

BLOUME Kim

Promotion 2017-2020

De l'information à la relation de soin



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 24/05/2020

Directeur de mémoire : CANEVAROLO Sandra

Remerciements

Ce travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui sans le soutien de ma famille, de mes amis, mais aussi de mon compagnon.

Un grand merci à Allison pour avoir accepté la tâche de relire maintes et maintes fois mon travail. J'espère te retrouver au Cactus dans les prochains mois !

Je remercie également les équipes soignantes qui ont pu croiser ma route en tant qu'étudiante infirmière mais aussi en tant que patiente, ainsi que Madame CANEVAROLO pour son accompagnement dans l'élaboration de ce travail.

Enfin, je dédicace ce mémoire à tous mes patients, aussi bien ceux que j'ai pu prendre en charge que ceux à venir.

Note aux lecteurs

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

Sommaire

1. Introduction	5
2. Situation d'appel.....	6
3. Questionnement.....	9
4. Cadre de référence.....	11
- 1. Relation soignant-soigné	11
- 1. La communication.....	12
- 2. L'empathie	14
- 3. La confiance	14
- 2. L'information dans la prise en charge du patient	17
5. Méthode exploratoire.....	18
- 1. L'outil d'enquête	18
- 2. Terrains d'enquête	19
6. Traitement des données	20
- 1. Présentation de la méthode d'analyse.....	20
- 2. Analyse des données.....	20
7. Problématique.....	25
8. Conclusion.....	29
9. Bibliographie	31
10. Sommaire des annexes	33

1. Introduction

Télévision, réseaux sociaux, Internet, campagnes publicitaires... Dans notre société actuelle, impossible de ne pas trouver un moyen de s'informer, et ce sur n'importe quel sujet. Tous ces outils nous permettent de communiquer et échanger des informations, participant à l'élaboration de liens sociaux. Qu'en est-il du domaine du soin ?

Nous pouvons observer à ce sujet une multitude d'articles, sites Internet et autres reportages et séries télévisés dont l'objectif est de démocratiser le savoir médical. Ces sources d'information tendent ainsi à devenir le premier réflexe du patient lorsqu'il s'interroge sur son état de santé. Par conséquent, le rôle du soignant consistant à fournir une information libre et éclairée à la personne malade se retrouve parfois amenuisé. En effet, si le patient sait, à quoi cela sert-il de fournir une information que le patient considérerait comme inutile ? Nous remarquons ainsi qu'en plus de parfois limiter le rôle du soignant, l'information du patient impacte également la relation de soin, ou relation soignant-soigné.

Auparavant, la relation de soin suivait le modèle paternaliste où le soignant était considéré comme savant, en lien avec une certaine image de grandeur. Cependant un nouveau modèle de la relation de soin voit actuellement le jour. En effet, au sein de cette nouvelle relation le patient revendique ses droits et tend à occuper une place plus importante au sein de sa prise en charge.

De ce fait, une multitude de textes de loi ont été créés et modifiés afin de valoriser et garantir cette place essentielle du patient. Pourtant, j'ai expérimenté une situation de soin lors de mon dernier stage de première année d'études en soins infirmiers, où l'un de ces droits, à savoir l'information du patient, n'a pas pu être respecté, modifiant alors la relation que j'entretenais avec le patient. Cette situation m'a permis de confronter mes valeurs personnelles à ma pratique professionnelle.

J'accorde en effet une place importante à l'information : étant moi-même patiente, et en tant que telle, il m'est primordial d'avoir toutes les données nécessaires à ma bonne prise en soin. Ceci est à relier au fait que je valorise grandement l'accès au savoir tel qu'il soit, pour moi cela participe à la construction d'une certaine égalité sociale tout en favorisant le partage et l'honnêteté entre individus. D'autre part, en tant que future soignante, il me semble que fournir une information claire et adaptée au patient permet de lui donner toutes les armes nécessaires à

son rétablissement. Faire preuve de transparence constitue selon moi une des fondations du métier de soignant. Je considère par ailleurs que l'honnêteté participe à l'élaboration d'une relation de confiance favorisant alors les rapports entre individus : l'Humain n'est-il pas un être évoluant avec l'Autre ?

Tout ceci m'a ainsi motivée à m'interroger sur la relation de soin et l'information du patient. Les recherches que j'ai pu effectuer m'ont permis d'élargir ma réflexion, d'avoir un avis plus nuancé sur l'influence de l'information sur la relation soignant-soigné de même que sur la perception que j'avais de moi-même en tant que soignante.

Ainsi ce travail débute par la description de la situation de soin qui a induit mes nombreuses interrogations en rapport avec l'information du patient et la relation soignant-soigné. Ces interrogations ont fini par se rejoindre pour former le fil conducteur de mon mémoire reliant ainsi ces deux notions. Afin d'étudier mes questionnements avec plus de clairvoyance, j'ai ensuite entamé des lectures en rapport avec mon thème. J'ai recherché ce qui constituait une relation de soin. Etant donné que ce concept est vaste j'ai orienté mes lectures vers les domaines de la psychologie sociale et les sciences humaines. En ce qui concerne l'information du patient, il m'a paru capital de l'aborder d'un point de vue législatif. Une fois cette étape réalisée, j'ai pu confronter mes découvertes avec les informations recueillies sur le terrain auprès des professionnels. A cet instant mon objectif était de déterminer si les connaissances que j'avais acquises étaient partagées par les professionnels que j'allais interroger. J'ai par la suite étudié les propos que j'ai pu recueillir, ce qui a enrichi d'autant plus mon questionnement sur mon thème en me permettant de réfléchir à de nouvelles pistes de réflexion.

2. Situation d'appel

La situation se déroule lors de mon dernier stage de première année en études de soins infirmiers. Je suis dans un service de pneumologie, à l'hôpital général.

Ce service est divisé en deux secteurs de 14 lits chacun. Il comporte de plus une unité d'exploration spécialisée qui est supervisée par deux infirmières anesthésistes diplômées d'état (IADE¹).

¹ Tous les sigles et abréviations utilisés dans ce travail sont référencés dans le glossaire situé en annexe

L'équipe soignante est composée de deux infirmières le matin et le soir, avec une infirmière travaillant en journée. Celle-ci est en charge des gazométries pour la totalité du service. Concernant les aides-soignantes, celles-ci travaillent en binôme, et en journée. Il y a deux binômes d'aides-soignantes par jour, non répartis par secteur. Enfin, trois internes et trois médecins titulaires évoluent au sein du service.

Au début de ma troisième semaine de stage, je prends en charge Monsieur A.

Monsieur A. a 72 ans, et est entré dans le service de pneumologie pour épanchement pleural, embolie pulmonaire et hypothèse de néoplasie pulmonaire. Ce patient a la parole facile, sans déficience auditive. Il porte des lunettes et respire sous oxygène. Monsieur A. est marié et a quatre enfants, dont un décédé. Il vit avec sa femme, et exerçait la profession de directeur commercial. Il est aujourd'hui à la retraite.

Concernant ses antécédents, Monsieur A. a subi une amputation de la jambe droite à la suite d'une ischémie. Cette amputation a eu lieu deux semaines avant son entrée dans le service de pneumologie. Monsieur A. a également été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique (ayant entraîné une hémiplegie du membre supérieur gauche), d'un adénome prostatique traité il y a 10 ans. De plus, ce patient est hypertendu, ancien fumeur, et a effectué une tentative de suicide par balle à la suite du décès de son fils. Cette tentative d'autolyse a provoqué des lésions intracrâniennes. Enfin, Monsieur A. a signalé être allergique aux pénicillines. Cette allergie provoque rash, démangeaisons, œdèmes et nausées (selon les dires du patient).

J'arrive donc dans la chambre du patient pour me présenter et l'informer que je serai la personne qui le prendra en charge le temps de son hospitalisation. Monsieur A accepte, et se présente à son tour.

De jour en jour une relation de confiance se construit. Monsieur A. me présente sa femme avec laquelle je m'entends bien, et me parle régulièrement de ses enfants.

Pourtant, quelques jours plus tard, son état se détériore. L'équipe médicale a remarqué sur les radiographies thoraciques que l'épanchement pleural de Monsieur A. était cloisonné², et nous

² Un épanchement pleural consiste en la présence d'un liquide anormal entre les deux feuillets de la plèvre entourant les poumons. Dans le cas de Monsieur A l'épanchement est cloisonné : le liquide inflammatoire ne peut s'évacuer et stagne, majorant l'infection.

informe de plus sur la nature inflammatoire de cet épanchement. Un deuxième drain thoracique a été posé, de même une mutation dans le service de chirurgie thoracique a été demandée pour prendre en charge ce cloisonnement. Par ailleurs, de fortes baisses de tension ont été constatées, ayant entraîné l'arrêt du Périndopril®³ initialement prescrit.

Un matin, j'entre dans la chambre de Monsieur A. pour effectuer sa toilette. Je remarque que celui-ci est très fatigué, et ne participe plus au soin comme à son habitude. Il me demande de faire « une toilette légère, juste le strict nécessaire ». Il manifeste de fortes douleurs, et je remarque des rougeurs sur son visage. Par précaution, je prends sa température et remarque que Monsieur A. est en hyperthermie.

Ayant été informée pendant la relève du matin que le patient était en hyperthermie depuis la nuit précédente, je préviens l'infirmière et le cadre du service de son état actuel, je réalise par la suite une paire d'hémocultures selon le protocole de l'hôpital, et je donne à Monsieur A. des antalgiques selon les prescriptions médicales, qui lui sont efficaces.

Mon service se termine, je reviens le lendemain pour constater que l'état de Monsieur A. s'est encore plus dégradé : le drain thoracique s'est infecté et les résultats des hémocultures que j'avais réalisées la veille ne sont pas satisfaisants.

L'équipe médicale a été prévenue, avec entre autres le chirurgien et l'infectiologue, qui lui prescrit de la pénicilline en intraveineux pour prendre en charge l'infection de Monsieur A. L'infirmière et moi-même sommes cependant prévenues de cette nouvelle prescription qu'au moment où la distribution des médicaments commence.

En arrivant dans la chambre du patient, je vérifie donc la prescription et remarque alors la pénicilline ajoutée.

Or, Monsieur A. m'avait signalé lors de notre première rencontre être allergique à la pénicilline.

Je préviens l'infirmière de la situation. Elle vérifie avec moi le dossier de Monsieur A. : il est effectivement indiqué qu'il est allergique à la pénicilline. Je l'informe de mon refus de réaliser ce soin, compte tenu du risque de survenue de réaction allergique chez le patient.

³ Périndopril® : médicament antihypertenseur de la famille des inhibiteurs de l'enzyme de conversion

Nous prévenons alors le cadre du service qui nous demande de ne pas réaliser cette administration, en attendant qu'il contacte lui-même l'infectiologue de Monsieur A.

Le cadre du service revient nous voir, l'infirmière et moi-même, pour nous informer de la décision médicale : une réaction allergique grave ne surviendrait que dans 5 à 10% des cas, l'administration de pénicilline en intraveineux pour Monsieur A. est donc maintenue.

Par la suite, le cadre conseille à l'infirmière d'établir une fiche d'incident et lui demande de continuer l'administration des médicaments pour le reste des patients du service, pendant qu'il m'accompagne pour la préparation de la pénicilline de Monsieur A.

Je suis habituée à préparer des poches d'antibiotiques : j'ai pu en réaliser tout au long de mon stage ainsi qu'à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). C'est un soin que je maîtrise. Cependant, pendant que le cadre m'observe, je commence à trembler, en manquant de faire tomber le flacon d'antibiotique. Je ne pense, à cet instant, qu'au fait que ce traitement que je prépare risque fortement de tuer le patient. Je ne cesse de me répéter de ne pas réaliser ce soin, par ailleurs Monsieur A. n'en a pas été informé, ce qui me dérange d'autant plus.

