GIPES
Groupement d'Intérêt Public
des Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse

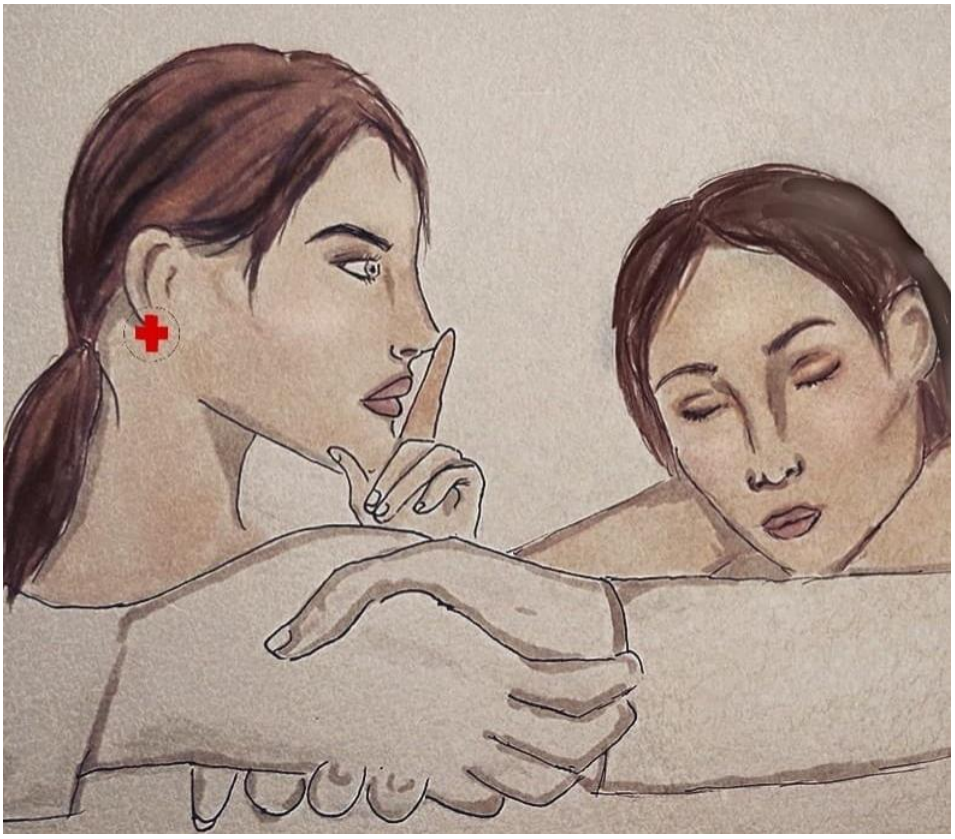
I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du G.I.P.E.S.
d'Avignon et du Pays de Vaucluse

FAYOLLE Lindsay

Promotion 2017/2020

Date de rendu : 24 mai 2020

La relation soignant-soigné à l'épreuve du mensonge



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

Directrice de mémoire : GEVAUDAN Annie

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

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier Annie Gévaudan, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long de l'année dans ce travail. Elle m'a conseillée dans mes lectures, dans ma rédaction, m'a reçue dans son bureau lorsque j'en avais besoin, et a su me faire progresser dans ma réflexion tout en me mettant en confiance.

Merci également à l'ensemble des formateurs de l'IFSI et des professionnels de santé que j'ai pu côtoyer au cours de mes stages. Ils m'ont permis d'acquérir bon nombre de connaissances tout au long de la formation, ainsi qu'aux personnes que j'ai interrogées et dont j'ai pu recueillir les témoignages.

Je n'oublie pas toute ma famille qui m'a soutenue, en particulier mon père qui a relu mon travail et a passé d'innombrables heures à tenter de comprendre le fonctionnement de la mise en page de Libre Office, ainsi que Jimmy qui a également relu certaines parties du mémoire.

Petite attention pour ces futurs ingénieurs, Alexis qui a abandonné ses jeux vidéo pour m'aider dans la mise en page, Dorian qui a relu mon travail et s'est cassé la tête à mes côtés pour trouver les meilleures tournures de phrases possible, ainsi que Guitou qui a été un excellent supporter et un journaliste d'exception en me rapportant des situations vécues, m'ouvrant ainsi à d'autres axes de réflexion.

Un grand merci à ma meilleure amie, Amandine, artiste dans l'âme, avec qui j'ai pu élaborer l'illustration de mon mémoire.

