir quelque chose
225 qui va se passer c'est jamais vraiment dit hein en l'état. Euh mais euh moi j'ai une patiente ici
226 par exemple elle est quasiment fin il n'y a quasiment pas de soignant qui arrive à faire quelque
227 chose avec elle au niveau de sa prise en charge parce qu'elle est diabétique et c'est un travail
228 qui a duré deux ans quoi. Un travail de longue haleine où j'ai dit : 'ok bon je recule là-dessus,
229 je concède là, j'essaye de lui mettre un peu de cadre'. Parce que j'ai travaillé voilà après il y a
230 d'autres collègues qui y arrivent autrement bah cette patiente là j'arrive à lui faire entendre
231 raison que bah c'est important de se faire piquer au moins une fois dans la journée, après on
232 négocie, c'est on va pas la piquer trois fois, on va la piquer une fois. On va lui faire comprendre
233 bah que c'est important de bah elle peut manger euh à Noël par exemple il y avait des oreillettes
234 sur la table elle en voulait encore je dis : 'ok alors on va piquer le doigt on voit à combien vous
235 êtes, combien tu es du coup et selon je fais un peu d'insuline et après bah on te refusera pas
236 l'oreillette'. Par contre il va falloir essayer de bah elle a accepté alors que les insulines c'est
237 non par exemple et parce que il y a une négociation parce que fais-moi confiance parce que
238 parce que je suis là pour t'aider cette notion-là elle est importante pour moi.

239 **Moi : La relation d'aide ?**

240 IDE : Ah ouais. Mais c'est de l'alliance thérapeutique c'est on est là et ça va se créer petit à
241 petit.

242 **Moi : Ok, quels éléments considérez-vous comme essentiel un établir une relation avec le**
243 **patient et pourquoi ? Du coup c'est un peu ce que vous venez de dire.**

244 IDE : L'écoute, l'empathie, le respect euh respecter les temps, respecter la colère, respecter les
245 émotions de des des patients, la bienveillance, essayer dans la mesure du possible de faire
246 preuve de non jugement même si c'est très compliqué, voilà accepter l'individu dans sa totalité
247 quoi et ça c'est très compliqué. D'être holistique, se dire que il y a un vécu, il y a une histoire,
248 madame un tel ah bah ça n'a pas été une bonne mère, ça n'a pas était une bonne mère parce que
249 bah si, parce que bah ça bah. Ok, mais ça reste une personne, cette personne-là elle est là
250 aujourd'hui euh elle a eu une histoire, elle a eu ses raisons et puis moi nous on est là pour la
251 soigner. C'est du même acabit que, en plus exagéré, que les gens qui sont qui viennent de prison,
252 qui ont fait des meurtres. Alors on les soigne pas ces gens-là ? Tu vois c'est pareil. C'est des
253 choses où tu te dis bah ok ben ok bah il y a des soignants qui disent bah moi je soignerai jamais
254 un pédophile, je respecte mais qui le soigne alors ?

255 **Moi : Est-ce vous avez déjà rencontré des situations où la relation avec le patient a été**
256 **particulièrement difficile. Et comment vous les avez gérées ?**

257 IDE : Ça m'est arrivé. Quand j'étais aide-soignante, j'ai rencontré un monsieur euh qui est rentré
258 pour euh une décompensation alcoolique hein grosso modo. Il avait un foie cirrhotique et en
259 gros il était ictérique, il allait mourir. Et mon papa est alcoolique. Donc quand je suis arrivée
260 dans la chambre, euh je, j'avais j'avais beaucoup de distance, j'étais pas maltraitance, mais
261 j'avais beaucoup de distance. Et un jour il me dit, il me tutoie, il me dit euh : 'Toi tu ne m'aimes
262 pas, euh je sais pas pourquoi mais tu ne m'aimes pas' et là je m'assoie je je bug et je me dis
263 euh 'assis-toi et parle'. Donc j'arrête tout ce que je fais, je m'assoie à côté de lui, je prends une
264 chaise je dis : 'Ok euh bah si vous voulez, expliquez-moi ce que vous ressentez', 'Bah ouais
265 t'es t'es t'es plutôt distante avec moi pourquoi ?' et je dis euh : 'Qu'est-ce que vous vous avez
266 impression ? Voilà, qu'est-ce qu'il se passe ?' Il me dit : 'Ben, j'ai l'impression que parce que
267 je suis alcoolique, tu me juges'. Et ben j'ai dit : 'Je pense qu'inconsciemment oui' j'ai dit 'j'ai
268 un vécu qui fait que j'ai vécu l'alcoolisme dans mon foyer' et bah on en a parlé et il m'a expliqué
269 son histoire et de ce moment-là ça a débloqué un truc ce que je disais tout à l'heure, des fois les
270 patients difficiles euh bah moi ça m'a débloqué un truc et j'ai plus jamais été la même après
271 cette discussion-là voilà comment j'ai géré. Moi j'essaie de j'ai toujours géré par la discussion
272 quand les gens sont disposés à. C'est le mieux quoi.

273 **Moi : Ok, merci beaucoup. Euh donc moi j'ai plus de questions est-ce que vous avez**
274 **quelque chose à ajouter avant que, qu'on clôture ?**

275 IDE : Moi j'aimerais savoir pourquoi tu veux l'être infirmière ?

276 **Moi : En fait le soin m'attirait euh j'avais envie de de soigner parce qu'en fait j'ai euh,**
277 **j'ai, j'ai fait des euh consultations avec des infirmières pédopsy euh pour moi**
278 **personnellement et en fait je me suis dit bah j'ai envie d'aider les autres comme on m'a**
279 **aidé et bon du coup j'avais envie de demander euh infirmière parce que bah médecine je**
280 **me voyais pas faire médecine pour moi c'était trop compliqué donc je me suis dit, je vais**
281 **tenter même si en fait j'avais en fait, j'avais pas trop de, je savais pas trop ce que c'était**
282 **être infirmière, je ne m'étais pas trop renseigné tout ça, mais je me suis dit en tout cas le**
283 **soin c'est ce qui me, c'est ce qui m'attire.**

284 IDE : Souvent on soigne pour se soigner hein.

285 **Moi : Oui.**

286 IDE : Bah ça a été un plaisir.

287 **Moi : Bah merci beaucoup, pour moi aussi.**

Annexe IV.III : Entretien 3 en unité psychiatrique

1 **Moi : Ducoup moi c'est Anaïs, je suis étudiante en troisième année et du coup euh ben je**
2 **vais vous poser des questions euh par rapport à mon mémoire. Donc déjà est-ce que vous**
3 **pouvez me dire votre âge, depuis combien d'années ça fait que vous exercez et votre**
4 **parcours professionnel ?**

5 IDE : Alors euh j'ai 33 ans. Ça va faire euh depuis 2014 que je suis diplômée donc euh ça va
6 faire 11 ans et mon parcours il est assez simple, je suis partie en psychiatrie dès ma sortie de
7 diplôme ; accueil crise ouverte pendant six ans et puis bah depuis euh donc ça va faire six ans
8 non cinq ans en accueil crise fermé.

9 **Moi : Ok**

10 IDE : A l'hôpital de ...

11 **Moi : Comment ?**

12 IDE : A l'hôpital de *****

13 **Moi : Quelle est, selon vous, la place accordée aux patients dans les décisions concernant**
14 **son parcours de soin ?**

15 IDE : Euh alors quand tu dis parcours de soins, tu parles juste des changements de service qui
16 peut avoir ou c'est euh... ?

17 **Moi : Non en fait dans votre service.**

18 IDE : Dans notre service, ok. Euh Alors je dirais que bah si ils rentrent sous contrainte euh euh
19 c'est la la question redis-moi exactement...

20 **Moi : Quel est, selon vous, la place accordée aux patients dans les décisions concernant...**

21 IDE : Ouais donc les décisions. Euh je dirai que bah (rire) la décision d'hospitalisation ils n'ont
22 pas le choix euh parce que par principe euh on a estimé euh une ou un ou deux médecins ont
23 estimé que il se mettait en danger pour lui-même ou qu'il était un danger pour les autres et qu'il
24 n'était pas en capacité de prendre une décision euh claire donc euh la loi prévoit qu'on puisse
25 hospitaliser quelqu'un sous contrainte. Une fois qu'ils arrivent euh, théoriquement ils sont
26 censés avoir un peu plus de droit, euh au moins d'être informés de tout ce qui arrive leur arrive,
27 ce qui je pense, est relativement bien fait chez nous. Euh on leur fait signer tous les papiers

28 qu'il faut, on les informe qu'ils sont sous contrainte, on leur réexplique où ils sont, on leur re
29 réexplique le mode de contrainte etc. jusqu'à ce qu'ils comprennent quoi. Euh après ben je
30 dirais que ça dépend surtout de l'état clinique s'ils sont en capacité ou pas d'être là ou pas je
31 dirais. Après forcément dans tout ce qui est soins euh dans dans mon service, je pense que c'est
32 pas toujours pas partout pareil mais dans mon service on estime que s'ils ont été mis sous
33 contrainte, c'est qu'ils ont une obligation de soins. Les soins, ça passe par diverses choses ; les
34 soins euh on va dire oraux la parole, les entretiens etc. Mais également euh bah le traitement et
35 euh et donc on cherche toujours à pas les obliger à proprement parler, mais par contre à à les
36 faire adhérer à ce traitement-là. S'ils n'y adhèrent pas, qu'il n'y a pas de danger pour eux-
37 mêmes ou pour les autres, on va attendre un peu et on va voir tout ça. Maintenant si il y a un
38 danger pour eux ou pour les autres et que clairement ils sont en grande difficulté, là on leur
39 laisse pas le choix quoi et on va bah voir injecter, on va mettre en place des traitements un peu
40 plus sans leur consentement.