Le cadre du service me demande plusieurs fois si je me sens bien, ce à quoi je réponds affirmativement, bien que ce soit tout autre. J'essaie de ne pas laisser transparaître mon désarroi vis-à-vis de cette situation. Je continue donc la préparation, et je me dirige vers la chambre de Monsieur A., accompagnée par le cadre. Arrivée au pas de la porte, je m'arrête nettement. Je réfléchis intensément, je ne cesse de me dire que je m'apprête à tuer Monsieur A. Finalement j'indique au cadre que je ne me sens pas capable de poser la poche de pénicilline, car je ne veux pas prendre le risque d'aggraver l'état du patient.

Par conséquent, le cadre décide d'administrer la poche à ma place, et m'autorise à quitter le service. Je rentre donc à mon domicile, fortement inquiète pour Monsieur A.

A mon retour dans le service, l'infirmière m'informe que la pénicilline administrée à Monsieur A. n'a pas eu l'effet escompté. Le patient a dû être transféré au bloc opératoire d'urgence, où il est décédé d'un arrêt cardiaque.

3. Questionnement

La recherche du consentement du patient sous-tend un apport d'informations claires sur son état de santé et sa prise en charge. Cependant, dans la situation décrite, ces informations ne

sont pas fournies, et donc Monsieur A. n'a pas eu le choix d'accepter ou non le traitement par pénicilline. Par ailleurs, l'administration de ce traitement était à haut risque allergène.

Je me demande alors, comment, en tant que soignant, peut-on réaliser un soin comportant des risques aussi importants pour le patient ? Et le patient, doit-on le laisser dans un état d'ignorance ? Dans le cadre de l'exercice de la profession d'infirmier et selon le code de déontologie, il est du devoir de l'infirmier (-ère) de s'assurer que le patient reçoive toute information relative à sa prise en charge. Comment peut-on se permettre de ne pas respecter cela ? Dois-je administrer la pénicilline à Monsieur A. tout en sachant qu'il n'a pas été (de même que sa famille) informé de cette décision, et donc que celui-ci n'a pas eu l'opportunité de refuser ou d'accepter ce soin ?

Au regard de cette absence d'information vis-à-vis de Monsieur A., j'ai choisi de ne pas appliquer la prescription du médecin. Mais que sous-entend cette décision ? Ai-je refusé parce que Monsieur A. ignorait le choix de stratégie thérapeutique du médecin ? Ou parce que cette décision médicale heurtait mes valeurs personnelles ? L'intégrité fait partie des valeurs auxquelles j'accorde énormément d'importance, et j'ai l'impression de manquer à cette valeur en préparant l'antibiotique à l'insu du patient.

Par ailleurs, cette absence d'information prive Monsieur A. de sa liberté de choisir : en effet, comment pourrait-il prendre des décisions claires concernant sa prise en charge si les modalités de celle-ci lui sont inconnues ? Or, si le patient est privé de sa liberté de choisir, son autonomie se retrouve également réduite. N'est-il pas du devoir du professionnel soignant de préserver l'autonomie des personnes à sa charge ? Il apparaît que non seulement mes valeurs personnelles mais aussi professionnelles soient impactées par cette situation.

Il se pourrait également que tout cela ne soit qu'une expression d'un mécanisme de défense : mon désarroi face à cette situation m'a poussé à demander au cadre de santé de me remplacer. Je n'aurais alors pas choisi de m'abstenir face au soin, mais plutôt de fuir, car je ne pouvais pas regarder Monsieur A. dans les yeux tout en sachant ce que je me m'apprêtais à faire.

Néanmoins, cette fuite n'était-elle pas en soi une trahison de la relation de confiance établie ? Ne constituait-elle pas un manquement de considération de cette relation ? En voulant bien faire, n'ai-je pas finalement « mal fait » ?

Cette réflexion m'incite alors à me poser la question suivante : comment l'information du patient participe à l'élaboration de la relation soignant-soigné ?

J'essaierai d'apporter des éléments de réponse à cette question en proposant une analyse sous différents points de vue développés dans le cadre de référence.

4. Cadre de référence

L'élaboration du cadre de référence m'a permis d'approfondir ma réflexion en découvrant des lectures concernant les différents concepts et notions en lien avec ma situation. Ma démarche de recherche portant sur l'information du patient dans le soin, il paraît essentiel d'aborder ce sujet en parcourant les divers textes de loi régissant l'information dans ce contexte.

Par ailleurs, la transmission de l'information se fait par le soignant, au sein d'une relation de soin avec le patient.

La relation de soin est sous-tendue entre autres par les concepts de communication, d'empathie et de confiance que je vais également développer dans ce cadre de référence.

- 1. Relation soignant-soigné

Une relation, quelle qu'elle soit, suppose l'intervention d'un certain nombre de personnes : « *entrer en relation demande d'avoir un interlocuteur.* » (Manoukian, 2008, p.7). Par ailleurs une relation reste dépendante de plusieurs facteurs psychologiques, physiques et sociaux.

Dans le cadre d'une relation de soin, les deux acteurs sont le soignant et le soigné (ou patient). Toutefois cette relation reste atypique, puisqu'elle a une visée de rétablissement de la santé du patient : c'est une véritable pratique soignante qui implique ipso facto un individu en souffrance. D'après Manoukian (2008), ceci en fait une relation extrêmement complexe qui « *sous-entend des connaissances et expériences à avoir.* » (Manoukian, 2008, p.15). D'ailleurs cette notion de connaissances à acquérir s'illustre par le biais de cours relatifs aux soins relationnels dans le référentiel de formation en soins infirmiers (2014). Lambrette (2015) renchérit en expliquant que le soignant se doit de développer une aptitude relationnelle pour améliorer sa pratique. La qualité de cette relation de soin peut toutefois varier : si le soignant peine à développer sa compétence relationnelle, le patient peut se sentir d'autant plus en

souffrance, ce qui peut l'amener à refuser des soins. Par conséquent, l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient et donc sa santé n'est pas atteint.

Par ailleurs la relation de soin, de même que toute relation de manière générale, implique nécessairement de la communication. En effet, de quelle manière pouvons-nous construire une relation si tout échange est absent ?

- 1. *La communication*

Dans son œuvre, le docteur en philosophie et sociologie Mucchielli (1995) propose une réflexion sur le concept de la communication. Cependant ceci reste extrêmement complexe à appréhender du fait de sa diversité, car en effet la communication est fonction des sujets qui communiquent. L'auteur affirme de ce fait qu'il existe plusieurs modèles et types de communication.

Le premier modèle de la communication d'après Mucchielli (1995) concerne la transmission simple d'un message verbal entre un émetteur et un récepteur. Ce modèle est ce que Mucchielli (1995) dénomme « *la communication digitale* » (Mucchielli, 1995, p.77).

Pourtant nous savons bien que le message transmis d'un individu à un autre ne se réalise pas seulement sous forme de parole. Le langage corporel, la conduite et le ressenti de chacun peuvent également faire partie de ce message. C'est ce que Mucchielli (1995) appelle « *la communication analogique* » (Mucchielli, 1995, p.77). Nous pouvons alors constater que l'absence de parole ne constitue donc pas en soi une absence de communication.

Ainsi, la communication regroupe deux entités : la communication analogique et la communication digitale. Ces deux entités sont ainsi mobilisées pour transmettre un message : leur enjeu est, selon Mucchielli (1995), informatif. Bioy, Bourgeois et Nègre (2009) reprennent cette idée et ajoutent que le récepteur va alors assimiler ce message et proposer une réponse : c'est ce que l'on nomme le feed-back. Ce feed-back permet ainsi de perpétuer l'échange de messages et donc la communication. Cependant il peut exister des situations où le feed-back reste absent, autrement dit des communications dont le seul objectif est pour l'émetteur de transmettre un message sans attendre spécifiquement une réponse.

Pourtant, nous ne pouvons pas établir une communication strictement informative dans le cadre d'une situation de soin. Parce que la communication s'inscrit dans une démarche de

construction d'une relation de soin, parce que nous faisons face en tant que soignant à un individu en souffrance, nous nous devons de prendre en considération sa subjectivité. La communication doit être appréhendée sous toutes ses formes, en prenant en compte chaque individu dans sa globalité. Bioy, Bourgeois et Nègre (2009) confirment cette idée en ajoutant que « *la communication est un échange de personne à personne, qui mobilise et remanie en temps réel ce que l'on est, et la façon dont l'autre se vit.* » (Bioy, Bourgeois et Nègre, 2009, p.15).

Nous pouvons donc constater que non seulement la communication nourrit la relation mais participe également à la construction de l'identité du sujet : chacun des acteurs d'une relation profite des expériences de l'autre pour adopter une attitude de vie qui lui est propre : parler à l'autre permet de le considérer. Mucchielli (1995) renchérit en affirmant que « *si l'on regarde ce qui se passe dans une communication, on remarque que l'on assume d'abord, à travers cette activité, une identité.* » (Mucchielli, 1995, p.83). Il parle de ce fait d'une fonction identitaire de la communication.

Ceci est d'autant plus important dans le contexte du soin. En effet, l'identité du patient est perturbée par sa maladie, Bioy, Bourgeois et Nègre (2009) parlent même « *d'une parenthèse dans la vie de l'individu* » (Bioy, Bourgeois et Nègre, 2009, p.19). Le patient est alors assimilé à son état, d'où l'importance de la communication pour justement permettre une revalorisation de la subjectivité de la personne malade. Dans ce cas nous nous trouvons dans une situation où la communication participe à l'élaboration de la relation, c'est ce que Mucchielli (1995) désigne comme « *enjeu relationnel* » (Mucchielli, 1995, p.87), en affirmant qu'en l'absence de communication dans une démarche de relation, celle-ci perd tout son sens et deviendrait inexistante.

Rappelons toutefois que ce n'est pas parce que deux personnes communiquent qu'elles sont en relation l'une avec l'autre (cas d'une communication informative), « *toute communication fixe donc la nature de la relation que l'on entend avoir avec son interlocuteur.* » (Mucchielli, 1995, p.88)

Il apparaît alors que, lorsque le soignant communique avec le patient, il établit une communication à la fois relationnelle (puisque le but de cette communication est d'établir une relation de soin) mais également identitaire. En effet, au sein de cet échange, le soignant se

considère lui-même en tant que professionnel de soin dont l'objectif est l'amélioration de l'état de santé du patient, tandis que celui-ci prend en compte son discours en exprimant sa souffrance due à son état. Autrement dit, chacun reconnaît l'autre tout autant que lui-même, chacun participant à la construction de la relation de soin.

Cette estime d'autrui est favorisée par une démarche d'empathie.

- 2. *L'empathie*

Pour Pedinielli (1994), « *l'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client comme s'il était son monde à soi* » (cité par Formarier, 2007, p.37), ce qui par conséquent nécessite pour le soignant de comprendre la situation de la personne malade (nous pouvons ici mettre en lien les facteurs psychologiques et sociaux auparavant abordés). Le professeur J. Cosnier (1994) renchérit en précisant trois types d'empathie. La première concerne la compréhension des représentations et perceptions de l'autre, ou « *empathie de pensée* » (cité par Vannotti, 2002, p.222). La seconde est relative aux actions et attitudes d'autrui, c'est « *l'empathie d'action* » (cité par Vannotti, 2002, p.223). Enfin Cosnier (1994) parle d'une empathie correspondant à la compréhension de la situation d'autrui dans son environnement, qu'il qualifie « *d'empathie d'affects* » (cité par Vannotti, 2002, p.222).

Il apparaît alors qu'au mieux le soignant connaît et comprend son patient, au mieux il saura l'interroger sur son état et donc meilleure sera la communication. De même, puisque dans le cadre d'une situation de soin la communication est essentiellement de type identitaire et relationnelle, faire preuve d'empathie permettrait au soignant d'instaurer une meilleure relation de soin. Vannotti (2002) confirme ce constat en déclarant que « *l'on définit l'empathie comme l'une des voies permettant d'entrer en communication avec l'autre* ». (Vannotti, 2002, p.214). L'empathie est ainsi un des piliers de la communication et donc de la relation soignant-soigné, le soignant est alors à même d'appréhender la situation du patient et ce dernier se sent écouté et compris : ce constat incite Formarier (2007) à affirmer que l'empathie est « *le socle de la relation de confiance* » (Formarier, 2007, p.37).