Je remercie aussi chaleureusement tous mes amis Charlène, Maëva, Noémie, Élodie, Bastien, Kader, Mehdi et bien d'autres qui ont su me faire avancer et passer au-delà des difficultés rencontrées.

Je finirai par donner une mention spéciale à toutes mes amies de promotion qui m'ont aidée dans les moments de doute et m'ont rassurée lorsque je pensais être en retard sur mes entretiens alors qu'elles n'avaient pas encore commencé leur cadre de référence.

Enfin, un grand merci à toutes les personnes que je n'ai pas mentionnées mais à qui je pense fort et qui m'ont portée tout au long de ce mémoire...

Table des matières

1 Introduction 1
2 Situation d'appel 2
3 Questionnement de départ 4
4 Cadre de référence 5
4.1 Le mensonge 5
4.1.1 Mensonge et information 5
4.1.2 Mensonge et vérité 7
4.1.3 Mensonge, non-dit et secret 9
4.1.4 L'éthique du mensonge 11
4.1.5 Le mensonge dans le soin 13
4.2 La relation soignant-soigné 15
4.2.1 Définition 15
4.2.2 Une relation à deux ? 17
4.2.3 La relation d'aide 17
4.2.4 Une relation asymétrique 19
4.3 La confiance 22
4.3.1 Définition 22
4.3.2 Confiance, défiance et trahison 23
4.3.3 La confiance dans le soin 25
4.3.4 Confiance, mensonge et non-dit 28
5 Enquête exploratoire 30
5.1 Outils 30
5.2 Public 30
5.3 Déroulement des entretiens 30
5.4 Limites des entretiens 31
5.5 Présentation et résultat des analyses 31
5.5.1 Présentation des infirmières 31
5.5.2 Le mensonge 32
5.5.3 La relation soignant-soigné 40
5.5.4 La confiance 50
6 Conclusion 60
7 Bibliographie 62

1 Introduction

Au cours des stages que j'ai effectués dans différents services, je me suis rendue compte que le fait de mentir n'était pas rare, et que cela était presque devenu une pratique courante. Qu'il s'agisse de dissimuler un médicament dans une compote, d'affirmer que nous avons déjà fait des prises de sang alors que c'est en réalité la première, ou encore de minimiser les conséquences de la prise de certaines thérapeutiques, ne pas dire la vérité au patient est une pratique récurrente que j'ai pu observer sur des lieux de stages divers allant de la psychiatrie aux SMUR, en passant par des services hospitaliers ou des EHPAD. Cependant, j'ai également pu remarquer qu'aux mensonges se mêlaient les non-dits, et cette subtilité me paraissait intéressante à aborder car, finalement, peut-on qualifier de mensonge une information non divulguée ? Paradoxalement, une des premières choses que l'on nous enseigne à propos de la relation soignant-soigné est que cette dernière est avant tout une relation interhumaine qui se fonde sur une confiance mutuelle entre les deux protagonistes. Cependant, cette confiance est elle-même supposée être basée sur l'honnêteté, ou plus précisément sur la congruence comme le stipule Carl Rogers. C'est de ce climat de confiance que découle l'élaboration d'une alliance thérapeutique. Dès lors, peut-on réellement parler de confiance lorsque le soignant ne révèle pas la vérité au patient ? Il me parait intéressant de traiter ce sujet afin de chercher s'il existe un lien entre relation de confiance et mensonge dans le soin, et surtout si associer ces deux concepts est possible.

Dans un premier temps, j'exposerai la situation à partir de laquelle j'écrirai ce mémoire. Après avoir énoncé ma question de départ, je développerai une première partie sur le mensonge. Nous aborderons ensuite la relation soignant-soigné en parlant de ses différents aspects puis nous discuterons autour de la confiance. Suite à cela, après m'être rendue sur le terrain afin d'interviewer des professionnels de santé, nous analyserons les résultats de cette enquête, les confronterons au cadre de référence et en tirerons des conclusions.