41 **Moi : Ok, pensez-vous que les patients se sentent suffisamment écoutés et considérés dans**
42 **leur singularité dans votre service ?**

43 IDE : Non.

44 **Moi : Et pourquoi ?**

45 IDE : Mais partout. Fin je pense que à partir du moment où on est patient on n'est pas compris.
46 Vous voyez ce que je veux dire ? Parce que on est mal, on va pas bien, on a l'impression que
47 on quand quand on va mal, fin euh personne ne peut nous comprendre et c'est vrai. Je pense
48 que personne ne peut nous comprendre. Donc après on fait de notre mieux, on va écouter quand,
49 fin au maximum euh on n'est pas euh fin, on, on va, on va, on va essayer de de les écouter, on
50 va tout faire pour en tout cas. Maintenant est-ce que eux ils le ressentent comme ça ? Pas
51 toujours je pense pas euh de par leur pathologie aussi des fois euh quand ils se sentent persécutés
52 de toute façon quoi qu'on fasse euh bah ils se sentent persécutés donc voilà. Avec le temps plus
53 généralement plus le traitement agit et euh moins ils sont persécutés moins ils sont, on va dire
54 mal dans leur souffrance que ce soit euh bah la dépression ou ou la persécution je dirais euh.
55 Plus ça va et plus ils se sentent écoutés et compris mais c'est aussi parce que bah euh c'est leur
56 ressenti je pense qu'il fait que il ne peut pas toujours se sentir à 100 % compris et 100% écouté.

57 **Moi : Mais vous en tant que soignant vous vous les écoutez...**

58 IDE : Bah on se donne la mission de, effectivement on a un devoir de moyen pas de résultats.
59 Euh oui on se donne les moyens, je pense de. Maintenant en tant que humain, on va dire nous,
60 on essaie de les écouter. Après c'est comme tout il y a les contraintes institutionnelles, les
61 contres ordre, les les injonctions contradictoires etc. euh bon bah on fait au mieux. C'est la la
62 difficulté entre la théorie ce qu'on aimerait et la pratique qui est en réalité.

63 **Moi : Ok, Comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les**
64 **spécifiques des patients ?**

65 IDE : prrrrrrrr euh (silence) bah c'est multiple et varié je dirais. Euh comment je fais pour
66 adapter mes soins euh...?

67 **Moi : En fonction des patients ouais.**

68 IDE : Bah déjà l'état clinique, pour moi c'est fin euh je vais pas parler pareil à un patient qui
69 est en crise complet avec quelqu'un qui est en sortie ou presque. Donc forcément euh je
70 m'adapte en fonction de leur état. Euh c'est compliqué parce que pour moi en fait euh c'est en
71 fonction de ce que je vais observer, ce qu'on va pouvoir me transmettre et ce que je vais ce que
72 le patient va pouvoir me dire et donc bah euh déjà je vais, je vais lui poser des questions si je
73 sais pas ce qu'il veut ou si je sais pas si il a un besoin ou quoi que ce soit bah la première des
74 questions c'est que je vais lui demander. Je pense que ça c'est un peu le BA-BA. Tous les matins
75 quand on donne les traitements admettons euh bah comment vous allez ? Ou même au réveil
76 est-ce que vous avez besoin de quelque chose ? Fin c'est au quotidien en fait des petites choses
77 c'est c'est c'est c'est pour moi c'est notre métier, c'est la base de notre métier donc euh surtout
78 en psychiatrie.

79 **Moi : Donc ça passe par l'observation et les demandes ?**

80 IDE : Oui, les demandes fin oui les demandes, l'observation, l'écoute parce que bon si on leur
81 demande mais qu'on écoute pas ce qu'ils disent aussi ça sert à rien non plus mais euh oui voilà.

82 **Moi : : Ok, comment définissez-vous le consentement dans le cadre de votre pratique ?**

83 IDE : (rire) Euh le consentement euh je pense que c'est aussi euh ça va ça va être un lien avec
84 l'alliance thérapeutique, dans le sens où euh si le patient il va comprendre un peu pourquoi, on
85 est là pourquoi il est là quel intérêt il a d'être là parce que comme au début il voit pas l'intérêt,
86 il comprend pas pourquoi il est là, pour lui tout va bien il est pas malade et euh forcément euh

87 ben le consentement il en a pas. Donc l'idée ça va être de travailler sur lui ses symptômes en
88 quoi on va pouvoir l'aider à être euh bah en lien avec la société parce que clairement souvent
89 le consentement, il va plutôt être fin détérioré avec les psychotiques en règle général. Après les
90 tout ce qui est plutôt dépressif, addict etc. ben on c'est un peu plus de ça va un peu plus de soi.
91 Souvent ils le demandent plus davantage d'être là ou ça va plus vite on va dire c'est plus évident,
92 ils comprennent plus facilement euh quel intérêt on a pour eux en fait et donc du coup
93 spontanément on a même pas besoin de forcément de leur expliquer quoi je sais pas comment
94 dire.

95 **Moi : Ducoup est-ce que vous pouvez juste me dire...**

96 IDE : Définir ?

97 **Moi : Oui pour vous euh qu'est-ce que c'est le consentement ?**

98 IDE : Pour moi le consentement c'est l'accord du patient.

99 **Moi : D'accord.**

100 IDE : C'est l'accord du patient euh fin l'accord donner son accord quoi. C'est ça pour moi le
101 consentement, donc donner son accord aux soins. Par principe quand ils sont sous contrainte,
102 ils ne donnent pas leur accord donc en fait il n'y a pas de consentement. C'est et en fait c'est
103 vrai que nous on ne va pas chercher de suite ce consentement parce que on sait qu'il n'y est
104 pas. Donc on va le travailler au fur et à mesure, on va le chercher, ça va être l'objectif mais
105 voilà il n'y est pas.

106 **Moi : Ok, quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de la part du**
107 **patient ?**

108 IDE : J'ai mordu la question avant. Euh bah euh déjà fin pour moi les traitements hein. Il n'y a
109 rien de mieux au début malgré tout euh s'il est délirant, on aura beau parler ça servira à rien, ça
110 va partir dans les méandres dissociations, possibles et inimaginables. Il ne comprendra rien, il
111 ne retiendra pas au contraire, il va même se nourrir de tout ce qu'on va pouvoir lui dire contre
112 fin contre nous. Donc le premier euh le le le premier on va dire euh levier ça va être le traitement.
113 Donc euh bah on va pas se mentir hein moi des fois ça m'arrive de faire du chantage hein (rire).
114 Bah euh c'est c'est pas bien, je le sais, mais d'un autre côté je sais l'intérêt qu'ils ont après pour
115 eux. Quel est l'intérêt derrière et euh bah surtout que derrière ils vont remercier comme dans

116 95 % des cas voilà. Euh si tu prends pas ton traitement, bah euh on va en parler au médecin et
117 euh bah tu vas pas sortir demain quoi.

118 **Moi : Vous négociez un petit peu ?**

119 IDE : Oui voilà c'est de la négociation. Mais on va pas négocier des heures, ça sert à rien. Avec
120 un patient très délirant je parle. Quelqu'un qui est dépressif et qui enfin voilà on va un peu plus
121 se prendre de temps je dirais. Et un border euh je négocie pas non plus parce que le border c'est
122 l'ambivalence même donc si tu commences à leur laisser le choix, ils ne le choisissent jamais
123 (rire).

124 **Moi : Et du coup après euh les traitements une fois qu'ils sont stabilisés entre guillemets ?**

125 IDE : Alors avant d'être stabiliser déjà ça descend un peu en terme de décompensation, on est
126 un peu moins. Et là la parole rentre en jeu un peu plus la compréhension et de leur
127 décompensation, la compréhension de leur état à ce à ce moment-là et surtout du traitement. On
128 va accèss là-dessus, c'est expliqué pourquoi ce traitement ? Euh donc euh et pourquoi ils sont là
129 ? Quel est l'intérêt d'être là ? Souvent si c'est les premières fois ben déjà ben leur rappeler leur
130 montrer que ça va mieux, leur faire se rendre compte que ça va un peu mieux et si c'est la 28e
131 fois qui viennent bah leur rappeler qu'à chaque fois qu'ils sortent ils sont mieux ou qu'à chaque
132 fois ils sortent, voilà.

133 **Moi : Ok, comment évaluer vous si un patient a réellement compris les informations**
134 **nécessaires avant de donner son consentement ?**

135 IDE : Euh bah personnellement souvent euh par exemple pour les entretiens avec le médecin
136 parce que l'ordre on va dire la ligne médicale, le parcours de soin, on va dire c'est le médecin
137 qui la donne. Euh mais euh bah euh si je vois qu'il a pas trop compris, je vais, je vais lui
138 demander de répéter ou de reformuler : 'Est-ce que t'as compris ce que le médecin il t'a dit ?
139 Est-ce que voilà est-ce que t'as des questions ? Est-ce que tu voilà qu'est-ce que comment tu tu
140 te projettes sur l'avenir là ?' Ou des choses comme ça et puis ben du coup ça ça me donne une
141 idée de savoir si oui ou non ils ont compris ce qu'on vient de dire pendant une heure quoi.