- 3. *La confiance*

D'après F. Michon (2013), la confiance est un gage de qualité de la relation de soin car on ne peut pas avoir confiance si nous ne sommes pas en relation. L'auteure précise par la suite « *qu'il ne peut y avoir de confiance, sans loyauté, sans transparence, et sans relation (...)* La

transparence favorise l'accès à l'information. » (Michon, 2013, p.37). Pourtant, est-ce que toute relation de soin est relation de confiance ? Qu'est ce qui induit la confiance dans le soin ? D'ailleurs, comment pourrait-on définir la confiance ?

Selon A. Côté (2007), la confiance est « *une prédisposition psychologique qui active une telle action ou en émerge.* » (Côté, 2007, p.12). Rousseau, D.M., Sitkin, S.B., Burt, R.S., Camerer, C. (1995) reprennent cette dimension psychologique en ajoutant que la confiance « *consiste dans l'intention d'accepter la vulnérabilité de l'autre basée sur des attentes positives quant à des intentions où à un comportement de la part de l'autre.* » (cité par Côté, 2007, p.12). Nous pouvons alors constater que la confiance ne se contrôle pas et qu'elle est induite par une multitude de facteurs. En effet, la confiance, d'après Côté (2007), naît de la fusion entre la coopération, la prévisibilité, l'assurance et le risque, dans un contexte de relation entre les individus.

La coopération est ce qui permet les interactions interpersonnelles. Les individus, unis par un même besoin d'agir, par un même objectif, sont plus enclins à échanger en ayant pour visée la réalisation de cet objectif commun. Dans le contexte du soin, chaque professionnel de santé, et le patient lui-même, sont rassemblés afin d'améliorer la santé de celui-ci.

Par la suite, les différents acteurs du soin interagissent, puis communiquent, ils se trouvent ainsi dans une démarche de socialisation et de partage, ce qui leur permet de mieux connaître le patient et ainsi donc de mieux connaître ses attentes. Par conséquent, si le patient considère que le soignant met tout en œuvre pour répondre à ses besoins, cela contribue à diminuer son angoisse potentielle, et donc favorise la survenue de la confiance. C'est ce que Côté (2007) appelle la prévisibilité.

Pourtant la prévisibilité seule ne suffit pas : Côté (2007) explique qu'une fois que le patient se rend compte de la démarche du soignant, encore faut-il qu'il s'assure de la conformité de cette démarche de soin avec ses besoins : c'est ainsi que l'auteur précise la notion d'assurance. Il apparaît que ce sont la richesse de la communication entre soignant et patient et l'observation de chacun qui permettent la prévisibilité et l'assurance.

C'est ainsi que le patient, intégré dans une coopération avec les soignants, constate la prise en compte et la réalisation de ses besoins. Il est alors rassuré, et ses craintes diminuent, il accepte

implicitement le risque. Harrisson et Laplante (1994) confirment cette idée en affirmant que « *se faire confiance, c'est agir sans la possibilité d'en contrôler les conséquences* » (cité par A. Côté, 2007, p.13).

Par ailleurs Côté (2007) précise que « *la confiance est en elle-même un générateur de confiance* » (Côté, 2007, p.19). En effet, au plus nous avons confiance en quelqu'un, au plus nous sommes enclins à communiquer avec lui, et donc à potentialiser la confiance. C'est ce que Côté (2007) désigne comme le « *processus de renforcement* » (Côté, 2007, p.19).

Nous venons ainsi de constater que la confiance se construit à travers un processus long basé essentiellement sur l'échange, la communication et donc les relations interpersonnelles. Pourtant le contexte du soin confère une particularité à la notion de confiance.

En effet, dans le cadre de sa prise en charge, le patient fait confiance au soignant car celui-ci a les compétences adéquates pour réaliser les actes nécessaires au rétablissement de son état. Le professionnel soignant inspire, du fait de sa profession, de la « *confiance professionnelle* » (Côté, 2007, p.14). Ceci est d'autant plus à relier avec le respect du soignant aux règles et valeurs défendues par son serment et/ou son code de déontologie. Cet engagement professionnel permet ainsi l'établissement d'un contrat de soin tacite entre le soignant et le soigné.

Cependant, il reste important de nuancer ces propos, car la confiance peut tout autant être néfaste pour la relation de soin. Effectivement, un excès de confiance en l'autre la transforme en crédulité, renforçant ainsi l'inégalité dans la relation de soin, notamment en conférant au soignant un pouvoir sur le patient, le plaçant alors dans une démarche de contrôle et de manipulation.

Nous apprenons alors qu'avoir une relation de confiance dans le soin permet d'améliorer la prise en charge du patient. Cette confiance présuppose de la transparence qui permet de faciliter l'apport d'information au patient. Toutefois, dans ma situation, cette information a manqué à Monsieur A. ce qui a entaché notre relation de confiance. La transparence a disparu ce qui m'a conduit à refuser d'administrer la pénicilline.

Il apparaît alors que ce manque d'information impacte les deux acteurs de la relation de soin : le soignant et le soigné. Il est donc pertinent de développer ce constat en abordant la question de l'information dans le cadre de la prise en charge d'un patient.

- 2. L'information dans la prise en charge du patient

La prise en charge d'un patient de manière holistique se met en place dans le respect de lois et décrets qui la régissent. De ce fait, la loi du 31 juillet 1991 permet la reconnaissance du droit à l'information des patients, sous responsabilité médicale. Toutefois cette information est communiquée seulement si le patient en fait la demande.

Il faudra attendre la loi dite de Kouchner du 4 mars 2002 pour que les personnes malades puissent jouir d'une facilité de l'accès à l'information les concernant. L'article L.1111-2 de cette loi (2002) affirme que chacun a le droit d'obtenir une information sur son état de santé actuel, de même que chaque professionnel de santé se doit de fournir cette information en restant dans le cadre de leurs compétences. Dans son article, G. Mémeteau (2015) souligne le fait que l'information perd ainsi sa visée d'améliorer la prise en charge du patient pour n'en faire « *qu'une obligation légale* » (Mémeteau, 2015, p.30). Nous sommes ici dans un cas de communication sans feed-back, une communication informative.

Concernant le personnel infirmier, le code de déontologie de leur profession (2016) stipule que l'infirmier est garant du droit à l'information. Par ailleurs, si l'apport d'informations au patient dépasse son champ de compétences, l'infirmier doit motiver celui-ci à faire appel au personnel apte à lui fournir des réponses.

Il existe également des exceptions où le devoir de donner l'information au patient peut ne pas être respecté. En effet, l'article L.1111-2 de la loi Kouchner (2002) dispense le professionnel de santé de fournir l'information au patient, dans une situation d'urgence mais également dans un contexte de soin autre où il s'avère impossible de délivrer cette information (cependant l'article ne détaille pas ces autres contextes de soin). L'article R.4312-13 du code de déontologie des infirmiers (2016) reprend également ce constat.

Pourtant J. Bourgon (1977) signale qu'il existe d'autres explications quant au manque d'informations. Elle met en exergue l'insuffisance d'apport d'informations relatives au patient

qui peut régner au sein de l'établissement hospitalier, favorisée par les conditions de travail difficiles et le manque de temps passé auprès des malades.

L'auteure interroge par la suite le secret médical et son importance : est-il « *fait pour protéger le malade ou se protéger du malade ?* » (Bourgon, 1977, p.70). Dans le cas de la situation de Monsieur A., je ne pouvais pas expliquer pourquoi de la pénicilline lui avait été prescrite, sachant qu'il y était allergique, alors qu'il était tout à fait apte à recevoir cette donnée. J'ai alors pris la décision d'exercer mon droit de retrait, mais cela ne traduisait-il pas une stratégie de défense, une certaine fuite pour ne pas avoir à affronter les questions de Monsieur A. ? Ou à le protéger lui, car l'administration de pénicilline traduisait la dégradation de son état ?

On peut alors observer que l'information du patient met en avant deux principaux acteurs : le(s) soignant(s) et le patient lui-même. Concernant les soignants, le personnel infirmier reste toutefois le garant du droit à l'information du patient et doit par conséquent tout mettre en œuvre afin de faire respecter ce droit. Il est alors pertinent d'aller interroger les infirmiers et infirmières afin de recueillir leurs différentes opinions sur l'information du patient dans le soin.

5. Méthode exploratoire

Ma démarche de recherche m'a permis d'acquérir des savoirs, que je vais confronter aux pratiques professionnelles, au moyen de la méthode exploratoire. Autrement dit, cette méthode va me permettre de comparer mon questionnement et mon cadre de référence à la réalité du terrain.

- 1. L'outil d'enquête

La mise en place d'une méthode exploratoire débute par la détermination de l'outil d'enquête. Cet outil permet en effet de confronter le travail de recherche au travail de terrain. Je fais le choix d'utiliser l'entretien comme outil d'enquête.

L'entretien permet un recueil d'informations d'ordre qualitatif, c'est-à-dire par rapport à un sujet et à son quotidien. La personne interrogée renseigne sur ce qu'elle perçoit ou pense d'un thème. L'entretien permet également d'aborder tous les aspects du sujet de recherche, en vérifiant par ailleurs la pertinence de celle-ci.

Cet entretien peut se décliner de différentes façons. Concernant mon travail, l'entretien dit « semi-directif » me paraît adapté. En effet, il permet de garantir une liberté d'expression du personnel interrogé tout en cadrant l'entretien sur le thème choisi, au moyen d'une question inaugurale. De même ce thème peut être divisé en plusieurs parties ce qui permet d'aborder tous les aspects du sujet de recherche, tout en laissant possible l'utilisation du cadre de recherche pour guider l'entretien. Cette organisation sera consignée dans un guide d'entretien (disponible en annexe).

Concernant la quantité d'entretiens réalisés, un nombre de trois me semble suffisant afin de pouvoir proposer une diversité des réponses convenable, tout en restant dans une démarche d'initiation au travail de recherche. Par ailleurs je compte également utiliser un dictaphone en le signalant de prime abord aux professionnels de santé reçus, afin d'assurer une retranscription fidèle des entretiens.

- 2. Terrains d'enquête

Mon travail de fin d'études concerne la relation de soin et l'information du patient. Ces deux concepts sont inhérents à chaque prise en charge d'un patient, quel que soit le professionnel de santé ou le service de soins. Pourtant il existe des services où l'information du patient a une incidence complexe sur la prise en charge et l'organisation des soins, c'est notamment le cas des urgences et de l'oncologie. De plus il me paraît pertinent d'interroger le personnel de psychiatrie, car les différents modes d'hospitalisation et pathologies rencontrés influent sur la délivrance de l'information du patient.

Je vais donc enquêter auprès d'infirmiers et/ou infirmières, pratiquant dans les services cités ci-dessus. Je tiens de plus à préciser que l'expérience professionnelle n'a pas de pertinence réelle comme critère d'entretien.

Par ailleurs, le guide d'entretien que j'ai rédigé a été testé auprès d'une infirmière travaillant aux urgences, ce qui m'a permis de m'assurer de la pertinence et de la bonne formulation de mes questions.

6. Traitement des données

- 1. Présentation de la méthode d'analyse

L'analyse permet de mettre en lien les données recueillies lors des entretiens avec les concepts décrits dans le cadre de référence, c'est ce que l'on dénomme « analyse de contenu ». Autrement dit, les discours des soignants seront décryptés et interprétés, tout en restant objectif, en se rapportant au cadre de référence. Pour ce faire, j'ai fait le choix d'élaborer une grille de catégorisation (à retrouver en annexe avec la retranscription complète des entretiens).

La grille de catégorisation est un outil d'analyse des données. Elle permet de classer les éléments du discours d'un individu selon des catégories. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, ces catégories reprennent les concepts du cadre de référence. Cette classification des éléments de discours se dénomme « codage », qui va ainsi donc permettre l'analyse des données.