2 Situation d'appel

Je suis étudiante en deuxième année de soins infirmiers dans un service de néphrologie. Une après-midi, nous allons réaliser une ponction pleurale chez une patiente, madame X, d'une soixantaine d'années. Celle-ci partage sa chambre avec une autre patiente que nous nommerons madame Y, présente dans le service depuis peu et sortant dans la semaine. En tant qu'étudiante, je suis conviée à ce soin afin de voir comment se déroule la ponction. Cette dernière se passe bien, mais, en début d'après-midi, la patiente décompense. Je suis appelée par un aide-soignant qui me demande comment je trouve Mme X. En la voyant, je pars chercher de quoi prendre ses constantes, préviens l'équipe et reviens les lui prendre. L'équipe prévenue arrive et prend le relais. On me dit de partir car j'ai déjà dépassé mon horaire (j'étais du matin). J'ai appris le lendemain que la réanimation avait été appelée mais que la patiente était décédée dans la soirée. En ce qui concerne Mme Y, cette dernière a assisté au moment où j'ai pris les constantes. Malgré la présence du paravent, elle a pu entendre les données que j'ai transmises à l'équipe. Au moment où la réanimation est arrivée, Mme Y a été mutée de chambre et a été installée dans une autre chambre. Il m'a été communiqué que le décès n'avait pas de lien direct avec la ponction mais que la patiente avait fait une hémorragie interne. Le lendemain, lors du tour des prises de sang, je vais réaliser une ponction veineuse à madame Y qui me demande des nouvelles de madame X. J'étais à ce moment seule dans la chambre avec cette patiente, l'infirmière étant restée dans le couloir pour étiqueter les tubes de la ponction précédente. Un peu prise de court, je suis sortie de la pièce sous prétexte que j'avais oublié un tube pour la ponction veineuse car je ne savais pas si j'avais le droit de lui dire et cela me paraissait étrange qu'elle n'ait pas encore été mise au courant de la situation. J'en ai alors profité pour demander à l'infirmière ce que je devais répondre, la patiente ne semblant apparemment pas au courant du décès de madame X. L'infirmière me dit alors de répondre que madame X a été mutée dans un autre service, sans plus de précisions. Sur le coup, je ne me suis pas demandé pourquoi je devais mentir. Je reviens vers la patiente et lui transmets cette réponse, or la patiente continuait à me poser des questions auxquelles je ne savais pas répondre étant donné que madame X n'était pas dans un autre service. J'ai donc dû faire au mieux pour construire une histoire crédible et ai expliqué à ma patiente que madame X avait été mutée dans le service des urgences du même hôpital, que nous n'avions actuellement pas reçu de nouvelles et que nous la tiendrions au courant dès que nous en aurions. Je me demandais si ma réponse était assez claire et convaincante car je ne m'étais absolument

pas préparée à toute cette série de questions. Je suis sortie de la chambre de cette patiente avec un sentiment de culpabilité et ai informé l'infirmière des propos que j'avais tenus devant la patiente. L'infirmière m'a « rassurée » en disant que j'avais bien fait de dire cela. Sur le coup, je me suis questionnée sur le fait d'avoir menti à cette patiente, mais je n'ai pas osé en demander la raison. Les jours qui suivirent, madame Y me demandait toujours des nouvelles de son ancienne voisine, et je lui réitérais les mêmes propos. Nous avions transmis à la relève les informations que nous avions données à cette patiente afin que toute l'équipe tienne le même discours. Cela a duré environ une semaine à l'issue de laquelle la patiente est sortie du service sans jamais avoir été informée de la réalité des faits.

3 Questionnement de départ

Suite à ma situation d'appel, il me semble nécessaire de soulever plusieurs problématiques afin de pouvoir par la suite élaborer ma question de départ.
Tout d'abord, pourquoi l'infirmière m'a-t-elle demandé de mentir ? Était-ce seulement par gain de temps pour ne pas avoir à rassurer la patiente ou cette décision avait-elle un autre intérêt ? Pourquoi personne dans l'équipe ne s'est opposé à cette décision ? Était-ce pour ne pas rompre la relation de confiance entre l'infirmière et sa patiente ? Est-ce le fait d'annoncer la mort qui nous conduit à ce mensonge ? Qui sommes-nous pour décider de délivrer ou non une information au patient ? Devons-nous réellement tout dire au patient ? Est-ce pour « protéger » le moral de la patiente ? Est-ce un acte d'empathie ? Est-ce au final pour ne pas prendre la peine de tout expliquer à la patiente puisque cette dernière était sortante ? Que se serait-il passé si la patiente avait appris la vérité ? Qu'en aurait-il été de la relation de confiance entre le soignant et le soigné ? Peut-on encore parler de relation de confiance à partir du moment où l'on ment au patient ? Est-ce au final considérer la patiente comme n'étant pas capable de recevoir cette information ? Peut-on exercer ce métier tout en allant contre ses valeurs ?