142 **Moi : Donc c'est aussi au ressenti ?**

143 IDE : Oui. Bah oui un patient qui est dissocié on sait bien qu'il n'a pas tout compris quoi. Donc
144 le ressenti il est là. C'est que je disais au début, on va même pas essayer, on voit bien que il n'y
145 a pas de de compréhension toujours possible des fois oui, des fois non voilà donc oui au ressenti.

146 **Moi : Avez-vous déjà été confronté à des situations où le consentement était difficile à**
147 **obtenir ou remis en question ?**

148 IDE : Oui

149 **Moi : Et si oui pouvez-vous me raconter votre situation et comment vous avez fait face ?**

150 IDE : Euh bah en fait euh le le pour moi c'est systématiquement à l'entrée pour le traitement.
151 Le consentement il est remis en question, si c'est ça que je comprends la question quand le
152 patient il donne pas son consentement et que il me dit clairement, j'ai pas je suis pas d'accord
153 c'est ça ?

154 **Moi : Oui soit qu'il a été remis en question ou qu'il était difficile à obtenir ?**

155 IDE : Parce que bah par exemple un patient qui arrive en phase maniaque euh une patiente hein
156 qui qui arrive systématiquement en phase maniaque et qui qui refuse de prendre le traitement
157 qui lui est bénéfique puisque dès qu'on l'instaure on le voit 3-4 jours, la manie est redescendu,
158 il y a, elle est plus posée etc. Sauf ben cette patiente bah, elle aime bien être en phase maniaque.
159 Donc ben elle sait que c'est bénéfique pour elle mais en même temps elle veut pas. Donc euh
160 bah tu travailles au corps, tu travailles au corps. Donc bah tu discutes avec elle, tu machin avec
161 les mots mais pour le moment, elle est en phase maniaque donc en fait elle te retourne tout le
162 truc, elle fiou fiou ça part dans tous les sens, ça monte vite dans les tours en niveau sonore fin,
163 en démonstration en tout ce que tu veux. Et donc bah là généralement on coupe et puis soit on
164 n'a pas de traitement injectable si besoin et dans ce cas-là on voit avec le médecin et soit sinon
165 on va injecter, on va pas lui laisser le choix voilà parce que manie égale danger aussi pour le
166 cœur, égale danger pour le cerveau, danger égal pour plein de choses quoi mis en danger
167 également.

168 **Moi : Comment, selon vous, une bonne relation entre le soignant et le soigné, influence-t-**
169 **elle la qualité des soins ?**

170 IDE : Forcément quand la patiente, la la personne elle a confiance en en ses soignants, le
171 consentement il est plus facile à obtenir. Si jamais c'est la 15^e fois qu'ils reviennent et qu'ils

172 savent que à chaque fois on est bienveillant avec eux et qu'on ne les on va pas au conflit euh
173 sans raison, il n'y a pas de raison que le coup d'après euh il n'est pas confiance en nous. Donc
174 je pense que, euh c'est c'est un gain de temps sur la fois d'après s'il y a fois d'après. Après à
175 chaque décision que le patient pourra prendre pour eux-mêmes ou que nous on va avoir à
176 prendre pour eux-mêmes des fois si euh si on fait les bons choix, et si on on, on les soulage
177 rapidement forcément pour eux, c'est tout bénéf et la confiance se crée toute seule aussi voilà.

178 **Moi : Quels éléments considérés-vous comme essentiel afin d'établir une relation avec le**
179 **patient et pourquoi ?**

180 IDE : La bienveillance. Pour moi euh le le tout part de la bienveillance voilà. Il y a qu'un seul
181 mot que je dirai euh respect qui va avec la bienveillance, etc. mais et tout tout va en décoller,
182 tu vas faire les choses même si c'est euh euh on va dire contraindre quelqu'un mais que c'est
183 bienveillant pour lui parce que derrière on sait que là il y a une mise en danger ou il y a un
184 risque pour lui-même et que c'est bienveillant de de le contraindre, j'entends pas forcément euh
185 les les entraves ou quoi que ce soit mais contraindre à un soins euh ne serais ce que d'aller à
186 l'atelier, je veux dire un atelier occupationnel je veux dire si le patient il n'a pas envie on lui
187 dit : 'non mais la c'est un soin t'as pas le choix c'est un soin' mais on sait que ça va le sortir de
188 son quotidien, ça va le sortir de son truc et en fait bah c'est un mal pour un bien si c'est
189 bienveillant, euh voilà pour moi, c'est la seule condition euh mais à tout soin en fait voilà.

190 **Moi : Avez-vous déjà rencontré des situations où la relation avec le patient a été**
191 **particulièrement difficile et comment vous l'avez géré ?**

192 IDE : Oui et non parce que le truc c'est que ma relation difficile avec les patients c'est au
193 quotidien. Donc euh je dirais que oui tout le temps mais j'ai pas d'exemple du coup. C'est c'est
194 tout le temps euh dernièrement là il y a un patient qui qui mais bon qui qui est rentré en suite à
195 une agression dans la rue avec un commerçant et euh il il était agressé, machin. Il est rentré par
196 les pompiers et euh donc nous on nous l'annonce ; 1,90 m, beau bébé, agressif, etc. Bon bah
197 nous pas de risque, il était sédaté donc le réveil souvent un peu agité en unité fermé hein. On
198 prend pas trop de risque, on met en iso et puis on voit et euh et on ouvre si tout va bien. Et le
199 patient très calme, on fait des on ouvre progressivement l'isolement, très calme, il bronche pas.
200 Voilà et puis j'ai le malheur de poser la question, quand on parlait d'ouvrir d'ouvrir
201 définitivement la chambre d'iso, je lui demande s'il sait pourquoi il a été agressif comme ça et
202 euh est-ce qu'il a une explication parce que ben je sais qu'il consomme et que c'est une des

203 premières explications logique qu'on pourrait avoir et je voulais un peu le voir son
204 raisonnement là-dessus. Et je lui demande bah s'il consomme de la drogue est-ce qu'il sait que
205 les consommations qu'il a elles peuvent influencer son comportement et en fait il s'est braqué
206 de suite et là il n'y avait plus de consentement possible. Il n'y avait plus rien. J'étais le méchant,
207 qui le remettait en question ses consommations. Consommations qui pour lui étaient super
208 importantes, on aurait dit que je remettais en cause sa relation avec sa femme quoi et euh donc
209 bon après est-ce que ça a été difficile ? C'est la dernière relation où on va dire, j'ai pu être le
210 mauvais objet pour un patient, tu vois ?

211 **Moi : Comment vous avez gérée du coup ?**

212 IDE : Pour moi c'était euh aussi une manière de montrer de montrer au patient que bah là, à
213 l'extérieur, il allait falloir qu'il fasse attention parce que ben moi j'étais soignante et je savais
214 que j'avais pas que j'avais du monde autour, mais que si un patient il allait pouvoir euh fin
215 toucher un mot là-dessus, ça allait lui aussi blesser et mal se passer et que c'était pas le but,
216 donc mettre en garde le patient. Après euh ben comment j'ai géré ? Bah j'ai géré en équipe. Il
217 y avait ma collègue qui était là on a fait le tir, on était en iso donc on est toujours deux. Quand
218 elle a vu que là bah il n'y avait plus d'entente possible, c'est elle qui a pris le relais et qui a et
219 qui a qui a fait le tir si on peut parler de tir du coup voilà.

220 **Moi : D'accord.**

221 IDE : La richesse d'une équipe c'est ça aussi.

222 **Moi : Moi j'ai plus de questions est ce que vous voulez ajouté quelques choses ?**

223 IDE : Non.

224 **Moi : Bah c'est tout bon alors merci beaucoup.**

225 IDE : (Rire) De rien bonne continuation.

226 **Moi : Merci.**

Annexe IV.IV : Entretien 4 aux Urgences

1 **Moi : Donc du coup moi c'est Anaïs, je suis étudiante en 3^e année et du coup mon mon**
2 **mémoire traite sur le consentement, la place du patient dans les soins et la relation**
3 **soignant soigné. Donc déjà dans un premier temps, est-ce que vous pouvez me dire votre**
4 **âge ? Depuis combien d'années vous exercez ? Et quel est votre parcours professionnel ?**

5 IDE : 56 ans. Urgence à *****, neuro, réa à *****, euh urgence SMUR à
6 *****, pareil à ***** et ensuite ici.

7 **Moi : Donc vous avez votre diplôme... ?**

8 IDE : En 92.

9 **Moi : D'accord. Quelle est, selon vous, la place accordée aux patients les décisions**
10 **concernant son parcours de soins ?**

11 IDE : Décision bah en fait euh... Décision, bah déjà à la base quand ils viennent aux urgences
12 c'est qu'ils en ils veulent être soignés, tout au moins calmer et au moins trouver le pourquoi ils
13 sont là ? Donc en général c'est toujours oui. Ils sont toujours d'accord dans les soins. (silence)

14 **Moi : Ok. Que pensez-vous que les patients se sentent suffisamment écouter et considérer**
15 **dans leur singularité dans votre service et pourquoi ?**

16 IDE : Oui je pense, parce qu'en fait comme je comme j'ai dit j'ai dit y'a y'a cinq minutes. C'est
17 ils viennent pour avoir, pour être calmé pour la douleur ou trouver quelque chose. Donc en fait
18 eux ils veulent. Après il se peut que des gens soient, arrivent aux urgences et ils viennent ici
19 comme à une consultation. Donc ils ne veulent pas être perfusés, ils ne veulent pas être... Donc
20 quand ils ne veulent pas, on le dit au médecin et voilà. Alors si vraiment il y a une utilité qu'il
21 soit perfusé, le médecin retourne le le convaincre et après ça enfin voilà. Après on les écoute
22 quand même, mais souvent ils sont euh dans l'acceptation du soin quoi.