- 2. Analyse des données

L'entretien avec l'infirmière Orchidée a eu lieu le 16 avril 2020, par appel téléphonique du fait du contexte de crise sanitaire à cette période.

Orchidée est une infirmière exerçant depuis près de onze ans en psychiatrie, dont deux ans en accueil crise. Elle travaille actuellement, et ce depuis six ans, au sein d'une unité de malades difficiles (UMD).

Dans cet entretien, nous avons en premier lieu abordé la perception qu'avait Orchidée sur la relation soignant-soigné.

Elle énonce tout d'abord que cette relation consiste principalement à « *établir une relation de confiance* » (L.34), qui, selon elle, est « *quelque chose qui se construit avec le temps.* » (L40). Nous retrouvons dans ces propos les idées de l'autrice F. Michon (2013), qui affirmait que la confiance permettait de construire une relation de soin efficace, améliorant la qualité des soins prodigués au patient. La notion de temps dans le cadre de l'élaboration de la relation soignant-soigné a également été abordé par le psychologue A. Côté (2007) qui précisait que la confiance s'établissait selon un long processus. Nous saisissons alors l'importance du facteur temps quant à l'instauration de la confiance entre le patient et le soignant et donc de la relation de soin.

Cependant, Orchidée précise que la confiance seule ne suffit pas. En effet, elle affirme que dans le but de construire une relation de soin le non-jugement et la bienveillance sont tout aussi importants.

Par la suite, Orchidée aborde la notion d'empathie. Selon elle, être empathique vis-à-vis du patient fait partie des qualités que tout professionnel de santé se doit d'avoir : « *l'empathie [...] ça fait partie de notre métier* » (L209). Elle renchérit en affirmant que, pour développer cela, il est important de considérer le patient, de respecter ses envies, son état, ses émotions, puisque « *chaque personne a le droit d'exprimer ses sentiments face à une situation* » (L207). Ceci confirme les propos du professeur J. Cosnier (1994) en rapport avec les trois types d'empathie : l'empathie de pensée, l'empathie d'action et l'empathie d'affects.

Ensuite, l'infirmière évoque la communication. Elle définit ce concept en évoquant deux catégories de communication : « *verbale et non-verbale* » (L48). Cette distinction n'est pas sans rapport avec celle proposée par le docteur en philosophie et sociologie Mucchielli (1995), à la différence que celui-ci dénomme la communication verbale « *communication digitale* » (Mucchielli, 1995, p.77) et la communication non-verbale « *communication analogique* » (Mucchielli, 1995, p.77). Cependant Orchidée rajoute ensuite : « *Le toucher ça me semble important aussi. Parce que quand quelqu'un est en souffrance, poser une main sur quelqu'un ça peut être contenant, dans la relation soignant-soigné ça peut être important.* » (L51). Ici l'infirmière met en exergue ce type de communication non-verbale : le toucher aurait un rôle d'apaisement du patient. En lien avec cela, on pourrait également penser que le toucher faciliterait la relation soignant-soigné, Orchidée précise de même que le regard potentialise la communication verbale. Nous remarquons ainsi qu'au sein d'une relation de soin, il est impossible de séparer les deux facettes de la communication : chacune est essentielle, tout en se soutenant l'une et l'autre. L'infirmière conclut alors sur la communication, en affirmant qu'au sein d'une relation de soin, le soignant se doit de faire preuve d'adaptabilité et de nuance en fonction de chaque patient, prouvant ainsi l'existence non pas d'une mais de plusieurs relations de soin uniques. L'adaptabilité et la nuance font partie, selon Orchidée, des compétences relationnelles nécessaires pour tout soignant construisant une relation de soin : « *on s'adapte à chaque patient, à chaque pathologie et à chaque état clinique [...]. Il n'y a pas de règle là-dessus.* » (L196).

Toutefois, lorsqu'elle fait part de ses ressentis au sein d'une relation soignant-soigné, Orchidée révèle la difficulté à faire preuve de nuance et d'adaptabilité. Lors de certaines situations, l'infirmière affirme que les patients peuvent s'exprimer de manière abrupte, en cela Orchidée ajoute qu'il faut également être contenant en tant que soignant, même si « *on ne peut pas être que gentil, être que bienveillant. En soi on est un peu obligés parfois de jouer le mauvais rôle.* » (L.220). D'où l'importance, d'après Orchidée, de pouvoir prendre du recul sur certaines prises en charge difficiles en essayant de garder à l'esprit que parfois, le patient s'exprime par sa maladie, il ne faudrait donc « *pas le prendre pour soi.* » (L207).

Nous notons dans ces propos une mise en lumière de la place du soignant en tant qu'acteur de la relation de soin : en tant que tel, et parce c'est un individu à part entière, sa singularité doit être prise en compte, tout comme celle du patient. Orchidée insiste de nouveau par la suite sur la prise de recul du soignant dans le cas de prises en charges compliquées, en abordant le fait qu'adopter une bonne distance professionnelle permettait de faire respecter les singularités de chacun des acteurs de la relation de soin pour finalement trouver « *un juste milieu dans la relation* » (L67).

Tous les concepts et notions en rapport avec la relation soignant-soigné abordés par Orchidée lors de l'entretien font appel d'après celle-ci à l'expérience professionnelle ainsi qu'aux compétences relationnelles du soignant. En effet, et ce dès le début de l'entretien, l'infirmière souligne l'influence de ces deux notions dans le processus de construction d'une relation de soin. Elle explique que l'expérience permet de mieux connaître le patient. Elle poursuit de ce fait en affirmant que « *c'est l'expérience qui fait qu'on le sent si on peut entrer en contact avec le patient* » (L60), ce qui fait écho aux dires de Manoukian (2008) qui prônait également l'expérience dans le cadre de l'élaboration de la relation soignant-soigné. Orchidée nous met néanmoins en garde dans son discours : elle insiste sur le fait « *qu'on ne peut être excellent du jour au lendemain* » (L85) en ce qui concerne la relation avec le patient. Nous retrouvons de nouveau dans ses dires la notion de temporalité. L'infirmière déclare ensuite que, justement, le fait d'améliorer son expérience au fur et à mesure et de travailler ses compétences relationnelles permet de progresser dans sa profession jusqu'à affirmer que « *c'est l'expérience qui fait que l'on se définit professionnel* » (L80). Suite à ce constat Orchidée poursuit en expliquant ce qu'est l'identité professionnelle, qui se définirait non seulement par l'expérience et les compétences, la profession donc, mais également par « *ce qu'on est déjà à la base, c'est-à-dire comment on a été élevé par nos parents, nos valeurs, ce que l'on pense en nous* » (L.73).

La deuxième partie de l'entretien avec Orchidée aborde la question de l'information du patient dans sa pratique professionnelle.

L'infirmière commence par rappeler que l'information du patient est une obligation légale : « *personne doit faire un soin sans en informer le patient* » (L.118), les soignants : « *sont obligés de faire ça.* » (L151). Orchidée est bien ici dans le respect de la loi Kouchner (2002), toutefois ses propos confirment le constat de Mémeteau (2015) qui observait que le droit à l'information se transformait en une obligation des soignants à la fournir. Orchidée évoque par la suite la notion de consentement du patient, d'après elle, l'information du patient repose sur ce concept : en effet, lorsque l'on informe le patient sur un soin que l'on s'apprête à effectuer, nous sommes dans l'optique de lui faire accepter le soin. Ceci met en exergue le fait que l'information du patient est un prérequis dans la recherche de son consentement.

En ce qui concerne la place de l'infirmier en rapport avec l'information du patient, Orchidée précise : « *il faut donner lui donner les informations, que ça soit notre rôle prescrit ou notre rôle propre* » (L100). En cela Orchidée rappelle que l'information du patient est fonction des compétences de chacun en la matière, nécessitant ainsi, comme elle l'a auparavant affirmé, un travail de collaboration entre les professionnels de santé.

Effectivement, nous nous doutons bien que la relation soignant-soigné implique en réalité non pas un seul soignant mais toute une « *équipe pluridisciplinaire* » (L94), par conséquent l'information du patient transite non seulement d'un soignant au patient mais également entre soignants. Pour se faire Orchidée explique : « *il y a les relèves, il y a le dossier du patient, le logiciel de transmissions ciblées. [...] chaque soignant écrit ses observations sur le patient, le médecin également, le psychologue également, l'assistante sociale également...Après il y a les réunions cliniques [...] on a les réunions médicales.* » (L126). Elle rappelle ensuite que, grâce à tout cela, les soignants assurent la continuité et la qualité des soins : l'information du patient permettrait ainsi l'amélioration de sa prise en charge.

Orchidée revient par la suite sur le fait que la transmission de l'information au patient est dépendante des compétences de chaque professionnel, ainsi il arrive que dans certaines situations de soin, cette transmission puisse être déléguée car : « *certaines informations sont plutôt d'ordre médical, d'autres sont plus de l'ordre infirmier [...] des fois il y a le cadre de santé.* » (L166). Ceci rappelle l'article R4312-13 du code de déontologie des infirmiers (2016) stipulant que « *dans le cas où une demande d'informations dépasse son champ de compétences,*

l'infirmier invite le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement compétent. ». Nous comprenons alors l'importance de l'équipe pluridisciplinaire dans la transmission de l'information au patient.

Orchidée poursuit son discours en expliquant que, parce que différents professionnels sont impliqués dans la relation de soin tout en ayant des formations et compétences diverses, certaines informations peuvent être ainsi transmises par certains et non par d'autres. De ce fait, l'infirmier (-ère), d'après Orchidée, « *donne des informations mais elles restent passives.* » (L163). Celle-ci précise alors que l'infirmier (-ère) « *doit rester vague* » (L160) lorsqu'il (elle) transmet une information au patient, dans un souci de respect des compétences de chacun des professionnels de santé prenant part à la prise en charge. Pour Orchidée, ce n'est pas que l'information est cachée mais que celle-ci dépend des compétences des uns et des autres pour pouvoir in fine être communiquée au malade. On pourrait ainsi penser qu'une information ne saurait être absente. A cette question Orchidée déclare que l'absence d'information survient parfois dans les transmissions : « *C'est pas toujours fait d'ailleurs... [...] sur les soins au long cours c'est parfois redondant donc on a pas tendance à écrire tout le temps.* » (L138). Néanmoins elle insiste par la suite que l'information reste toujours transmise au patient, d'une façon ou d'une autre.

On se demande alors de quelle manière cette information est communiquée au patient. A ce sujet l'infirmière rappelle que « *l'information passe par le soignant* » (L109), tout en précisant que « *l'infirmier est le lien entre des fois les intervenants et le patient.* » (L101). En ce sens elle met en lumière ce qu'énonçait déjà le code de déontologie des infirmiers (2016) dans l'article R 4312-13 : « *l'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé.* » Elle poursuit en présentant les moyens mis à disposition des soignants afin de transmettre l'information, entre autres les livrets d'accueil et les affiches dans le service. On découvre ici un mode de communication, qui n'est ni verbale, ni non-verbale, mais sous forme écrite et à visée strictement informative, ce que Bioy, Bourgeois et Nègre (2009) appellent communication sans feed-back. D'autre part Orchidée explique qu'en psychiatrie certaines informations sont transmises au patient lors « *d'entretiens infirmiers formels ou informels* » (L84).

Toutefois Orchidée insiste plusieurs fois au cours de l'entretien sur l'implication de la famille du patient dans la transmission de l'information. Elle raconte que parfois le soignant se réfère

à elle : « *est-ce qu'on demande à la famille* » (L195). Cette démarche du soignant inscrit les membres de la famille du patient comme personnes ressources dans la prise en charge, ce qui permettrait de la faciliter.