Pour conclure, je formulerais ma question de départ de la manière suivante :
En quoi le mensonge impacte-t-il la confiance dans la relation soignant-soigné ?

4 Cadre de référence

4.1 Le mensonge

D'après le dictionnaire Le Larousse, le mensonge est défini comme : « *Action de mentir, de déguiser, d'altérer la vérité* ». Le mot mensonge vient du latin *mentio* signifiant mention. Le mensonge est ainsi une fausse mention. Le Larousse définit le verbe mentir de la manière suivante : « *Dissimuler, déguiser volontairement la vérité, nier ou taire ce qu'on devrait dire* ». Cette définition du mensonge implique alors que le non-dit fait partie du mensonge. Mentir serait donc d'une part produire un énoncé que l'on sait être en désaccord avec la vérité, mais également omettre volontairement de donner une information. En effet, il « *ne s'agit pas seulement d'une vérité non dite ou de ce qu'on appelle le "mensonge par omission", mais de la communication éventuelle de fausses informations* » (Fainzang, S., 2006, p.9). « *Le mensonge est aussi bien dissimulation d'une parole (vraie) que production d'une autre parole (fausse)* » (Fainzang, S., 2006, p.61). D'après Simmel, le mensonge ne consiste pas en ce que le dupé ait une idée erronée de la réalité mais en ce qu'il soit trompé sur l'opinion du menteur. Relevons alors ici l'importante notion que le mensonge n'est pas dans le fait d'être en opposition avec la réalité, avec la vérité, mais qu'il s'agit bien de donner une information en opposition avec ce que l'on croit être la vérité. *« On peut s'accorder pour dire que le mensonge ne consiste pas uniquement à dire une chose fausse. Pour qu'il y ait mensonge, il faut que cette parole soit délibérée, que le locuteur la sache être fausse, et qu'elle soit produite pour "faire croire" cette chose à son destinataire »* (Fainzang, S., 2006, p.29). Comme le précise P. Léon-Lopez, « *le menteur s'affirme et affirme les faits en fonction de son idée de la réalité* » (León-Lopez, P., 2004, p.40).

4.1.1Mensonge et information

4.1.1.1Législation

Nous pouvons remarquer la tendance de certains médecins à ne pas délivrer certaines informations au patient, notamment en ce qui concerne sa pathologie ou les traitements qui lui sont administrés. Pouvons-nous dire que ne pas donner une information est mentir ? Toute

information est-elle bonne à donner ? Penchons-nous tout d'abord sur le côté législatif concernant l'information que doit donner le médecin.

La loi du 4 mars 2002 ou loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé indique que chaque personne a le droit d'être informée sur son état de santé. En effet, elle stipule que « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ». Cependant, le Code de déontologie médicale précise « *Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination* ». Relevons ici cette subtilité où le praticien peut juger si le patient est apte à recevoir l'information ou non. Les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) destinées aux médecins évoquent : « *l'information au patient comprend les explications sur la maladie et son évolution, sur les démarches diagnostiques et thérapeutiques, sur les effets indésirables et les risques éventuels même les plus exceptionnels* ».

4.1.1.2Toute information est-elle bonne à donner ?

D'après les différents textes légaux évoqués précédemment, le médecin se doit donc d'informer son patient sauf dans le cas où il juge que cela lui porterait atteinte. En effet, « *L'information vient déranger les patients et perturber leur équilibre. L'autre risque de l'information serait d'induire des effets délétères.* » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.229). On entend par effets délétères les conséquences psychologiques de l'impact qu'une information peut avoir. C'est ce que défend le modèle paternaliste dans lequel le médecin se met à la place du patient et décide pour lui ce qu'il estime être bénéfique, le privant d'une certaine manière de son autonomie et de sa capacité de réflexion et d'expression de sa volonté. S. Fainzang explique dans son ouvrage que les médecins préfèrent en général attendre que le patient les questionne plutôt que de leur délivrer spontanément l'information. Or, nous remarquons que finalement, l'aspect institutionnel prime sur ce paternalisme puisque le médecin se doit de nos jours de faire signer les consentements libres et éclairés avant tout acte médical. Toutefois, cette information est motivée. « *Dans un premier cas, il s'agit d'informer le malade en tant que personne ayant droit à ce savoir sur lui et sur son corps ; dans l'autre, il faut l'informer en vue d'obtenir de lui*