23 **Moi : D'accord.**

24 IDE : Enfin moi je, je trouve hein.

25 **Moi : Comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les attentes**
26 **spécifiques des patients ?**

27 IDE : Qu'est-ce que vous appelez spécifiques enfin les attentes spécifiques qu'est-ce que vous
28 entendez ?

29 **Moi : Les attentes du patient et les besoins spécifiquement à lui, à chaque patient.**

30 IDE : Bah déjà on arrive on lui dit qu'on va le oui c'est vrai que moi je dis pas mais c'est du
31 systématique on fait tellement du systématique on arrive, on dit on vient vous poser la la
32 perfusion quoi. C'est par rapport aux gens qui ne veulent pas c'est ça ?

33 **Moi : Non par rapport à...**

34 IDE : Je comprends pas trop

35 **Moi : Chaque patient euh vous les prenaient en charge dans leur singularité, comment**
36 **vous faites pour adapter chaque soin à chaque patient ?**

37 IDE : Je pense qu'on s'adapte naturellement. Enfin je pense qu'on s'adapte naturellement à la
38 personne à qui qui veut qui veut qui veut quelque chose de spécifique et ben on lui on essaye
39 de tout faire pour que ce soit euh pour qu'on puisse quoi dans la mesure où c'est possible enfin
40 moi perso j'essaye de faire toujours, si fin je sais pas une mamie qui veut pas se déshabiller ou
41 une personne qui veut pas se déshabiller. Bah au bout d'un moment j'insiste pas quoi, je c'est
42 ça c'est ça en gros ou pas ? Donne-moi, donne-moi des exemples.

43 **Moi : Bah admettons pour, en fait les patients ils ne sont pas pareils ils ont chacun leur...**

44 IDE : Oui oui non mais ça j'entends mais après ce qu'on fait, en fait, on fait quand même du du
45 régulier quoi je je.

46 **Moi : En fait je voulais savoir si pour chaque patient vous...**

47 IDE : Donne-moi un exemple, par exemple.

48 **Moi : Bah admettons un patient qui est dément on va peut-être pas avoir la même prise**
49 **en charge qu'un patient qui n'a pas de démence ou de trouble cognitif ?**

50 IDE : Oui mais quand même moi je parlerai toujours pareil à quelqu'un de dément, même si je
51 sais que ça capte pas, je serai toujours je considérerais toujours oui je comprends, je comprends
52 mieux maintenant. C'est comme c'est c'est comme quelqu'un un psy je, je traiterai comme
53 comme un humain enfin je parlerai vraiment comme à une personne entière enfin comme à

54 quelqu'un qui n'a pas de qui à une pathologie, mais certes, mais mais comme à quelqu'un qui
55 est diabétique ou cardiaque ou n'importe quoi enfin voilà voilà (silence).

56 **Moi : D'accord. Comment définissez-vous le consentement dans le cadre de votre**
57 **pratique ?**

58 IDE : Est-ce que j'arrive et que je dis bah est ce que je peux vous perfusez ? Euh non je dis pas
59 ça moi je dis je vais vous perfusez certes c'est pas bien c'est pas mais on comme on vous dit à
60 90 % 95 % oui ils sont là pour ça en fait du coup c'est vrai que c'est vrai que moi je demande
61 pas en fait, je, je demande pas le consentement, je pense que le médecin le demande quand il
62 quand il lui fait le l'interrogatoire après nous, on perfuse avant d'être vu par le médecin quand
63 les les gens ont des douleurs quand les gens enfin quand ils souffrent quoi donc on les perfuse
64 avant et moi je dis toujours ce que je vais faire, je lui dis toujours ce que je vais faire aux patients
65 et voilà à partir de là il me dit oui ou il me dit non si il me dit non bah c'est son choix.

66 **Moi : D'accord. Est-ce que vous pouvez me donner me dire pour vous ce que c'est le**
67 **consentement ?**

68 IDE : (silence) C'est accepter ce que le ce que le que l'infirmier ou le médecin lui lui dit enfin
69 lui dit qu'on va lui faire quoi ou fin l'aide-soignant. Euh se déshabiller par exemple il veut pas
70 se déshabiller, faut demander une fois, deux fois vous lui demander s'il peut se déshabiller euh
71 moi, je dis pas déshabillez-vous, je dis est-ce que vous pouvez vous déshabiller ? A partir de là
72 c'est un peu une demande de consentement. Est-ce que vous pouvez vous déshabiller ? Ou vous
73 allez vous déshabiller. En fait c'est tellement routinier que c'est vrai que y a que quand on me
74 pose la question qu'on se rend compte de la chose quoi. Après il vous dise oui, il vous dise non
75 reformuler et si c'est non bah c'est c'est non on va pas se battre quoi.

76 **Moi : Oui. Quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de la part du**
77 **patient ?**

78 IDE : Bah on explique. On explique pourquoi il faut se déshabiller ? Pourquoi en met la
79 chemise ? Pourquoi on se déshabille ? Euh les étapes voilà c'est tout. Pour la perfusion, euh
80 bah je viens, je vous perfuse, je vais vous faire un bilan. S'il veut pas, je leur dit, je leur dit que
81 je vais voir si on peut faire d'une autre façon entre la perfusion et le per os et ensuite s'il veut
82 vraiment pas, on va voir le médecin et en gros faut qu'une deuxième personne vienne.

83 **Moi : D'accord.**

84 IDE : Ça passe pas toujours avec une personne, ça passera avec avec une autre peut-être quoi.

85 **Moi : Comment évaluer-vous si un patient réellement compris les informations**
86 **nécessaires avant de donner son consentement ?**

87 IDE : Qu'il le fait systématiquement. Enfin qu'il le fait euh qu'il le fait. Enfin s'il le fait tout
88 seul, c'est qu'il a compris quand même, à moins d'être dément ou être tout ce qui est pathologie,
89 pathologie psychiatrique en général on ne force pas. Enfin c'est pas voyez ce que je veux dire ?
90 C'est pas la méthode quoi. Les gens qu'on force en psychiatrie, c'est les gens qu'on va sédater
91 qu'on va, du coup là c'est même plus la peine euh il faut éviter d'aller au... (silence)

92 **Moi : Conflit ?**

93 IDE : Ouais parce que de toute façon ça ne sert à rien. C'est pas possible et c'est pas comme ça
94 qu'on y arrive donc les les patients dément on va peu chère il y a un moment c'est pour leur
95 bien.

96 **Moi : Donc du coup les personnes qui comprennent elles le font systématiquement ?**

97 IDE : Oui.

98 **Moi : Donc pour vous elle donne leur consentement ?**

99 IDE : Oui

100 **Moi : Et par contre admettons du coup une un patient, une personne âgée qui est pas en**
101 **capacité de ou une personne démente vous le faite à leur place ?**

102 IDE : La personne âgée on le fait à sa place quand elle ne comprend pas. Après je me mets aussi
103 à sa place. Par exemple, déshabiller une mamie, euh vous arrivez aux urgences il y a des
104 collègues qui vont vous dire, on les déshabille et tout. C'est vrai que c'est pratique pour le
105 médecin, c'est vrai que c'est pratique pour l'électro et tout. Mais la petite mamie qui a froid et
106 tout, je me mets à sa place quoi. On ne lui enlève pas le bas, moi j'enlève pas le bas sauf si
107 vraiment il y a ischémie, sauf si vraiment y y y a des pathologies qui sont qui qui qui sont où
108 on a besoin d'examiner vraiment les jambes quoi.

109 **Moi : D'accord.**

110 IDE : En fait je m'adapte un peu aux pathologies euh pour qu'elle soit bien et voilà. J'enlèverais
111 pas les chaussettes aux mamies. Même enfin, même les jeunes quoi, façon vous avez froid aux
112 pieds je sais pas, je me mets à leur place.

113 **Moi : D'accord. Donc pour adapter vos soins vous vous mettez à la place de la personne ?**

114 IDE : Ouais.

115 **Moi : D'accord. Est-ce que vous avez déjà été confronté à des situations où le**
116 **consentement était difficile à obtenir vos remis en question ?**

117 IDE : Oui donc là on essaye oui bien sûr. Donc là on essaye de voir avec son collègue s'il veut
118 essayer, sinon le médecin et sinon bah s'il veut pas être déshabillé ou s'il veut pas prise de sang
119 bah c'est pas la prison ici hein. Enfin voyez ce que je veux dire ?

120 **Moi : Oui.**

121 IDE : On fait les choses pour le bien des patients, sauf quand c'est une urgence vitale. Mais là
122 les urgences vitales en général les gens ils sont pas contre ou alors les psy les pathologies psy
123 où ils sont les schizo qui sont complètement et un moment ils peuvent plus, on est obligé de de
124 réfléchir pour eux enfin obligé de faire enfin voyez ce que je veux dire voilà.