Dans tous les cas, que ce soit vis-à-vis de la famille et/ou du patient, l'infirmière souligne de nouveau l'importance du temps dans la transmission de l'information. Selon elle, prendre son temps permet de « *réfléchir [...] au moment opportun, quand c'est annoncé, qui va l'annoncer* » (L.190). J. Bourgon (1977) avait également signalé que le manque de temps pouvait expliquer une insuffisance voire une absence d'information au patient, ce qui conforte les propos d'Orchidée tout en les invalidant sur un point, puisque pour l'infirmière interrogée ici l'absence d'information au patient ne peut avoir lieu. Par la suite, Orchidée rajoute que cette réflexion sur la communication de l'information (rendue possible par la prise de temps donc) s'inscrit dans une démarche de considération et de prise en compte holistique de toute personne qui la reçoit, patient et/ou famille, car la nature même de l'information ou la manière dont elle est transmise peut influencer sur la relation de soin. En effet, elle met en évidence le fait que l'information « *peut être difficile à gérer pour le patient* » (L192), jusqu'à pouvoir « *être dramatique si ils retiennent que ce soit nous qui avons annoncé cette mauvaise nouvelle et qu'on va devoir continuer à avancer avec lui* » (L177). Par conséquent, Orchidée affirme que les soignants se doivent de « *faire en sorte de ne pas briser la relation de soin* » (L.170) lorsqu'ils communiquent une information au patient, puis ajoute que « *le but c'est pas d'inquiéter* » (L163). Implicitement, Orchidée fait ressortir l'importance des mots utilisés par les soignants dans la transmission de l'information au patient.

Enfin, pour conclure l'entretien, Orchidée atteste qu'en tant que professionnel de santé et afin de garantir une prise en charge optimale pour le patient, « *il faut se remettre en question* » (L.224).

7. Problématique

Mon travail de recherche a débuté par des interrogations sur la manière dont l'information du patient participait à la construction de la relation soignant-soigné. Au fil de mon enquête exploratoire, regroupant mes lectures et l'entretien avec Orchidée, j'ai pu trouver quelques éléments de réponse à ces questions.

Premièrement, puisque cette relation implique au minimum deux individus, il me semblait essentiel de traiter de la relation soignant-soigné du point de vue de la communication. J'ai alors appris que la communication ne concernait pas seulement la parole, les dires des individus. Elle regroupe également leur langage corporel, leur comportement, leurs émotions, qui peuvent donc non seulement enclencher la communication d'un message mais également influencer sur sa transmission et sa réception, favorisant alors le partage entre individus et la relation.

J'ai par la suite compris que lorsque deux individus communiquent, ils se reconnaissent en tant que tels. Autrement dit, lorsque je communique avec une personne, je m'adresse à elle et donc je reconnais sa présence, je la considère. En réfléchissant sur ce constat, il m'apparut que l'empathie prenait ainsi sa place dans la construction d'une relation de soin. L'empathie n'est pas juste la considération d'autrui. Elle se décline en réalité sous différentes formes englobant la compréhension des représentations et perceptions de l'autre, de ses actions et attitudes, de son vécu et de son environnement. Ceci permet au soignant de mieux saisir la difficulté de la situation du patient, suscitant alors de la confiance de sa part.

La confiance a un rôle essentiel dans l'élaboration d'une relation soignant-soigné. J'ai découvert que la confiance dans la relation de soin était issue des échanges entre le soignant et le patient, et de leur compréhension mutuelle. Pourtant la confiance, et par extension, la relation de soin, prennent du temps à se mettre en place.

Ce qui rend cette relation si particulière est le fait qu'elle implique des personnes, avec chacune une singularité qui leur est propre. Nous sommes tous des individus différents, uniques en notre genre : chaque relation de soin que nous construisons est singulière : il existe autant de relations de soin qu'il y a d'individus qui la composent.

Pour le soignant, cette singularité se compose de son identité personnelle regroupant son vécu, ses valeurs, son éducation, mais également de son identité professionnelle qui elle est fonction de son code de déontologie, de ses compétences relationnelles, mais également de son expérience, lui permettant ainsi de construire une relation de soin plus facilement. Finalement au plus j'enrichis mon expérience au fil du temps, au mieux je développe mes compétences relationnelles : en cela le temps apparaît comme un véritable facteur favorisant de la relation soignant-soigné.

La prise en compte de ces différentes singularités dans la relation de soin implique de ce fait de la bienveillance et du non-jugement de la part de tout acteur de la relation de soin. D'après C. Desenfant-Lixon (2014) la bienveillance consisterait à rechercher le meilleur pour lui, à agir pour le bien d'un individu. De ce fait l'auteur identifie la bienveillance comme une des valeurs et obligations de la profession infirmière. En ce qui concerne le non-jugement, ou « *regard positif inconditionnel* » selon C. Rogers (1968) : ce concept est relatif à l'acceptation sans réserve de la subjectivité d'un individu, autrement dit le non-jugement se rapporte à l'absence d'a priori sur une personne. Il permet de construire une relation de soin efficace et favorise la confiance entre les individus impliqués dans cette relation.

En fin de compte, une relation soignant-soigné nécessite des échanges entre les individus qui la composent, de même qu'elle en induit. C'est en ce sens que l'information du patient prend sa place dans cette relation, elle est l'objet de ces échanges.

Toutefois cette information est réglementée. Chaque patient a le droit d'être informé sur son état de santé et sa prise en charge, il peut également refuser qu'on lui transmette une information. De même, chaque soignant a un devoir d'information vis-à-vis de lui, et seule l'urgence permet de différer (et non pas annuler) la transmission d'une information au patient.

Cette transmission dépend de plusieurs individus et de la façon dont ils interagissent entre eux.

L'information transite d'une part entre soignants : elle permet en ce sens d'assurer la continuité des soins, d'où l'importance de la pluridisciplinarité et de la collaboration, d'autant plus que chaque professionnel a des compétences différentes. Ces compétences déterminent ainsi la capacité d'un soignant à communiquer une information, pouvant alors motiver celui-ci à déléguer cette transmission à un collègue lorsque lesdites compétences ne lui permettent pas de le faire.

D'autre part, les soignants partagent évidemment des informations au patient. Toutefois, comme lors de la construction d'une relation de soin, les soignants se doivent de prendre en compte toute la subjectivité du patient, de prendre un temps de réflexion sur la façon de transmettre l'information : de cela va dépendre son assimilation de l'information, d'autant plus dans les situations où la nature même de l'information est grave. Cette démarche permet de protéger et maintenir la relation de soin.

Comme j'ai pu le constater au cours de mon enquête, prendre en compte la subjectivité du patient englobe la considération de ses représentations, de ses perceptions, mais également de son environnement, et l'environnement du patient comprend incontestablement sa famille.

J'ai en effet remarqué, au fil de mon travail, que la famille du patient jouait un rôle important dans la transmission d'information. Elle constitue un appui, une aide pour les soignants. Lorsque ceux-ci se retrouvent dans l'impasse pour trouver une façon adéquate de transmettre une information au malade, ils peuvent alors se concerter avec la famille, qui va enrichir leur connaissance du patient. Ceci permet ainsi aux soignants de mieux comprendre la personne qu'ils prennent en charge et donc de faciliter la transmission d'information et la relation soignant-soigné. En fin de compte, une autre relation intervient au sein de la relation soignant-soigné et lors de l'information du patient : la relation « soignant-famille ».

Ce dernier constat m'a alors fait réfléchir sur ce qui pouvait expliquer le fait que la famille du patient puisse mieux le connaître que les soignants. Je pense avoir trouvé une réponse à cela : le temps.

Finalement, je me rends compte qu'au-delà de cette observation, ce sont tous les concepts et notions évoqués dans mon travail qui dépendent du temps : celui-ci agit comme une clé de voûte, étayant ainsi tout ce qui participe à la prise en soin. C'est en prenant du temps que les soignants arrivent à développer leurs compétences relationnelles, à enrichir leur expérience, à réfléchir sur leurs pratiques, leur permettant ainsi de construire une relation de soin efficiente et d'assurer une bonne transmission d'information au patient. Il permet de construire l'identité professionnelle et personnelle.

Le temps serait alors un gage de la qualité des soins.

Pourtant cela me pose question : dans des lieux d'exercice comme les urgences et la réanimation, prendre du temps n'est pas permis. Le pronostic vital du patient est souvent engagé, ce qui nécessite de la part des soignants une rapidité d'action et de réflexion afin de permettre un rétablissement du malade. De même, dans le cas du service des urgences, l'affluence est parfois importante, avec de courtes durées de séjour.

Cela rendrait-t-il la relation de soin moins pérenne, voire absente ? Cela induirait-il une insuffisance d'information ?

Tous ces éléments m'incitent à me demander : de quelle manière le temps dans le soin influence la relation soignant-soigné et l'information du patient ?

8. Conclusion

Ce mémoire symbolise évidemment l'aboutissement de mes études mais il m'a également permis d'évoluer personnellement et professionnellement. Grâce à ce travail, j'ai été capable de mettre en exergue ce qui pour moi est au cœur du travail de soignant : la relation de soin et l'information du patient. J'ai pris conscience que ces deux notions n'impliquaient pas seulement un patient et un soignant, mais tout un ensemble d'individus rendant la relation de soin et l'information du patient uniques en leur genre.

En fin de compte, que l'on soit infirmier (-ère) ou non, nous sommes toujours en contact avec autrui. L'être humain n'est pas fait pour évoluer seul : nous nous enrichissons grâce à l'Autre.

Pourtant, j'ai été confrontée à certaines difficultés durant mon travail. La recherche du thème a été quelque peu ardue du fait que la situation à laquelle j'ai été confrontée heurtait fortement mes valeurs personnelles, au point de me faire adopter un point de vue relativement obtus sur cette expérience de soin. Je cherchais plus à faire justice qu'à adopter une posture réflexive de future soignante. En cela les diverses lectures réalisées de même que l'entretien m'ont permis d'acquérir une ouverture d'esprit, me permettant ainsi d'avancer dans mon travail et de me faire comprendre l'importance de la nuance et de l'adaptabilité dans le domaine du soin.

Par ailleurs, certains propos relevés lors de l'entretien étaient vraiment pertinents et intéressants, mais sans rapport stricto-sensu avec le thème de mon mémoire. J'avais ainsi du mal à me restreindre à mon guide d'entretien et regrette donc de ne pas pouvoir développer plus certaines idées.

Toutefois, je ne peux évoquer les limites de ce travail sans mentionner le contexte de la crise sanitaire du coronavirus. De ce fait, j'ai dû entre autres réduire le nombre d'entretiens. Cette expérience m'a poussée à faire preuve d'adaptabilité tout en permettant une remise en question personnelle et professionnelle.

Finalement, c'est grâce à ce travail de recherche que je me suis rendue compte du rôle essentiel du temps dans le soin : il permet la construction de la relation de soin, la réflexion soignante. Il guide nos actions et participe à la construction de notre identité professionnelle et personnelle.

Si l'occasion se présente, en lien avec mon projet d'exercer en tant que puéricultrice, je pense continuer mon travail en incluant dans mes recherches la particularité de la relation de soin avec l'enfant et ses parents. Le temps nous le dira...

9. Bibliographie

Articles

Côté, A. (2007). Les stratégies de changement en milieu hospitalier : construire une relation de confiance. *Gestion*, 32 (2), 12-21

Desenfant-Lixon, C. (2014) Valeurs du soin. Mise en œuvre en situations. *Savoirs et soins infirmiers*, 9 (4), 1-5

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89 (2), 33-42.

Haudiquet, X. (2013). Le regard positif inconditionnel : comment y parvenir ? *Approche centrée sur la personne : pratique et recherche*, 17 (1), 65-78

Lambrette, G. (2015). La relation, un ingrédient incontournable du soin. *Soins psychiatrie*, 301, 38-40

Michon, F. (2013). La confiance, un levier de la qualité des soins. *Soins*, 779, 36-38

Mémeteau, G. (2015). L'information, droit fondamental du patient ? *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 26 (1), 21-36

Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29 (2), 213-237

Ouvrages

Bioy A., Bourgeois F. & Nègre I. (2009). *Communication soignant-soigné : repères et pratiques* (2^e éd.). Paris : Bréal

Bourgon, J. (1977). *L'information du malade à l'hôpital*. Clamecy : Le Centurion

Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3^e éd.). Rueil-Malmaison : Lamarre

Mucchielli, A. (1995). *Psychologie de la communication*. Paris : Presses Universitaires de France

Sitographie

Union départementale des associations familiales Bas-Rhin. (s.d.) *Les droits du malade*. En ligne <<http://www.udaf67.fr/fr/les-droits-du-malade.html>>, consulté le 13 septembre 2019

Textes législatifs

Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014. In *Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession* (p. 44-116). Boulogne-Billancourt : Berger-Levrault.