une meilleure adhésion au traitement ». (Fainzang, S., 2006, p.35). Notons ici la dissociation entre l'approche morale (on cherche à obtenir ce que l'on veut en informant) et l'approche médicale de l'information donnée. Outre cet argument d'agir dans l'intérêt du patient, nous pouvons nous rendre compte que l'information est plus facilement délivrée à des individus d'un rang social élevé, comme si ces derniers étaient plus aptes à la recevoir. « *En vérité, par-delà le jugement porté sur l'aptitude psychologique des patients à recevoir une information précise et détaillée sur leur état de santé et sur les traitements qu'on leur propose, on remarque que cette information est donnée essentiellement à des personnes appartenant à des catégories sociales supérieures, soit que leur distinction laisse supposer une plus grande aptitude à comprendre l'information, soit qu'elle laisse supposer une plus grande capacité à supporter l'annonce qui leur est faite* » (Fainzang, S., 2006, p.49). D'autre part, l'information peut ne pas être donnée si la réponse à la question est incertaine. On ne peut en effet pas se prononcer par exemple sur la survenue de possibles effets indésirables d'un traitement, même si la probabilité qu'ils se déclarent est élevée, ou encore sur certains pronostics, puisque l'on peut ne pas être sûr de l'évolution de la maladie, ou que cette dernière peut être différente de ce qui était prévu. On ne peut donner une information si l'on n'est pas certain de la véracité de nos propos. Comme le souligne S. Fainzang, « *la question de l'information et la question de la vérité sont difficilement dissociable*s » (Fainzang, S., 2006, p.32).

4.1.2Mensonge et vérité

4.1.2.1Définition

Commençons tout d'abord par énoncer la définition de la vérité du Larousse : « *Adéquation entre la réalité et l'homme qui la pense* ». La vérité est donc ce qui est conforme à la réalité. Reprenons désormais ce que nous avons vu précédemment : le mensonge n'est pas la production d'un discours erroné par rapport à la réalité universelle, mais erroné par rapport à ce que le sujet pense être la vérité. Dans ma situation, je savais que la patiente était décédée. J'ai volontairement dit le contraire de ce que je savais être la vérité, qui était bien dans ce cas-là la réalité des faits. Fletcher distingue deux vérités. La première, dite la vérité logique, correspond à l'adéquation entre l'expression verbale et la réalité du phénomène décrit. La deuxième, ou

vérité morale, est la correspondance entre l'expression verbale et notre pensée sur ce phénomène, autrement dit c'est la vérité qui correspond à ce que nous croyons être vrai.
C'est à cette vérité morale que s'oppose le mensonge.

4.1.2.2Toute vérité est-elle bonne à dire ?

En effet, comme le fait remarquer X. Bouchereau, « *toute recherche de la vérité devrait se poser la question de son utilité. En d'autres termes, toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire, et c'est même là une vraie question morale !* » (Bouchereau, X., 2014, p. 25). Pour Kant, le mensonge nuit à autrui et la véracité est un devoir absolu de l'Homme envers chacun. Cependant, de même que l'information, la révélation de la vérité ne peut-elle pas être délétère pour le patient ? Prenons l'exemple d'une personne atteinte d'un cancer métastasé, personne à laquelle il ne reste plus que quelques jours à vivre. Nous pouvons alors nous poser la question de savoir s'il est judicieux de lui annoncer cette nouvelle ou s'il est préférable de lui laisser vivre ses derniers jours sans autre préoccupation. Intervient alors le rôle de la famille qui, parfois, se joue complice et ne dit pas au patient la vérité sur son état de santé. En revanche, il se peut que le médecin veuille dire la vérité au malade mais que la famille s'y oppose au nom de son bien-être. Nous verrons plus tard cette question éthique quant à la possibilité de décider ce qui est bon ou non pour le patient. Face à certaines situations se pose effectivement la question : faut-il lui dire la vérité ou lui mentir ? Lors de mes stages, j'ai pu constater de nombreuses situations où l'on produisait un discours en inadéquation avec ce que l'on savait être vrai. Par exemple, une patiente me demande si un geste tel que la pose d'un cathéter va être douloureux. Cette question est assez délicate ; en effet, nous savons que, de manière générale, ce geste n'est pas agréable puisqu'il consiste en une effraction cutanée. Cependant, le rapport à la douleur n'est pas le même selon les patients. Ainsi, ce geste, qui pour les uns sera très douloureux, le sera peu pour les autres. Ici donc, je ne peux pas réellement me prononcer sur la chose, mais, bien souvent, au lieu d'expliquer cela, on répond que ce geste n'est pas très douloureux afin de rassurer la personne et qu'elle n'angoisse pas en attendant que le cathéter soit posé. De même lorsque nous administrons un placebo, nous savons que nous mentons au patient en lui faisant croire qu'il s'agit d'une substance pharmacologiquement active alors que ce n'est pas la réalité ; cependant nous le faisons pour le bien du patient afin qu'il évite d'absorber trop de thérapeutiques si cela n'est pas nécessaire. Nous mentons donc, mais cela dans l'intérêt du patient. Pour le philosophe