125 **Moi : Est-ce que vous pouvez me raconter une situation et comment vous y avez fait face ?**

126 IDE : (silence) En fait je pense que c'est (soufflement) je sais pas. Moi j'oublie c'est ça, en fait
127 des vieilles infirmières elles oublient hein et puis alors moi je une fois que je suis partie, je suis
128 partie hein. Euh (silence) moi, je pense que le plus dur en fait c'est c'est fin le plus dur non
129 c'est pas dur je sais pas, je non honnêtement. Enfin à part les déments mais on s'adapte. Enfin,
130 moi je trouve qu'il faut s'adapter un peu à la personne euh et aussi à la pratique du soin hein.

131 **Moi : C'est-à-dire ?**

132 IDE : Si si vous avez une personne qui est beaucoup habillée et qu'on ne peut pas la perf on ne
133 peut pas la perfuser ici ou ici enfin vous voyez ce que je veux dire ? Là on est obligé de
134 déshabiller quoi et la personne âgée là par contre peu chère elle aura froid mais on fera en sorte
135 qu'elle est pas froid autrement quoi. Mais on sera obligé quand même de la déshabiller, et en
136 lui disant que c'est pour son bien, même si elle comprend rien, c'est pas grave. On lui dit ce

137 qu'on fait quoi. En fait on dit ce qu'on fait à tout le monde du plus sain au moins moins cohérent
138 quoi.

139 **Moi : D'accord. Comment, selon vous, une bonne relation entre le soignant et le soigné**
140 **influence-t-elle la qualité des soins ?**

141 IDE : Bah parler. En fait il ne faut pas arriver, il faut peut arriver dans la chambre euh ne rien
142 dire, prendre le bras, déshabiller, piquer, faire un électro, déshabiller, sans parler quoi. En fait,
143 il faut parler. Il faut dire qu'on est l'infirmière alors il y en a qui qui qui qui donne leur prénom,
144 moi je donne pas mon prénom mais voilà ; je suis l'infirmière, je vais vous faire ça, ça va calmer
145 la douleur, on va faire un bilan pour savoir pourquoi etc. etc. faire un électro parce que vous
146 avez mal à la poitrine, il faut voir au niveau cardio. Les gens ils en général à 95 % c'est ok quoi.

147 **Moi : Donc quand vous parlez ça influence la qualité...**

148 IDE : Oui oui oui bah on on n'est pas juste là pour... Même si c'est devenu quand même comme
149 ça parce qu'on a beaucoup beaucoup de travail mais quand même ça empêche pas de dire le
150 stricte fin le minimum quoi.

151 **Moi : Quels éléments considérez-vous essentiels une relation avec le patient et pourquoi ?**

152 IDE : Quels éléments ? Bah qui est toujours un peu la même personne qui vient.

153 **Moi : Oui.**

154 IDE : Euh expliquer, expliquer ce qu'on va faire euh, le temps que ça va durer dans la mesure
155 du possible hein, essayer de toujours euh euh parler et que ce soit fin que ce soit un peu les
156 mêmes soignants qui viennent auprès des... Parce qu'ils en voient un, ils en voient une autre
157 fin, c'est toujours un peu... Il n'y a pas de suivi quoi.

158 **Moi : D'accord. Avez-vous déjà rencontré des situations où la relation avec le patient**
159 **a été particulièrement difficile et comment vous l'avez géré ?**

160 IDE : C'est difficile quand les gens ils ne comprennent pas ce que vous dites. Les étrangers qui
161 ne parlent pas français, les des maghrébins qui... Surtout les femmes qui ne parlent pas français.
162 Euh bah du coup vous prenez soit quelqu'un qui est de sa famille, qui est là, qui traduit ou un
163 soignant qui parle arabe. Euh après quand ils sont seuls, qu'il n'y a personne là ça devient

164 compli c'est c'est compliqué quand même enfin compli fin c'est compliqué enfin c'est on
165 s'adapte en fait.

166 **Moi : Ducoup comment vous faites dans cette situation pour...**

167 IDE : Si vraiment dans le pire des cas il n'y a personne et ben on fait des signes quoi. On lui
168 montre une aiguille, on pique, enfin vous voyez ce que je veux dire ? C'est on fait des signes,
169 vous avez mal ? Fin on fait comme on peut ou alors avec le téléphone avec Google.

170 **Moi : D'accord.**

171 IDE : Voilà.

172 **Moi : Moi j'ai plus de questions est ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?**

173 IDE : Non.

174 **Moi : Bon merci beaucoup en tout cas.**

175 IDE : De rien.

Annexe V : Grille d'analyse des entretiens

Annexe V.I : La place du patient dans les soins

Entretien / Sous thèmes	Quelle est, selon vous, la place accordée au patient dans les décisions concernant son parcours de soin ?	Pensez-vous que les patients se sentent suffisamment écoutés et considérés dans leur singularité dans votre service ? Pourquoi ?	Comment adaptez-vous votre pratique pour intégrer les besoins et les attentes spécifiques des patients ?
Entretien 1 : Rose, 4 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Accueil crise fermée	L.18 : « [...] il est au centre de la prise en charge » L.19 : « [...] on travaille en lien avec le le patient et tout son environnement » L.20 : « [...] on peut pas faire sans euh sans lui quoi » L.21-22 : « [...] on peut rien mettre en place s'il y a pas le patient qui qui en qui est acteur de sa prise en charge qui est avec nous »	L.33-34 : « [...] oui ils sont écoutés, entendus, il y a quand même un respect. On va entendre leur demandes »	L.43 : « Ça dépend du patient [...] ça dépend de ses besoins » L.44 : « [...] on va essayer de créer un certain lien avec lui » L.52-54 : « [...] ça va être de de l'observation, des demandes qu'ils vont nous faire en fonction de de de pourquoi ils sont là aussi » L.54-55: « [...] chaque patient est différent par son histoire de vie, son son motif d'hospit parce qu'ils ont pas forcément et aussi de la pathologie. »

			L.56-57 : « Ça passe par ce qu'on voit, ce le la l'échange qu'on va avoir avec le le patient » L.57-58 : « [...] on va travailler en équipe et voir ce qui, qu'est-ce qu'on fait en fait pour chaque patient quel est l'objectif final »
Entretien 2 : Tulipe, 2 ans d'ancienneté <u>Service :</u> USLD	L.27-28 : « [...] moi je préfère dire prise en soin parce que prise en charge ça a toujours une dimension un peu péjorative » L.29 : « [...] le patient il est au milieu euh de la prise en charge » L.29-31 : « Il arrive dans le service et en découle euh finalement tous tous les besoins qu'il va avoir et que nous on va être amené à satisfaire » L.31-32 : « [...] on a tout fin si tu veux un inventaire de ce qui a été sa vie avant, son histoire de la maladie, euh l'environnement qu'il a, la famille etc. »	L.83 : « [...] oui et non » L.83-86 : « [...] parce qu'on a beaucoup de patients et parce que quelques fois euh de par le manque d'effectif, on est obligé de d'adapter notre prise en charge et de faire des choses de manière un peu plus euh c'est pas dégrader parce que j'aime pas ce terme là mais euh euh humainement c'est plus difficile » L.86-88 : « On essaie de leur accorder du temps, de l'écoute, de l'attention, parce qu'ils ont besoin mais malheureusement des fois c'est compliqué »	L.100-103 : « [...] dans chacun des domaines de compétences de tous les corps de métier que ce soit les ASH que ce soit les AS, que ce soit les infirmiers même la cadre je veux dire, on a tous un bouquet de compétences [...] de part tous ces bouquets de compétences, les métiers les différents métiers vont répondre à des besoins » L.104-106 : « [...] il va y avoir des soignants qui vont avoir plus d'empathie que d'autres, d'autres moins [...] ou ils ont un vécu différent. » L.106-108 : « [...] il y a des choses, il y a des il y a des personnes qui vont plus les toucher,

	L.38-41 : « [...] les premiers jours, on l'observe beaucoup, le comportement qu'elle a, sa capacité à échanger avec nous, euh sa capacité à bah justement à décider de comment elle se perçoit ? Qu'est-ce qu'elle souhaite ? [...] notre but, c'est de s'adapter » L.44-45 : « [...] la décision si tu veux, elle est difficile quelquefois à trouver quand on va avoir des personnes des fois qui ont des des pathologies anxieuses, dépressives » L.51 : « [...] on en discute de manière collégiale » L.60-61 : « Quand il le verbalise tel quelle, on ne peut que l'entendre » L.63-64 : « [...] souvent on demande des directives anticipées, souvent à l'entrée justement quand ça a été déjà un peu pensée »	L.88-92 : « [...] oui je dirais que oui aussi parce qu'on a quand même la la capacité en tant que long séjour à euh bah à euh leur offrir un lieu de vie, donc un lieu de vie, une chambre avec un univers à eux, avec une histoire de vie qui est à eux, des photos, euh voilà toute cette dimension très personnelle euh et on connaît leurs habitudes de vie » L.93-94 : « [...] quand il arrive, qu'on connaît pas la personne on va se fier au famille et après on découvre » L.95-97 : « [...] on est toujours obligé de de réadapter et d'être effectivement suffisamment empathique pour se dire ok là je pense que et elle me dit que donc j'adapte. Beaucoup d'adaptation. »	plus les atteindre, ils vont peut-être avoir plus de mal à les prendre en charge » L.108-109 : « [...] je dis prendre en charge parce que justement pour eux ça va être une prise en charge et pas une prise en soin » L.110-111 : « [...] moi [...] personnellement euh j'estime, il y a une barrière, il y a une une distance, la fameuse distance thérapeutique » L.111-113 : « La plupart des soignants on va dire qu'ils sont là (montre un grand écart avec ses mains), il y a des soignants qui sont là (rapproche ses mains) et bah moi je me mets là (rapproche encore ses mains) » L.116-117 : « [...] je tutoie des patients parce qu'ils me l'ont autorisé » L.117-118 : « [...] je les appelle par leur prénom, ça c'est de l'individualisation euh mais c'est toujours dans une recherche de consentement »
--	---	---	---