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. En ligne <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo/texte/fr>>, consulté le 13 septembre 2019

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur le Web <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>>, consulté le 13 septembre 2019

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 dite de Kouchner énonçant les droits du patient hospitalisé. Disponible sur le Web <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>>, consulté le 13 septembre 2019

10. Sommaire des annexes

1. Autorisation de diffusion du travail de fin d'études	I
2. Glossaire	II
3. Guide d'entretien	III
4. Lettres de demande d'entretien	IV
5. Lettres de réponse aux demandes d'entretiens	VI
6. Retranscription des entretiens.....	VIII
- 1. Entretien n°1 avec IDE en psychiatrie (Orchidée)	VIII
- 2. Entretien n°2.....	XVII
- 3. Entretien n°3.....	XVII
7. Grille de catégorisation.....	XVIII

1. Autorisation de diffusion du travail de fin d'études



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 (Prénom, NOM) : Kim BLOUME

Promotion : 2017-2020

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 :

De l'information à la relation de soin

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

oui

non

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

oui

non

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

Avignon, le 29/04/2020 Signature :

2. Glossaire

AVC : accident vasculaire cérébral

IADE : infirmier (-ère) anesthésiste diplômé (e) d'Etat

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

UMD : unité de malades difficiles

3. Guide d'entretien

Dans le cadre de ma dernière année de formation en soins infirmiers, je rédige actuellement un mémoire portant sur l'information du patient dans le soin. Afin d'enrichir ce travail, je réalise des entretiens auprès de professionnels infirmiers.

Ces entretiens seront réalisés de manière anonyme et enregistrés, à la condition que votre accord me soit transmis. Ils seront d'une durée moyenne de 30 minutes.

Une copie de mon travail et/ou un compte-rendu des entretiens pourront également vous être proposés si vous le souhaitez.

Présentation du professionnel :

- Parcours professionnel, lieux d'exercice

Thème 1 : la relation soignant-soigné

- Pour vous, qu'est-ce-que la relation soignant-soigné ?
 - D'après vous, sur quoi se base cette relation ?
 - Qu'est-ce qui participe à la construction de cette relation de soin ?
 - Qu'est-ce qui rend la relation de soin si particulière ?

Thème 2 : mise en lien avec l'information du patient

- Avez-vous eu l'expérience d'une situation où l'information du patient a eu un impact sur votre relation de soin ?
 - De quelle manière a été transmise cette information ?
 - Comment avez-vous réagi face à cette situation ?
 - Quel en a été son incidence sur le patient ?

4. Lettres de demande d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme. BLOUME Kim
Étudiant(e) en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 11 février 2020

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services d'oncologie et des urgences auprès d'infirmiers (-ères) dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : la relation de soin et l'information du patient. Je souhaiterais effectuer un entretien dans chacun de ces services.

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

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

Mme Kim BLOUME

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme. BLOUME Kim

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 11 février 2020

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien dans un service de psychiatrie adulte en secteur fermé auprès d'un infirmier (-ère) dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : la relation de soin et l'information du patient.

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

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

Mme Kim BLOUME

5. Lettres de réponse aux demandes d'entretiens

**DIRECTION DES SOINS, DE LA QUALITE
ET DE LA GESTION DES RISQUES
ASSOCIES AUX ACTIVITES DE SOINS**



le 13 Février 2020

Madame Kim BLOUME

Réf : FB/PhLD/36-2020

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

Madame,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres Paramédicaux de Pôle, ils vous contacteront directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

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

Le Directeur des Soins,

CENTRE HOSPITALIER

DIRECTION DES SOINS



le 25 février 2020

Le Directeur des Soins

Madame Kim BLOUME

Nos Réf. : TI-H/MP/20

Vos Réf. : votre courrier du 11 février 2020

Objet : TFE

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 Madame _____, cadre de santé du service d'onco hématologie 1 au (_____), et Madame _____ cadre de santé du service des urgences au (_____), dès réception de ce courrier.

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

LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS

6. Retranscription des entretiens

- 1. Entretien n°1 avec IDE en psychiatrie (Orchidée)

- 1 **Moi** – Bonjour à vous. Je voudrais déjà commencer par vous remercier d’avoir accepté un
2 entretien avec moi.
- 3 **Orchidée** – Il n’y a pas de soucis.
- 4 **Moi** – Voilà, je m’appelle Kim et je suis étudiante en 3^{ème} année à l’IFSI de X.
- 5 **Orchidée** – D’accord.
- 6 **Moi** – Dans le cadre de l’écriture de mon mémoire de fin d’études qui porte sur l’information
7 du patient et la relation de soin, je mène des entretiens auprès des professionnels infirmiers.
- 8 **Orchidée** – Du coup vous ferez plusieurs entretiens différents ?
- 9 **Moi** – Oui, c’est ce qui est prévu, j’ai demandé à m’entretenir avec des infirmiers en oncologie
10 et aux urgences aussi.
- 11 **Orchidée** – C’est bien ça sera complet.
- 12 **Moi** – C’est ça, j’essaie de diversifier au mieux (rires)
- 13 **Orchidée** – (rires) Non mais il y a pas de soucis, je vais essayer de vous aider au mieux.
- 14 **Moi** – Voilà, donc cet entretien sera anonymisé et enregistré si cela vous va. Il durera entre
15 euh... 20 minutes et une demi-heure. Si vous souhaitez une copie de mon travail et une
16 retranscription de l’entretien je pourrais vous envoyer une copie.
- 17 **Orchidée** – Oh oui à l’occasion je veux bien lire le mémoire !
- 18 **Moi** – Super. (*silence*). Donc pour commencer, j’aimerais bien avoir des informations sur votre
19 parcours professionnel, les services où vous avez pu travailler...
- 20 **Orchidée** – Oui, donc moi je suis diplômée depuis le 2 novembre 2009, j’attaque la onzième
21 année là, et j’ai fait deux ans d’accueil crise et j’ai fait pratiquement euh... là ça fait ma sixième
22 année d’UMD donc unité de malades difficiles. Juste avant de commencer en psychiatrie j’ai

23 fait 2 mois en chirurgie mais bon voilà je vais pas le compter parce que c'est pas...c'est pas une
24 grosse expérience on va dire. Et après bah j'ai toujours été en psychiatrie.

25 **Moi** – D'accord. C'était vraiment la psychiatrie qui vous plaisait.

26 **Orchidée** – C'est ça. Parce que justement y'avait le temps avec la relation du patient.

27 **Moi** – D'accord, OK. Du coup avec un peu plus de dix ans d'exercice je suppose que vous avez
28 pu prendre en charge pas mal de patients qui ont dû être tout aussi différents les uns que les
29 autres, et en lien avec cette prise en charge de patients je suppose qu'il y a dû avoir des relations
30 de soin qui ont dû se construire.

31 **Orchidée** – Oui.

32 **Moi** – Voilà, et en lien avec cela j'aimerais bien savoir ce qu'est pour vous justement cette
33 relation soignant-soigné ?

34 **Orchidée** – La relation soignant-soigné ? Et bah, c'est... déjà... Bon après c'est plus
35 particulièrement établir une relation de confiance.

36 **Moi** – Oui.

37 **Orchidée** – Donc déjà ça prend du temps, euh... il y a la prise en compte de la maladie. Alors
38 nous les UMD c'est quand même des univers de soin où les patients quand ils sont emmenés
39 pour certains c'est des choses graves donc on va être sur le non-jugement, l'empathie, euh... il
40 faut être très humain et très à l'écoute. La bienveillance aussi. (*silence*) Voilà après la relation
41 c'est quelque chose qui se construit avec le temps. C'est peut-être plus rapide dans d'autres
42 domaines de travail mais en psychiatrie ça prend du temps.

43 **Moi** – Et cette notion de temps que euh... Comme vous dites en psychiatrie c'est très important
44 mais du coup pour faire la parallèle avec les soins généraux euh...

45 **Orchidée** – Et bien vous savez qu'en soins généraux les patients ils sortent très très vite donc
46 cette relation elle doit être vite avancée je pense.

47 **Moi** – Oui.

48 **Orchidée** – Et après je pense qu’au-delà du soin technique c’est surtout le... euh... la
49 communication verbale et non-verbale.

50 **Moi** – D’accord.

51 **Orchidée** – C’est être en contact avec l’autre. Le toucher ça me semble important aussi. Parce
52 que quand quelqu’un est en souffrance, poser une main sur quelqu’un ça peut être contenant,
53 dans la relation soignant-soigné ça peut être important.

54 **Moi** – D’accord. Et...dans le cadre de la psychiatrie justement euh...Cette dimension du
55 toucher est-ce-que vous avez pu...

56 **Orchidée** – La mettre en place ?

57 **Moi** – Oui voilà !

58 **Orchidée** – Et ben en fait ça dépend, parce que nous on a beaucoup de populations euh,
59 schizophrènes donc les schizophrènes ils sont quand même dans une réalité en dehors de la
60 nôtre. Et euh... ben ça... En fait c’est l’expérience qui fait qu’on le sent si on peut entrer en
61 contact avec le patient de cette manière-là ou pas. Ça s’apprend pas à l’école.

62 **Moi** – Ça c’est sûr ! (*rires*)

63 **Orchidée** – (*rires*). L’expérience et du coup, il y en a certains où oui c’est possible et il y en a
64 d’autres ou au contraire ils le demandent à ce que l’on reste à distance d’eux. Et je crois que
65 c’est ça la relation, c’est que c’est aussi respecter les euh... Bah les envies de l’autre et nous
66 aussi aussi parce qu’il y a des patients qui sont très faciles avec nous et on est pas forcément un
67 soignant qui aime être touché, qui aime être (*inaudible à 6min 40*), donc je pense que c’est un
68 juste milieu dans la relation, il faut trouver euh... Il faut trouver la bonne distance avec l’autre
69 sans euh...l’abandonner mais en même temps sans être intrusif.

70 **Moi** – Et du coup je reviens un petit peu sur ce que vous venez de me dire, vous avez parlé
71 d’expérience. Donc du coup est-ce que vous pensez que la relation de soin va être différente
72 suivant si on est euh... et bien voilà, jeune diplômé ou...

73 **Orchidée** – Moi je pense que ce qui fait l'identité professionnelle c'est ce qu'on est déjà à la
74 base, c'est-à-dire comment on a été élevé par nos parents, nos valeurs, ce que l'on on pense en
75 nous et après il y a notre profession (*inaudible à 7 minutes*), qu'on ne peut pas différencier de
76 ce que l'on est nous mais en tout cas euh... ça construit notre identité professionnelle. Et après
77 je pense que l'expérience permet aussi de... bah de pas de copier sur les collègues mais de
78 prendre, de se dire « bah alors cette valeur-là chez cette personne bah je l'aime bien pourquoi
79 je ne pourrais pas me l'approprier ? Cette façon de faire je l'aime bien et bah la prendre
80 également... » et ça je pense que c'est l'expérience qui fait que l'on se définit professionnel.
81 De faire comme si et pas comme ça.

82 **Moi** – Du coup ça permettrait l'expérience en fait d'acquérir des compétences relationnelles
83 qu'on peut mettre à profit par la suite ?

84 **Orchidée** – Oui ! Notamment l'entretien infirmier parce qu'en psychiatrie il y a quand même
85 beaucoup d'entretiens infirmiers formels ou informels. Et cette compétence là... on peut pas
86 être euh...excellent du jour au lendemain d'ailleurs je pense qu'on l'est jamais mais je pense
87 euh... d'expérimenter euh...de travailler ça je pense que quand même on acquiert des notions
88 plus... plus professionnelles on va dire, en ça on sent une évolution dans le métier quoi.