Jankélévitch, seul celui qui falsifie la vérité dans son propre intérêt ment. En effet, il développe que le mensonge sera considéré comme moral ou non selon l'intention qu'il porte, selon qu'il est doté de bienveillance ou non. S. Fainzang explique également en prenant l'exemple de l'annonce d'un cancer que « *la vérité ne peut être dévoilée que progressivement, aux dires mêmes des professionnels de santé concernant la nécessité d'amener tout doucement le malade à la vérité.* » (Fainzang, S., 2006, p.38). En effet, on ne va pas annoncer directement à un patient que son cancer est métastasé, mais d'abord lui dire qu'il a une tumeur qui est cancéreuse. Il y aurait donc des paliers de vérité. Toutefois, pour Abiven, « *la vérité est moins difficile à supporter que l'angoisse dans laquelle le secret les maintient* », le mensonge étant « *générateur de souffrance* » (Abiven, 1996).

4.1.3Mensonge, non-dit et secret

4.1.3.1Le secret

D'après l'article R.4127-4 du Code de la santé publique, « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* » Nous voyons bien ici déjà la part importante que représente le secret dans le soin et qui est valorisé en tant que fondement du rapport de confiance qui doit exister entre médecin et malade (secret médical). Ainsi, notons que le secret, selon avec qui il est partagé, peut être gage de confiance et n'est pas seulement mensonge. Notons donc la place importante du non-dit dans le soin par le biais du secret médical. « *À la différence du secret médical, grâce auquel les professionnels de santé et les patients peuvent partager le secret du diagnostic, et qui crée alors un lien entre eux, le mensonge crée la distance entre médecin et malade. Il ne lie pas le médecin et le malade, ensemble face aux autres, mais il sépare l'un et l'autre. Cependant, le secret devient très vite mensonge dès lors qu'il s'agit de taire au malade la vérité sur lui et à le tromper sur son état réel.* » (Fainzang, S., 2006, p.69). Le secret peut donc impliquer le mensonge et le mensonge implique forcément le secret puisqu'il tient secret la vérité. Le secret est légèrement différent du non-dit puisqu'il ne consiste pas seulement en un silence, il est la volonté de cacher la vérité à quelqu'un quitte à mentir alors que cette volonté n'est pas forcément présente dans le non-dit. Sylvie Fainzang remarque alors qu'il « *y a une valorisation du secret alors qu'il y a*

une dévalorisation du mensonge : d'ailleurs, on jure de garder secret ; mais on ne jure pas de mentir » (Fainzang, S., 2006, p.33).