	L.80 : « [...] c'est toujours une question éthique qui euh demande à être réévalué et interrogé »		L.123-124 : « [...] sur un lieu de vie euh si on veut individualiser les soins, il faut pouvoir les individualiser vraiment »
Entretien 3 : Jonquille, 11 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Accueil crise fermée	L.21-24 : « [...] ils n'ont pas le choix euh parce que par principe euh on a estimé [...] que il se mettait en danger pour lui-même ou qu'il était un danger pour les autres et qu'il était pas en capacité de prendre une décision euh claire » L.24-25 : « [...] la loi prévoit qu'on puisse hospitaliser quelqu'un sous contrainte » L.28-29 : « [...] on les informe qu'ils sont sous contrainte, on leur réexplique où ils sont, on leur re réexplique le mode de contraintes etc. jusqu'à ce qu'il comprenne quoi »	L.43 : « Non » L.45 : « Mais partout. Fin je pense que à partir du moment où on est patient on est pas compris » L.48 : « [...] on fait de notre mieux » L.49-50 : « [...] on va essayer de de les écouter, on va tout faire pour en tout cas » L.55-56 : « Plus ça va et plus ils se sentent écouter et compris mais c'est aussi parce que bah euh c'est leur ressenti je pense qu'il fait que il peut pas toujours se sentir à 100 % compris et 100% écouté »	L.65 : « [...] c'est multiples et variés » L.69-70 : « [...] je m'adapte en fonction de leur état » L.70-72 : « [...]c'est en fonction de ce que je vais observer, ce qu'on va pouvoir me transmettre et ce que je vais ce que le patient va pouvoir me dire » L.72 : « [...] je vais lui poser des questions » L.76-78 : « Fin c'est au quotidien en fait des petites choses c'est c'est c'est c'est pour moi c'est notre métier, c'est la base de notre métier donc euh surtout en psychiatrie » L.80-81 : « [...] les demandes, l'observation, l'écoute parce que bon si on leur demande mais

	L.30 : « [...] ça dépend surtout de l'état clinique s'ils sont en capacité ou pas d'être là ou pas » L.32-33 : « [...] dans mon service on estime que s'ils ont été mis sous contraintes, c'est qu'ils ont une obligation de soins » L.35-36 : « [...] à les faire adhérer » L.36-40 : « S'ils y adhèrent pas, qu'il y a pas de dangers pour eux-mêmes ou pour les autres, on va attendre un peu et on va voir tout ça. Maintenant si il y a un danger pour eux ou pour les autres [...] on va mettre en place des traitement un peu plus sans leur consentement »	L.58-59 : « [...] on se donne la mission de, effectivement on a un devoir de moyen pas de résultats » L.60-61 : « Après c'est comme tout il y a les contraintes institutionnelles, les contres ordre, les les injonctions contradictoires etc. » L.61-62 : « C'est la la difficulté entre la théorie ce qu'on aimerait et la pratique qui est en réalité »	qu'on écoute pas ce qu'il dise aussi ça sert à rien non plus »
Entretien 4 :	L.11-12 : « [...] quand ils viennent aux urgences c'est qu'ils en ils veulent être soigné »	L.16 : « Oui je pense » L.20-21 : « [...] quand ils ne veulent pas, on le dit au médecin et voilà [...]si	L.30-31 : « [...] c'est du systématique on fait tellement du systématique »

Iris, 33 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Urgence	L.13 : « [...] en général c'est toujours oui. Ils sont toujours d'accord dans les soins »	vraiment il y a une utilité [...] le médecin retourne le le convaincre » L.21-22 : « [...] on les écoute quand même, mais souvent ils sont euh dans l'acceptation du soin quoi »	L.37-38 : « [...] on s'adapte naturellement à la personne » L.44-45 : « [...] on fait quand même du du régulier » L.50-51 : « [...] je parlerai toujours pareil à quelqu'un de dément, même si je sais que ça capte pas » L.52-53 : « [...] je traiterai comme comme un humain enfin je parlerai vraiment comme à une personne entière »
--	--	--	--

Annexe V.II : Le consentement

Entretien / Sous thèmes	Comment définissez-vous le consentement dans le cadre de votre pratique ?	Quelles étapes suivez-vous pour obtenir un consentement éclairé de la part du patient ?	Comment évaluez-vous si un patient a réellement compris les informations nécessaires avant de donner son consentement ?	Avez-vous déjà été confronté à des situations où le consentement était difficile à obtenir ou remis en question ? Si oui, pouvez-vous me raconter votre situation et
-------------------------------	---	--	--	--

				comment vous y avez fait face ?
Entretien 1 : Rose, 4 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Accueil crise fermée	L.65 : « [...] avoir l'accord en fait du patient » L.66 : « [...] au sens large le consentement c'est avoir l'accord de la personne » L.67-70 : « [...] dans le soin [...] si le patient refuse [...] on va quand même expliquer, on va l'informer sur euh bah pourquoi on va faire ça, on va quand même essayer d'avoir son son consentement, on va travailler quand même l'alliance thérapeutique avec le patient »	L.73 : « [...] c'est la transparence » L.74-75 : « [...] on va répondre à toutes les interrogations, si il y a des peurs, si il y a des appréhensions » L.80 : « [...] on essaye de travailler au mieux l'alliance » L.81-82 : « [...] il arrive qu'on insiste fin qu'on négocie » L.82-83 : « [...] si la négociation euh échoue et que on a l'accord du médecin que si refus du traitement si	L.94 : « [...] il nous répète l'information voir si il a bien compris » L.96 : « [...] on le sent dans tous les cas et on voit si c'est un oui c'est bon je il y a pas de soucis on le fait » L.99 : « [...] il y a le côté ressenti » L.101-102 : « Si on sent que il y a quand même de l'indécision et qu'on voit que la personne elle est méfiante encore ect. On on on peut encore rassurer »	L.108-109 : « [...] on a des patients qui sont sous contraintes, donc qui sont pas forcément d'accord avec l'hospitalisation » L.109-111 : « [...] on a pas mal de patients où du coup ils sont tellement en crise et coupé de la réalité que bah c'est c'est compliqué, et du coup ça tout se négocie parce qu'ils sont très méfiant parce qu'ils sont persécutés » L.111-112 : « [...] on essaie de travailler quand même l'alliance toujours au début malgré tout »

		grosse agitation bah injection du traitement » L.83-85 : « [...] il y a pas forcément l'accord du coup du patient, mais après une fois que la crise est passée, on refait le point avec lui de pourquoi on a été amené à faire ça à ce moment-là »		L.112-114 : « [...] il arrive que euh qu'on arrive par exemple à des à des des soins je pense à du coup bah des injections pour les apaiser où bah du coup ils sont pas forcément d'accord et on est obligé de les contenir » L.116 : « [...] c'est toujours repris une fois que la crise est terminée » L.118-119 : « [...] on en reparle quand même avec le patient. Des fois il se rappelle pas forcément ou c'est un petit peu flou » L.132 : « [...] il y en a toujours un qui parle et qui explique »
--	--	--	--	---

				133-134 : « [...] même si elle n'est pas là sur le moment, on va quand même lui lui dire » L.134 « [...] on est plusieurs pour la contenir pour la sécuriser » L.148 : « [...] elle a pu comprendre après par la suite, mais il a fallu quand même passer pas là» L.155-156 : « [...] on informe quand même le patient, on laisse toujours le choix »
Entretien 2 : Tulipe, 2 ans d'ancienneté	L.126-128 : « [...] on a la définition initiale du consentement qui relève en gros de la capacité de décision et de dire oui ou non à quelque chose pour	L.156 : « [...] en général je demande » L.156-158 : « [...] quand les gens ils ne communiquent pas ou n'ont pas la capacité de verbaliser les choses j'ai		L.173 : « Oui, souvent ». L.174-178 : « C'est une dame qui euh, avait toutes ses facultés cognitives [...] cette dame depuis le début elle avait posé des directives

<u>Service :</u> USLD	quelqu'un entre guillemet qui est sain d'esprit » L.129 : « [...] la notion de consentement elle est déjà très aléatoire est très très euh difficile euh en fonction des gens à évaluer » L.135-136 : « [...] il y a une dimension culturelle aussi parce que le consentement je pense que il y a des pays où même pas on se demande en fait si si ça existe ou pas » L.137-139 : « [...] les gens qui on a encore entre guillemet leur capacité de communication, de cognition, on le demande tout simplement »	beaucoup de d'observations sur les gestuelles » L.163-164 : « [...] ce consentement bah euh c'est délicat parce que des fois on croit, on interprète des fois, on est obligé de je pense des fois d'être dans l'interprétation » L.166-167 : « [...] on fait beaucoup de staff parce que le staff ça ça permet de remettre le patient au milieu » L.169-170 : « [...] on va croiser tout ça, on va avoir un point de de de mir, qu'on va essayer de suivre »		anticipées elle avait rempli des formulaires elle avait tout voilà. [...] La fille euh s'opposait et la dame avait demandé une sédation » L.187-189 : « La mère elle était quasiment plus en capacité de parler [...] c'est le corps de sa maman et sa maman elle a décidé quelques choses quoi » L.191 : « L'équipe m'a beaucoup aidé » L.192-195 : « C'est souvent des fois quand il y a des problèmes comme ça de consentement [...] qu'on évolue dans nos pratiques et qu'on évolue en tant qu'être humain »
----------------------------------	--	--	--	--