89 **Moi** – D'où l'importance au final de cette notion de temps que vous aviez dite tout à l'heure ?

90 **Orchidée** – Oui. Et encore plus en psychiatrie je pense.

91 **Moi** – OK. Donc si je récapitule un petit peu, par rapport à cette relation de soin voilà, vous
92 m'avez parlé de confiance, de temps, d'empathie, bienveillance, communication... Donc au
93 final c'est ce qui permettrait d'après vous de construire cette relation ?

94 **Orchidée** – Oui, et après il y a tout ce qu'il y a équipe pluridisciplinaire, le travail d'équipe, la
95 collaboration avec le médecin, les psychologues euh... tous les gens qui interviennent, il y a les
96 familles aussi, y'a tous les intervenants autour du patient et ils sont nombreux.

97 **Moi** – Donc au final il n'existerait non pas une relation de soin mais plusieurs suivant à qui on
98 s'adresse et du nombre de personnes impliquées dans la prise en charge ?

99 **Orchidée** – C'est ça. (*silence*) Et il y a la transparence aussi, le patient il faut pas lui cacher, il
100 faut être transparent vis-à-vis de lui, il faut lui donner les informations, que ça soit notre rôle

101 prescrit ou notre rôle propre. (*silence*) On a ce travail de lien en fait. Moi je pense que l'infirmier
102 est le lien entre des fois les intervenants et le patient.

103 **Moi** – D'accord. Donc de par ce rôle de lien, cela suppose une transparence, on se doit de
104 donner une information libre et éclairée au patient ?

105 **Orchidée** – Oui, oui. Après il y a aussi dans notre unité, pour tout ce qui est information, dans
106 l'UMD on a des livrets d'accueil avec tous les renseignements, euh... sur tout ce qui est... parce
107 que nous on a des passages à la commission tous les 6 mois, il y a les juges de la liberté et de
108 la détention euh... à l'arrivée et au départ aussi. Donc il y a beaucoup d'informations qui
109 circulent après tout ce qui est de l'unité, l'information passe par le soignant mais elle est aussi
110 affichée dans le service etc... Donc il y a une multitude d'informations qui sont données quoi.

111 **Moi** – Et est-ce que cette dimension d'information en psychiatrie... comment est-ce qu'elle
112 diffère du soin général ?

113 **Orchidée** – Du soin général ?

114 **Moi** – Oui.

115 **Orchidée** – Et bien je pense que ça doit être pareil, les soins gé il y a un livret d'accueil aussi
116 exactement comme nous donc je pense que ça diffère pas tant que ça, après je pense qu'en soins
117 gé le médecin passe tous les jours voir le patient, lui donner des informations. Les infirmiers,
118 personne doit faire un soin sans en informer le patient euh... donc après il y a la notion de
119 consentement, mais en soins gé ils sont en soin libre... Nous en psychiatrie en tout cas ils sont
120 sans consentement, mais on recherche quand même cela. On va pas bêtement appliquer des
121 choses sans avoir... sans avoir le consentement du patient.

122 **Moi** – Et qu'est ce qui fait... Je ne sais pas comment expliquer ça... En psychiatrie, dans votre
123 service, qu'est-ce-qui... De quelle manière cette...

124 **Orchidée** – (*rires*) De quelle manière est transmise l'information ?

125 **Moi** – (*rires*) Oui voilà !

126 **Orchidée** – Et bien il y a les relèves, il y a le dossier du patient, le logiciel de transmissions
127 ciblées. Donc euh... chaque soignant écrit ses observations sur le patient, le médecin également,
128 le psychologue également, l'assistante sociale également...Après il y a les réunions cliniques,
129 on en fait une fois par semaine et après on a les réunions médicales une fois par mois, où on
130 prend les patients qui vont plus poser souci dans la prise en charge et où on doit plus réfléchir
131 à leur situation... Mais sinon la transmission elle passe comme ça, et après la transmission, fin
132 l'information, passe aussi par tous les collègues qui travaillent sur la même amplitude ensemble.
133 Donc il y a les transmissions écrites, orales...Tout le temps en fait. C'est ça qui assure la
134 continuité des soins.

135 **Moi** – Et du coup ça faciliterait la prise en charge du patient ?

136 **Orchidée** – Bien sûr ! ça assure la continuité des soins et la qualité.

137 **Moi** – (*silence*) Un gage de la qualité des soins ?

138 **Orchidée** – Oui ! Et tout le monde doit écrire des transmissions, normalement... C'est pas
139 toujours fait d'ailleurs... Normalement on doit écrire des transmissions sur chaque patient, sur
140 chaque amplitude. Après sur les soins au long cours c'est parfois redondant donc on a pas
141 tendance à écrire tout le temps... Mais en tout cas normalement on demande ça.

142 **Moi** – Parce c'est une euh...Il y a quand même une dimension légale derrière ?

143 **Orchidée** – Oui oui. C'est-à-dire qu'un patient où il n'y a pas de transmissions écrites
144 admettons on peut considérer que c'est un patient qu'on a pas dans l'unité, s'il n'y a pas de
145 transmissions dessus.

146 **Moi** – Et est-ce qu'il y aurait une particularité de l'information en psychiatrie ? qu'il n'y aurait
147 pas ailleurs ?

148 **Orchidée** – Euh... Bah tout ce qui est surveillances isolement. Parce que les patients qui sont
149 mis en isolement eux ils requièrent une transmission toutes les 30 minutes. Et l'information...
150 (*rires*) Je ne pense pas qu'en soins généraux on fait ça toutes les 30 minutes ! Mais en tout cas
151 ça fait partie d'une information spécifique et légale. On est obligés de faire ça.

152 **Moi** – D’autant plus que certains patients sont en soin libre, d’autres sont en soin sous
153 contrainte...

154 **Orchidée** – Oui, après à l’UMD on a que des patients sous contrainte en SDRE UMD ou D398
155 pour les détenus, donc eux il n’y a pas de soin libre, par contre en psychiatrie générale oui il y
156 a des patients en soin libre, il y a du SDT...

157 **Moi** – Mais du fait de ces différents modes d’hospitalisation, est-ce qu’il y a des modalités
158 différentes dans la transmission de l’information ?

159 **Orchidée** – Et bien il y a des règles un peu différentes dans les prises en charge, après les
160 informations en elles-mêmes concernant le patient euh...Nous on a pas le droit, on doit rester
161 vague mais quand les familles appellent on peut pas dire à leur famille par exemple le patient il
162 est en isolement depuis tant de jours etc... ça c’est le médecin qui donne cette information-là.
163 Après nous on donne des informations mais elles restent passives on va dire. Parce que le but
164 c’est pas d’inquiéter la famille qui...qui ne voit pas leur fils, leur frère, leur père ou je ne sais
165 quoi... Il ne faut pas les inquiéter, majorer ça quoi. (*silence*). Donc l’information elle n’est pas
166 cachée mais disons que certaines informations sont plutôt d’ordre médical, d’autres sont plus
167 de l’ordre infirmier et...et...et puis des fois il y a le cadre de santé hein, qui donne des
168 informations... Comme par exemple un patient qui doit se rendre au tribunal pour être jugé en
169 général c’est ou soit le médecin soit le cadre de santé mais c’est pas nous en tant qu’infirmiers
170 qui allons vers le patient pour lui donner cette information-là. (*silence*). Pour faire en sorte de
171 ne pas briser la relation de soin justement.

172 **Moi** – Donc ce n’est pas que l’information est cachée, c’est que voilà, en fonction de nos
173 compétences, et de notre référentiel de formation, il y a des choses que l’on peut transmettre ou
174 pas ?

175 **Orchidée** – Voilà c’est ça. Et puis des fois, quand c’est quelque chose d’assez grave euh...
176 c’est mieux de la déléguer à un médecin ou un cadre de santé plutôt que nous se mettre en
177 difficulté vis-à-vis du patient. (*silence*) On travaille 8h par jour auprès de lui, et que... ça
178 pourrait être dramatique si ils retiennent que ce soit nous qui avons annoncé cette mauvaise
179 nouvelle et qu’on va devoir continuer à... à avancer avec lui.

180 **Moi** – Donc d’après ce que vous me dites l’information du patient a un impact sur la relation
181 de soin ?

182 **Orchidée** – Bien sûr.

183 **Moi** – Et du coup, en rapport avec cela, est-ce-que vous, dans votre pratique infirmière vous
184 avez eu l’expérience d’une situation où l’information du patient a eu un impact, positif ou
185 négatif, dans votre relation de soin ?

186 **Orchidée** – Ah oui ça arrive ça ! Par exemple, on a eu une famille qui annonce que le père ou
187 la mère est décédé(e), c’est compliqué, c’est une information, on ne sait pas comment faire, on
188 ne sait pas si le patient il est apte ou pas à recevoir cette information-là. Est-ce que son état
189 clinique le permet ou est-ce qu’il faut différer etc...ça souvent c’est pareil, on travaille souvent
190 en collaboration, c’est-à-dire on va pas se précipiter à donner l’information, on va la prendre,
191 on va réfléchir en équipe au moment opportun, quand c’est annoncé, qui va l’annoncer, etc. Et
192 après il y a aussi les bonnes nouvelles hein ! Et pareil ça peut être difficile à gérer pour le
193 patient... Je ne sais pas, on a eu la sœur d’un patient qui se marie et le patient est enfermé à
194 l’UMD, c’est une très bonne nouvelle et pour autant lui ça va lui renvoyer son enfermement.
195 Donc c’est pareil, est-ce qu’on donne l’information tout de suite ou est-ce qu’on attend, est-ce
196 qu’on demande à la famille de différer...On s’adapte à chaque patient, à chaque pathologie et
197 à chaque état clinique j’ai envie de dire. Il n’y a pas de règle là-dessus.

198 **Moi** – Parce que tout dépend au final de la situation du patient et de la relation de soin que vous
199 avez de base avec lui ?

200 **Orchidée** – C’est ça, c’est ça. Et des fois il y a des informations très graves... Il y a eu un
201 patient il a perdu la garde de son enfant... On va pas cacher l’information mais en tout cas on
202 prend vraiment le temps, déjà de le préparer, de... pour pouvoir accepter plus facilement si c’est
203 difficile. De juger au moment le plus opportun, et ça c’est difficile, il n’y a pas de manuel qui
204 l’explique, on l’apprend pas ça. (*rires*). C’est le terrain et l’expérience.

205 **Moi** – Mais du coup, dans les situations comme celles-ci où l’on note vraiment une modification
206 de cette relation de soin par rapport à l’information donnée, comment vous vous réagissez ?

207 **Orchidée** – Bah je crois qu’il ne faut pas le prendre pour soi, chaque personne a le droit
208 d’exprimer ses sentiments face à une situation...Moi j’ai toujours été pareil, avec la
209 bienveillance, l’empathie... d’accepter aussi que le patient il soit en colère contre nous, ça fait
210 partie de notre métier. Je crois que ça remet un temps en question la relation avec le patient vers
211 le soignant, mais en tout cas la relation du soignant vers le patient elle est identique. En tout cas
212 pour moi elle est identique. (*silence*). Il y a des patients qui sont persécutés du jour au
213 lendemain, pour nous les soignants c’est la maladie qui s’exprime, c’est pas euh... la personne
214 qui nous en veut à proprement parler. C’est sa maladie qui s’exprime et il ne faut pas le prendre
215 pour soi en fait. On peut dire qu’on est là pour ça en fait.

216 **Moi** – (*silence*). Donc vous m’aviez bien parlé dans cet entretien de confiance, de temps, du
217 non-jugement, l’empathie, bienveillance... au final c’est...

218 **Orchidée** – C’est l’identité du soignant hein. Après il y a des trucs un peu moins sympa, le
219 recadrage... C’est moins sympa mais parfois utile (*rires*). C’est de la contenance aussi, c’est un
220 tout en fait. On ne peut pas être que gentil, être que bienveillant en fait. En soi on est un peu
221 obligés parfois de jouer le mauvais rôle.

222 **Moi** – Donc il faut s’adapter et nuancer...