4.1.3.2Le non-dit

Le non-dit est défini dans le dictionnaire Le Larousse comme « *Ce qui, bien que chargé de sens, n'est pas formulé explicitement dans un énoncé* ». Notons ici la subtilité entre le non-dit et le mensonge : si l'information délivrée doit être loyale, c'est-à-dire non mensongère, elle peut ne pas être délivrée. Il n'est pas question ici de mensonge mais cela peut toutefois porter à confusion. En effet, ne pas délivrer une information n'est pas mentir, en revanche ne pas la délivrer et en donner une autre en opposition est un mensonge. Dans ma situation, il ne s'agit pas seulement de ne pas dire. En effet, cela aurait été le cas si la patiente ne m'avait rien demandé : je ne lui aurais alors pas dit ce qu'il s'était passé. Ici, il s'agit bien de produire un énoncé en désaccord avec la réalité. Afin de peaufiner cette différence entre les deux termes, prenons un exemple vécu lors d'un de mes stages en EHPAD. L'une des résidentes refusait de prendre ses thérapeutiques. Pour les lui administrer, nous les cachions donc dans sa compote sans le lui dire et la patiente mangeait sa compote sans poser de question. Il s'agit ici d'un non-dit. Si cette patiente nous avait demandé ce que l'on mettait dans sa compote, nous aurions répondu que c'était du sucre. Cela aurait alors été un mensonge. Pour reprendre l'exemple des oncologues, ces derniers peuvent éviter de donner la liste de tous les effets indésirables d'un traitement s'ils considèrent que cela incitera le patient à de pas le prendre. De même, ils peuvent ne pas révéler la gravité d'un cancer à leur patient. « *Afin d'éviter ce que l'on pourrait appeler "les effets secondaires de l'information" (angoisse, symptômes indésirables), c'est-à-dire une information "iatrogène", il est donc nécessaire de se taire et de relativiser, bref de cacher son jeu. Ceci équivaut en fait à ne pas dire ou à déformer le message.* » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.229). « *Lorsque le malade risque de ne pas prendre son traitement par crainte de possibles effets délétères, le médecin préfère se taire* ». (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.225). Cela place donc le principe de non-malfaisance au centre du processus de prise de décision quant à la divulgation ou à la rétention d'information. Comme le souligne S. Fainzang « *on s'aperçoit, en définitive, qu'entre la dissimulation et le mensonge, deux pratiques pourtant distinctes, il y a davantage une différence de degré qu'une différence de nature* » (Fainzang, S., 2006, p.64). Ne pas dire semblerait effectivement moralement moins grave que mentir. Il y aurait donc, au même titre que la vérité, des paliers,

des niveaux de mensonge. Le mensonge paraît plus grave que le secret. D'ailleurs, pour Simmel, le non-dit et le mensonge sont les formes passives et actives du secret. Cette notion de palier du mensonge me fait penser à une situation vécue lors de mon stage aux urgences, et que j'ai également pu observer de manière répétitive lors de mon stage en psychiatrie. Une patiente entre pour une pathologie psychiatrique en décompensation. Nous sommes alors amenés à lui injecter du Nozinan qui est un neuroleptique sédatif. Au moment de l'injection, la patiente me demande à quoi cela va servir. Comme observé lors de mon stage en secteur psychiatrique, je lui réponds que cela va la calmer un petit peu et lui permettre de se détendre. D'un point de vue purement médical, cette information n'est pas fausse. Cependant, je sais très bien que cela va en réalité la sédater complètement vu la dose administrée. Les deux exemples que j'ai pris illustrent bien ce que l'on peut appeler les « niveaux de mensonge ». En effet, pour la patiente avec la pathologie psychiatrique, je n'ai pas menti étant donné que j'ai « seulement » minimisé les conséquences de l'injection. S. Fainzang énonçait d'ailleurs que « *les médecins déployaient toutes sortes de ruses et inventaient des techniques visant à euphémiser le mal lorsqu'ils étaient contraints de renseigner le malade sur son état. Cette euphémisation les conduit parfois à donner une fausse information et donc à mentir* » (Fainzang, S., 2006, p.71). En revanche, en ce qui concerne l'administration du placebo, j'ai bien produit un discours contraire à ce que je savais être la vérité, et ai donc menti, ce qui semblerait, comme développé précédemment, plus grave.

4.1.4L'éthique du mensonge

4.1.4.1Le « mensonge éthique »

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le médecin peut se trouver face à un dilemme éthique : dire la vérité ou mentir. D'une part, dire la vérité au patient semblerait être gage de confiance, et mènerait donc à bien la relation soignant-soigné. D'autre part, si l'on annonce une mauvaise nouvelle, la vérité peut se révéler plus délétère que bénéfique. Les médecins « *sont donc en quelque sorte tiraillés entre deux injonctions éthiques : d'une part, la compassion qu'ils mettent en avant pour protéger les patients et, d'autre part, le respect de leur autonomie* » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.232). Le mensonge médical a donc une certaine légitimité. D'ailleurs, plusieurs auteurs le justifient. Parmi eux Platon, pour qui le mensonge est condamnable, sauf en médecine. En effet, ce philosophe grec explique dans *La*