	L.139-140 : « [...] il peut arriver qu'on ait envie de faire à la place de » L.140-141 : « [...] ça me pose un problème éthique parce que du coup euh on les infantilise » L.143-144 : « [...] c'est pas parce qu'ils ont soixante quatre-vingts balais qu'ils sont dans une institution, qu'ils sont plus personnes » L.144-145 : « [...] des fois on a tendance à oublier cette dimension de d'individu » L.147-148 : « [...] des fois c'est plus compliqué d'entendre un non, parce qu'on a envie de bien faire »			L.201-202 : « [...] j'étais élève infirmière à l'époque et euh après je me suis dit « non en fait il va falloir y aller » » L.203-204 : « [...] cette fille elle était dans le déni de la maladie de sa maman depuis des années » L.206-207 : « [...] c'est de l'analyse c'est de comprendre quelles sont les facteurs qui font que c'est compliqué » L.210-212 : « [...] par exemple on va essayer d'adapter pour pas qu'il y est trop d'homme pas d'homme qui s'occupe d'elles »
--	---	--	--	--

	L.152-153 : « [...] si je, j'écoute j'att j'écoute ce qu'on me dit, je prends soin aussi »			L.212-213 : « [...] c'est du raisonnement, s'adapter et raisonner »
Entretien 3 : Jonquille, 11 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Accueil crise fermée	L.83-84 : [...] ça va être un lien avec l'alliance thérapeutique » L.88-89 : « [...] souvent le consentement, il va plutôt être fin détériorée avec les psychotiques » L.98 : « Pour moi le consentement c'est l'accord du patient » L.101 : « [...] donner son accord aux soins » L.101-102 : « Par principe quand ils sont sous contraintes, ils ne donnent	L.108 : « [...] pour moi les traitements » L.109-112 : « [...] s'il est délirant, on aura beau parler ça servira à rien [...]. Il ne comprendra rien, il ne retiendra pas au contraire, il va même se nourrir de tout ce qu'on va pouvoir lui dire contre fin contre nous » L.112 : « [...] le premier on va dire euh levier ça va être le traitement ». L.113 : « [...] ça m'arrive de faire du chantage »	L.136-137 : « [...] je vais lui demander de répéter ou de reformuler » L.139-140 : « [...] ça me donne une idée de savoir si oui ou non ils ont compris » L.143-144 : « [...]on voit bien que il y a pas de de compréhension toujours possible des fois oui, des fois non voilà donc oui au ressenti »	L.147 : « Oui » L.149-150 : « [...] pour moi c'est systématiquement à l'entrée pour le traitement. Le consentement il est remis en question » L.154-156 : « Une patiente hein qui qui arrive systématiquement en phase maniaque et qui qui refuse de prendre le traitement qui lui est bénéfique puisque dès qu'on l'instaure on le voit 3-4 jours, la manie est redescendu »

	pas leur accord donc en fait il y a pas de consentement » L.102-103 : « C'est vrai que nous on ne va pas chercher de suite ce consentement parce que on sait qu'il y est pas » L.104-105 : « [...] on va le travailler au fur et à mesure, on va le chercher, ça va être l'objectif mais voilà il n'y est pas »	L.114-115 : « [...] c'est pas bien, je le sais, mais d'un autre côté je sais l'intérêt qu'ils ont après pour eux » L.115-116 : « [...] derrière ils vont remercier comme dans 95 % des cas » L.119 : « [...] c'est de la négociation. Mais on va pas négocier des heures, ça sert à rien » L.125-126 : « [...] la parole rentre en jeux un peu plus la compréhension » L.126-129 : « On va accèss là-dessus, c'est expliqué [...] » montrer que ça va mieux, leur faire se rendre compte que ça va un peu mieux »		L.159 : « [...] tu discutes avec elle » L.164 : « [...] on va pas lui laisser le choix voilà parce que manie égale danger [...] »
--	--	---	--	---

Entretien 4 : Iris, 33 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Urgence	L.58-59 : « Est-ce que j'arrive et que je dis bah est ce que je peux vous perfusez ? Euh non je dis pas ça moi je dis je vais vous perfusez » L.59-61 : « [...] on vous dit à 90 % 95 % oui ils sont là pour ça en fait du coup c'est vrai que c'est vrai que moi je demande pas en fait » L.61 : « [...] je demande pas le consentement » L.64-65 : « [...] je dis toujours ce que je vais faire, je lui dis toujours ce que je vais faire aux patients et voilà à partir de là il me dit oui ou il me dit non si il me	L.78 : « [...] on explique » L.80-81 : « S'il veut pas [...] je vais voir si on peut faire d'une autre façon » L.81-82 : « [...] s'il veut vraiment pas, on va voir le médecin et en gros faut qu'une deuxième personne vienne » L.84 : « Ça passe pas toujours avec une personne, ça passera avec avec une autre peut-être quoi »	L.87 : « Qu'il le fait systématiquement » L.87-88 : « [...] s'il le fait tout seul, c'est qu'il a compris » L.102 : « La personne âgée on le fait à sa place quand elle ne comprend pas » L.102-103 : « Après je me mets aussi à sa place » L.110 : « [...] je m'adapte un peu aux pathologies »	L.117 : « Oui » L.117-118 : « [...] on essaye de voir avec son collègue s'il veut essayer » L.121-122 : « On fait les choses pour le bien des patients, sauf quand c'est une urgence vitale. Mais là les urgences vitales en général les gens ils sont pas contre » L.122-124 : « [...] les psy les pathologies psy où ils sont les schizo qui sont complètement et un moment ils peuvent plus, on est obligé de de réfléchir pour eux » L.127-128 : « [...] des vieilles infirmières elles oublient hein et puis moi je
--	--	--	---	---

	dit non bah c'est son choix » L.68-69 : « C'est accepter ce que [...] l'infirmier ou le médecin lui lui dit enfin lui dit qu'on va lui faire quoi ou fin l'aide-soignant » L.71-72 : « [...] je dis est-ce que vous pouvez vous déshabiller ? A partir de là c'est un peu une demande de consentement » L.73-74 : « En fait c'est tellement routinier que c'est vrai que y a que quand on me pose la question qu'on se rend compte de la chose quoi »			une fois que je suis partie, je suis partie » L.130 : « [...] je trouve qu'il faut s'adapter un peu à la personne euh et aussi à la pratique du soin hein » L.135-137 : « [...] on sera obligé quand même de la déshabiller, et en lui disant que c'est pour son bien, même si elle comprend rien, c'est pas grave. On lui dit ce qu'on fait quoi » L.137-138 : « En fait on dit ce qu'on fait à tout le monde du plus sain au moins moins cohérent quoi »
--	---	--	--	--

	L.74-75 : « Après ils vous disent oui, ils vous disent non reformuler »			
--	---	--	--	--

Annexe V.III : La relation soignant-soigné

Entretien / Sous thèmes	Comment, selon vous, une bonne relation entre le soignant et le soigné influence-t-elle la qualité des soins ?	Quels éléments considérez-vous comme essentiels afin d'établir une relation avec le patient ? Et pourquoi ?	Avez-vous déjà rencontré des situations où la relation avec le patient a été particulièrement difficile ? Comment les avez-vous gérées ?
Entretien 1 : Rose, 4 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Accueil crise fermée	L.164-165 : « [...] forcément s'il y a une bonne relation entre les deux [...] le soin sera différent » L.168-169 : « [...] une bonne relation, bah ça va être une relation de confiance entre les deux » L.170-173 : « [...] quand on des patients qui sont hyper méfiant et	L.181-184 : « [...] l'accueil c'est hyper important à mon sens. Euh surtout quand c'est des patients que qui nous connaissent pas [...] surtout au début de l'hospitalisation parce que c'est ce qui va après influencé sur le reste »	L.197 : « [...] il y en a eu pleins des situations où ça peut être compliquée » L.197-201 : « [...] ça va être plus compliqué quand on a un patient qui est plus euh fermer, qui a un discours qui est très pauvre [...] on va essayer de gratter, de creuser, d'avoir des informations mais du coup face à nous on va avoir une personne peut-être qui va être

	persécuter c'est compliqué du coup (rire) parce qu'ils seront plus distant, ils vont c'est c'est c'est plus compliqué parce qu'ils vont pas forcément se livrer autant que s'ils avaient confiance en fait en nous » L.174-177 : « [...] au fur à mesure qu'il y est la prise des traitements et bah qu'on créer un certain lien avec le patient au fur et à mesure, il va la clinique va s'améliorer, et du coup la méfiance va va s'estomper il sera peut-être plus dans le contact »	L.185-186 : « [...] la confiance que ce soit le soigné mais aussi le soignant avoir confiance au patient » L.187 : « [...] le respect » L.192-193 : « [...] d'être à l'écoute aussi euh, d'expliquer aussi au patient qu'on est là pour l'aider, qu'on n'est pas là pour pour autre chose, qu'on lui veut pas du mal [...] »	totallement euh fermé et qui va pas vouloir euh donné plus d'informations » L.203-208 : « [...] ça peut être aussi des des situations, le patient qui est totalement agité [...] il est aussi sous l'emprise de toxique et du coup c'est compliqué parce que bah bah à ce moment il va être délirant il va être plus agité il va ça va être compliqué de le contenir » L.210-212 : « [...] on a des patients des fois qui ont un peu un profil psychopathique, c'est rare quand même mais, ça arrive. où Du coup ils vont chercher de la confrontation ou une certaine dualité euh avec certains soignants » L.215-216 : « On est toujours en équipe euh dans tous les cas quand on prend une décision on est en équipe » L.218-220 : « [...] une fois que la la situation est terminée, on va forcément le reprendre entre nous en équipe on va toujours euh discuter de ce qui s'est passé »
--	---	---	---