223 **Orchidée** – Oui, il faut adapter, nuancer... et puis je crois que quand on est professionnel de
224 santé, je crois qu’il faut se remettre en question quoi.

225 **Moi** – C’est ce qui permet de réfléchir à ses pratiques et du coup...

226 **Orchidée** – C’est ça. Et c’est très bien dans notre unité, les patients nous permettent bien eux
227 de nous remettre en question.

228 **Moi** – D’accord. (*silence*). Et bien je crois que j’ai tout ce qu’il me faut. Est-ce que vous avez
229 quelque chose à rajouter, ou une remarque ?

230 **Orchidée** – Oh et bien j’espère que l’entretien aura aidé, que j’aurai bien répondu, c’est quand
231 même vaste comme sujet ! (*rires*). Parce que c’est quand même pas pareil en oncologie, en
232 médecine, en chirurgie...

233 **Moi** – Voilà, est pour ça que justement j’essaie de diversifier les entretiens et les recherches
234 (*rires*).

235 **Orchidée** – Et bon courage pour votre mémoire, j’espère que vous serez diplômée comme il
236 faut avec ce qu’il se passe en ce moment...(*rires*)

237 **Moi** – Oui moi aussi ! (*rires*)

238 **Orchidée** – Il faut mettre les masques toute la journée dans les services et tout ça... D’ailleurs
239 c’est très problématique, il y a des patients qui aujourd’hui ne voient plus nos visages, ne voient
240 plus que des gens masqués... Là pour la relation de soin c’est très compliqué. Parce que du
241 coup les patients ne voient plus si on a le sourire, si on sourit plus, si... Ils ne voient que nos
242 yeux toute la journée, et ça c’est terrible pour eux. Au niveau de l’angoisse c’est terrible.

243 **Moi** – (*silence*). Il y a une perte de contact ?

244 **Orchidée** – Oui, il n’y a plus d’expression en fait. Quand vous parlez avec un patient, il voit si
245 vous souriez, si vous l’écoutez, si vous êtes attentif etc., par votre visage. Et comme on a le
246 visage qui est masqué et bien du coup il ne savent plus si... Si, par exemple quand vous faites
247 un soin à un patient bah en fait vous avez le sourire mais lui il ne le voit pas et en fait... Il ne
248 se passe rien. C’est très étrange en ce moment.

249 **Moi** – C’est une entrave ?

250 **Orchidée** – C’est absolument ça. En tout cas je vous souhaite bon courage, et puis bon, si vous
251 avez besoin d’autre chose n’hésitez pas !

252 **Moi** – Merci à vous !

- 2. **Entretien n°2**

- 3. **Entretien n°3**

7. Grille de catégorisation

Thème	Sous-thèmes	Verbatim		
Relation soignant-soigné	Expérience professionnelle et compétence relationnelle du soignant	<p>Orchidée</p> <p>L60 « En fait c'est l'expérience qui fait qu'on le sent si on peut entrer en contact avec le patient »</p> <p>L80 « je pense que c'est l'expérience qui fait que l'on se définit professionnel. »</p> <p>L85 « on peut pas être euh...excellent du jour au lendemain »</p> <p>L87 « de travailler ça je pense que quand même on acquiert des notions plus... plus professionnelles on va dire, en ça on sent une évolution dans le métier. »</p>	<p>Rose</p>	<p>Jonquille</p>
	Communiquer avec le patient	L48 « Et après je pense qu'au-delà du soin technique c'est surtout [...]		

la communication verbale et non-verbale. »

L51 « C'est être en contact avec l'autre. Le toucher ça me semble important aussi. Parce que quand quelqu'un est en souffrance, poser une main sur quelqu'un ça peut être contenant, dans la relation soignant-soigné ça peut être important. »

L84 « en psychiatrie il y a quand même beaucoup d'entretiens infirmiers formels ou informels. »

L223 « il faut adapter, nuancer »

L244 « Quand vous parlez avec un patient, il voit si vous souriez, si vous l'écoutez, si vous êtes attentif etc., par votre visage »

Empathie

L37 « il y a la prise en compte de la maladie »

L39 « l'empathie, [...] il faut être très humain et très à l'écoute »

		<p>L65 « c'est ça la relation, [...] c'est aussi respecter [...] les envies de l'autre »</p> <p>L207 « chaque personne a le droit d'exprimer ses sentiments face à une situation »</p> <p>L209 « l'empathie [...] ça fait partie de notre métier »</p> <p>L209 « d'accepter aussi que le patient il soit en colère contre nous »</p>		
	<p>Confiance</p>	<p>L26 « Parce que justement y'avait le temps avec la relation du patient »</p> <p>L34 « La relation soignant-soigné ? [...] c'est plus particulièrement établir une relation de confiance. »</p> <p>L.99 « Et il y a la transparence aussi, le patient il faut pas lui cacher, il faut être transparent vis-à-vis de lui »</p>		

		L40 « la relation c'est quelque chose qui se construit avec le temps »		
	Ressentis et réactions du soignant	<p>L66 « parce qu'il y a des patients qui sont très faciles avec nous et on est pas forcément un soignant qui aime être touché »</p> <p>L196 « On s'adapte à chaque patient, à chaque pathologie et à chaque état clinique [...]. Il n'y a pas de règle là-dessus. »</p> <p>L207 « il ne faut pas le prendre pour soi [...] c'est la maladie qui s'exprime »</p> <p>L219 « C'est de la contenance aussi [...]. On ne peut pas être que gentil, être que bienveillant en fait. En soi on est un peu obligés parfois de jouer le mauvais rôle. »</p>		

<p>Mise en lien avec l'information du patient</p>	<p>Respect de la législation</p>	<p>L100 « il faut lui donner les informations, que ça soit notre rôle prescrit ou notre rôle propre. »</p> <p>L118 « personne doit faire un soin sans en informer le patient »</p> <p>L118 « il y a la notion de consentement, [...] on recherche quand même cela. On va pas bêtement appliquer des choses sans avoir...sans avoir le consentement du patient. »</p> <p>L151 « information spécifique et légale. On est obligés de faire ça »</p> <p>L159 « il y a des règles »</p> <p>L201 « On va pas cacher l'information »</p>		
	<p>Transmission de l'information entre soignants</p>	<p>L94 « il y a tout ce qu'il y a équipe pluridisciplinaire, le travail d'équipe, la collaboration avec le médecin, les psychologues [...] tous les gens qui interviennent »</p>		

L126 « il y a les relèves, il y a le dossier du patient, le logiciel de transmissions ciblées. [...] chaque soignant écrit ses observations sur le patient, le médecin également, le psychologue également, l'assistante sociale également...Après il y a les réunions cliniques [...] on a les réunions médicales »

L132 « l'information, passe aussi par tous les collègues qui travaillent sur la même amplitude ensemble. »

L133 « les transmissions écrites, orales [...] C'est ça qui assure la continuité des soins [...] et la qualité. »

L138 « tout le monde doit écrire des transmissions [...] on doit écrire des transmissions sur chaque patient, sur chaque amplitude. »

		<p>L166 « certaines informations sont plutôt d'ordre médical, d'autres sont plus de l'ordre infirmier [...] des fois il y a le cadre de santé »</p> <p>L175 « quand c'est quelque chose d'assez grave euh... c'est mieux de la déléguer »</p> <p>L189 « on travaille souvent en collaboration »</p>		
	Communiquer l'information au patient	<p>L101 « l'infirmier est le lien entre des fois les intervenants et le patient. »</p> <p>L106 « on a des livrets d'accueil avec tous les renseignements, [...] sur tout »</p> <p>L109 « l'information passe par le soignant »</p> <p>L110 « affichée dans le service »</p> <p>L117 « le médecin passe tous les jours voir le patient »</p> <p>L163 « le but c'est pas d'inquiéter »</p>		

		<p>L170 « faire en sorte de ne pas briser la relation de soin »</p> <p>L177 « ça pourrait être dramatique si ils retiennent que ce soit nous qui avons annoncé cette mauvaise nouvelle et qu'on va devoir continuer à... à avancer avec lui. »</p> <p>L187 « on ne sait pas comment faire, on ne sait pas si le patient il est apte ou pas à recevoir cette information-là »</p> <p>L190 « on va réfléchir [...] au moment opportun, quand c'est annoncé, qui va l'annoncer »</p> <p>L192 « ça peut être difficile à gérer pour le patient »</p> <p>L194 « pour autant lui ça va lui renvoyer son enfermement »</p> <p>L201 « on prend vraiment le temps »</p>		
--	--	--	--	--

		L203 « De juger au moment le plus opportun, et ça c'est difficile »		
	Information partielle	L160 « on doit rester vague » L163 « on donne des informations mais elles restent passives on va dire »		
	Absence d'information	L138 « C'est pas toujours fait d'ailleurs... [...] sur les soins au long cours c'est parfois redondant donc on a pas tendance à écrire tout le temps » L143 « un patient où il n'y a pas de transmissions écrites admettons on peut considérer que c'est un patient qu'on a pas dans l'unité »		
Inattendu		L39 « Donc on va être sur le non-jugement » L40 « la bienveillance aussi » L67 « je pense que c'est un juste milieu dans la relation [...] il faut trouver la bonne distance avec		

l'autre sans [...] l'abandonner mais en même temps sans être intrusif. »

L73 « ce qui fait l'identité professionnelle c'est ce qu'on est déjà à la base, c'est-à-dire comment on a été élevé par nos parents, nos valeurs, ce que l'on on pense en nous et après il y a notre profession (*inaudible à 7 minutes*), qu'on ne peut pas différencier de ce que l'on est nous mais en tout cas euh... ça construit notre identité professionnelle. »

L164 « la famille [...] Il ne faut pas les inquiéter »

L195 « est-ce qu'on demande à la famille de différer... »

L224 « je crois qu'il faut se remettre en question [...] les patients nous permettent bien eux de nous remettre en question. »

FROM INFORMATION TO CAREGIVING RELATIONSHIP

My end of course assignment deals with the patient's information within the framework of the relationship between the carer and the patient, because, to my mind, these two notions are essential in order to establish an efficient patient management. However, I've experienced a situation during which I couldn't respect both this relation and the patient's information, which matter to me. This is why I've been wondering what's linking them. I conducted an analysis and I read and collected information on legislation, human science, and social psychology. Then I carried out a field study, which enabled me to undertake semi-structured interviews with nurses working in oncology, psychiatry, and emergency care services. The research I did enabled me to understand that the information healthcare professionals give to the patient and the relationship they establish with them progress together, involving and affecting a lot of people in many ways. Collecting information from nurses enabled me to gain knowledge and broaden my study, including my thoughts about caregiving relationship. This study also permitted a view on the part of time within healthcare.

Keywords : relationship between the carer and the patient, patient's information, heterogeneous, time

Number of words : 183 words.

DE L'INFORMATION A LA RELATION DE SOIN

Mon travail de fin d'études s'intéresse à l'information du patient au sein de la relation de soin, car ces deux concepts sont pour moi la pierre angulaire de la prise en charge holistique du patient. Cependant, au cours d'une situation de soin, je n'ai pas pu honorer ces notions qui me tiennent à cœur. Je me suis alors interrogée sur le lien qui peut exister entre elles. J'ai pu analyser cela à travers des lectures diverses relevant des champs de la législation, des sciences humaines, de la psychologie sociale. Pour confronter ces lectures au travail de terrain, j'ai fait le choix d'interroger des infirmiers (-ères) exerçant dans les services d'oncologie, de psychiatrie et des urgences, au moyen d'entretiens semi-directifs. Ce travail m'a permis de réaliser que l'information du patient et la relation de soin évoluent de concert, en impliquant et impactant une multitude d'individus, dans leurs actions ou leurs ressentis. Les échanges avec les professionnels ont également apporté de nouvelles données qui ont permis d'enrichir mon travail, notamment en développant ma définition de la relation soignant-soigné tout en introduisant le rôle du temps dans le soin.

Mots-clés : relation soignant soigné, information du patient, hétérogène, temps

Nombre de mots : 193 mots.