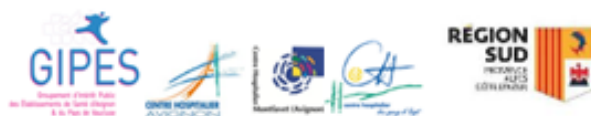
			L.220-221 : « [...] une fois que on est un peu à distance qu'on qu'on souffle un peu on va reparler aussi avec le patient de de tout ça »
Entretien 2 : Tulipe, 2 ans d'ancienneté <u>Service :</u> USLD	L.216 : « Par l'alliance thérapeutique, tout simplement » L.221-223 : « [...] cette alliance elle est cruciale parce que tu vas prendre le temps, parce que tu vas entendre la colère, parce que tu vas entendre les refus, parce que tu vas essayer de comprendre et d'écouter » L.225-231 : « [...] j'ai une patiente ici par exemple elle est quasiment fin il y a quasiment pas de soignant qui arrive à faire quelque chose avec elle au niveau de sa prise en charge [...] et c'est un travail qui a duré deux ans quoi. Un travail de longue haleine [...] cette patiente là j'arrive à lui faire entendre raison »	L.244-247 : « L'écoute, l'empathie, le respect euh respecter les temps, respecter la colère, respecter les émotions de des des patients, la bienveillance, essayer dans la mesure du possible de faire preuve de non jugement même si c'est très compliqué, voilà accepter l'individu dans sa totalité quoi et ça c'est très compliqué » L.247-250 : « D'être holistique, se dire que il y a un vécu, il y a une histoire [...], cette personne-là elle est là aujourd'hui euh elle a eu une histoire, elle a eu ses raisons et puis moi nous on est là pour la soigner »	L.257-259 : « Ça m'est arrivé . Quand j'étais aide-soignante, j'ai rencontré un monsieur [...] une décompensation alcoolique hein grosso modo. [...] Et mon papa est alcoolique » L.260-261 : « [...] j'avais beaucoup de distance, j'étais pas maltraitance mais j'avais beaucoup de distance » L.261-263 : « Un jour il me dit, il me tutoie, il me dit euh 'Toi tu ne m'aimes pas, euh je sais pas pourquoi mais tu ne m'aimes pas' et là je m'assoie je je bug et je me dis euh 'assis-toi et parle' » L.266-271 : « [...] on en a parlé et il m'a expliqué son histoire et de ce moment-là ça a débloqué un truc [...] j'ai plus jamais été la même après cette discussion-là »

	L.231-232 : « [...] on négocie » L.236-238 : « [...] elle a accepté alors que les insulines c'est non par exemple et parce que il y a une négociations parce que fais-moi confiance parce que parce que je suis là pour t'aider cette notion-là elle est importante pour moi » L.240-241 : « [...] c'est de l'alliance thérapeutique c'est on est là et ça va se créer petit à petit »		L.271-272 : « Moi j'essaie de j'ai toujours gérer par la discussion quand les gens sont disposés à. C'est le mieux quoi »
Entretien 3 : Jonquille, 11 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Accueil crise fermée	L.169-170 : « Forcément quand la patiente, la la personne elle a confiance en en ses soignants, le consentement il est plus facile à obtenir » L.172-173 : « [...] je pense que, euh c'est c'est un gain de temps sur la fois d'après s'il y a fois d'après »	L.179 : « La bienveillance » L.179-180 : « Il y a qu'un seul mot que je dirai euh respect qui va avec la bienveillance » L.181-187 : « [...] tu vas faire les choses [...] on va dire [...] contraindre à un soins c'est un soin mais on sait que ça va le sortir de son quotidien, ça va le	L.191-192 : « Oui et non parce que le truc c'est que ma relation difficile avec les patients c'est au quotidien » L.197-203 : « Et le patient très calme, on fait des on ouvre progressivement l'isolement, très calme, il bronche pas. Voilà et puis j'ai le malheur de poser la question [...] je lui demande bah s'il consomme de la drogue »

	L.173-176 : « Après à chaque décision que le patient pourra prendre pour eux-mêmes ou que nous on va avoir à prendre pour eux-mêmes des fois si euh si on fait les bons choix, et si on on, on les soulage rapidement forcément pour eux, c'est tout bénéf et la confiance se crée toute seule aussi voilà »	sortir de son truc et en fait bah c'est un mal pour un bien si c'est bienveillant »	L.204-207 : « [...] il s'est braqué de suite et là il n'y avait plus de consentement possible. Il n'y avait plus rien. J'étais le méchant, qui le remettait en question ses consommations. Consommations qui pour lui étaient super importante, on aurait dit que je remettais en cause sa relation avec sa femme quoi » L.211-212 : « Pour moi c'était euh aussi une manière de montrer de montrer au patient que bah là, à l'extérieur, il allait falloir qu'il fasse attention » L.212-215 : « [...] moi j'étais soignante et je savais que j'avais pas que j'avais du monde autour, mais que si un patient il allait pouvoir euh fin toucher un mot là-dessus, ça allait lui aussi blesser et mal se passer et que c'était pas le but, donc mettre en garde le patient » L.215 : « [...] j'ai géré en équipe » L.216 : « [...] on est toujours deux »
--	---	--	--

			L.216-217 : « Quand elle a vu que là bah il y avait plus d'entente possible, c'est elle qui a pris le relais » L.220 : « La richesse d'une équipe c'est ça aussi »
Entretien 4 : Iris, 33 ans d'ancienneté <u>Service :</u> Urgence	L.142-145 : « [...] il faut parler. Il faut dire [...] je suis l'infirmière, je vais vous faire ça, ça va calmer la douleur, on va faire un bilan pour savoir pourquoi etc » L.147-140 : « Donc quand vous parlez ça influence la qualité... IDE : Oui oui oui bah on on n'est pas juste là pour... Même si c'est devenu quand même comme ça parce qu'on a beaucoup beaucoup de travail mais quand même ça empêche pas de dire le stricte fin le minimum quoi »	L.152 : « [...] qui est toujours un peu la même personne qui vienne » L.154-155 : « [...] expliquer, expliquer ce qu'on va faire euh, le temps que ça va durer dans la mesure du possible hein, essayer de toujours euh euh parler »	L.160 : « C'est difficile quand les gens ils ne comprennent pas ce que vous dites » L.160-161 : « Les étrangers qui ne parlent pas français » L.162-163 : « [...] du coup vous prenez soit quelqu'un qui est de sa famille, qui est là, qui traduit ou un soignant » L.163-165 : « [...] quand ils sont seuls, qu'il y a une personne là ça devient [...] compliqué [...] on s'adapte en fait. L.167 : « [...] dans le pire des cas il n'y a personne et ben on fait des signes » L.169 : « [...] on fait comme on peut ou alors avec le téléphone avec Google »

Annexe V.I 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 : Anaïs AIELLO

Promotion : 2022 – 2025

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 :

Soigner avec et non pour

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 18 mai 2025

Signature :

Soigner avec et non pour

Résumé :

Dans un contexte où les soins techniques et organisationnels sont omniprésents, il est indispensable de se questionner sur la façon dont le patient est réellement impliqué et reconnu dans le processus de sa prise en soin. Mon mémoire répond à la question suivante : « *En quoi la recherche du consentement dans le soin permet-elle de redonner au patient sa place de sujet ?* ». Mon travail de fin d'étude traite de la place du patient dans les soins, le consentement et la relation entre le soignant et le soigné. La méthodologie choisie est qualitative, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 4 infirmières travaillant aux urgences, en psychiatrie et en USLD. Les résultats mettent en évidence l'importance d'une relation authentique, des valeurs humaines comme le respect, la bienveillance, l'écoute et la communication. Ils montrent également que la recherche du consentement et le respect de l'autonomie du patient dépend de son état clinique et du temps. Ce travail permet de questionner notre posture soignante et de replacer le patient au cœur du soin.

173 mots

Mots clés : Relation soignant-soigné – Consentement – Singularité – Autonomie – Soin

Caring with and not for

Abstract :

In a context where technical and organizational care are omnipresent, it is essential to question how the patient is really involved and recognized in the care process. My dissertation answers the following question: « *To what extent the research of consent in care allows it to restore the patient's place as a subject ?* » My end of course assignment deals with the patient's place in care, consent, and the relationship between the caregiver and the patient. The chosen methodology is qualitative, with semi-structured interviews conducted with four nurses working in emergency care, psychiatry, and long-term care units. The results highlight importance of an authentic relationship, human values such as respect, kindness, listening, and communication. They also show that the research of consent and the respect for the patient's autonomy depends on their clinical condition and time. This work allows us to question our medical posture and put the patient back at the heart of care.

156 words

Keywords : Relationship between the carer and the patient – Consent – Uniqueness - Autonomy - Care