République qu'il voit le mensonge comme un médicament utile aux malades et dont l'emploi doit être réservé aux malades. Il écrivait que seuls les médecins et les chefs avaient droit au mensonge, les premiers dans l'intérêt de leur patient, et les seconds dans l'intérêt de la cité. Le mensonge médical est donc rationalisé, légitimé, voire éthiquement fondé. L'idée est que c'est un mensonge qui est dans l'intérêt du trompé et non du trompeur. En effet, « *le mécanisme par lequel le mensonge des médecins est fondé sur le plan éthique est précisément qu'il repose sur l'idée que c'est un mensonge pratiqué au bénéfice du dupé et non du dupeur, contrairement à ce qui se passe dans la vie politique* » (Fainzang, S., 2006, p.66). En effet, l'écrivain développe que le mensonge appartient à ceux qui ont le pouvoir et qui peuvent donc décider de mentir ou non pour le bien d'autrui ; nous reviendrons sur ce point plus tard. Seulement, avons-nous tous les droits quand nous avons le pouvoir ? N'y aurait-il pas de possibles dérives ? Jusqu'où peut-on mentir ? L'auteur précise cependant que « *alors que, dans le champ politique et religieux, le secret est généralement envisagé sous l'angle de sa fonction sociale, et en l'occurrence en tant qu'il procède d'un mécanisme de rétention de la parole liée à l'exercice du pouvoir, dans le champ médical, le secret est généralement envisagé comme silence fait par le médecin sur ce qui concerne le malade, au bénéfice de celui-ci* » (Fainzang, S., 2006, p. 32). Bok Sissela, philosophe américaine, a introduit la notion de white lies pour parler de mensonges ne visant pas à faire de tort et ayant une faible importance morale, par exemple lorsque l'on dit à une personne que sa coupe de cheveux lui va bien alors que ce n'est pas le cas. Nous retrouvons ici la notion de niveau de gravité des mensonges. La philosophie utilitariste quant à elle légitime le mensonge du médecin puisqu'elle veut que la justification d'un acte se mesure à la nature positive ou négative de ses conséquences. Pouvons-nous légitimer le mensonge dit à Mme Y ? Finalement, si elle avait appris que Mme X était décédée, ne se serait-elle pas angoissée quant à sa propre mort ? N'aurait-elle pas perdu une part de confiance envers les médecins, puisqu'elle peut penser que cela est la conséquence de leurs actes ? Il n'y a pas de réponse simple à la question éthique de savoir si le personnel soignant peut avoir une légitimité à mentir, si leurs mensonges sont acceptables dans le cadre de leur profession.

4.1.4.2Questionnement éthique

Mais qui peut décider de la gravité du mensonge ? Qui peut juger de l'aptitude d'un patient à recevoir une information ? Qui peut se considérer comme étant apte à préserver le patient en

lui cachant une information ? Y aurait-il un droit moral à mentir ? Une légitimité du mensonge ? D'autant plus que, comme noté auparavant, « *le critère qui fonde le choix du médecin de délivrer l'information au malade est largement social puisque celle-ci est donnée de préférence à des personnes appartenant à des catégories sociales supérieures, soit que leur distinction laisse à supposer une plus grande aptitude à comprendre l'information, soit qu'elle laisse supposer une plus grande capacité à supporter l'annonce qui leur est faite* » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.246). Le jugement est-il réellement objectif ? Cela ne semblerait-il pas être un comportement paternaliste dans lequel le médecin se met à la place du patient et décide pour lui ce qu'il estime être bénéfique, le privant d'une certaine manière de son autonomie et de sa capacité de réflexion et d'expression de sa volonté ? Ne peut-il pas y avoir de déviances dans ce principe de paternalisme ? Nous pouvons également nous poser la question de la limite du mensonge ? Jusqu'où mentir est-il mauvais ? A partir de quand peut-on parler de mensonge éthique ? Cela ne pourrait-il pas conduire à justifier certains comportements des médecins qui pourraient avancer ces arguments en cas de manquement à leur devoir d'information du patient ? Faut-il privilégier le principe de bienfaisance qui fonde le choix de ne rien dire pour ne pas faire perdre l'espoir au malade ou celui d'autonomie qui implique de reconnaître la capacité de chacun de nous à prendre des décisions sur sa propre personne et ses projets de vie ?

4.1.5Le mensonge dans le soin

Nous avons donc évoqué auparavant plusieurs situations de soin où le mensonge était présent. En effet, « *le mensonge est une pratique pourtant courante au sein de cette relation dans laquelle chaque protagoniste est amené à délivrer des informations à l'autre, en vue d'une prise en charge optimale de la maladie* » (Fainzang, S., 2006, p.7). J'ai effectivement repensé à plusieurs situations de ma carrière et me suis rendue compte que j'avais moi-même été amenée à mentir à plusieurs reprises au patient, et même à le convaincre de croire mon mensonge. En effet, lors d'un de mes stages en Service de Suites et de Réadaptation (SSR), j'ai administré un placebo à l'une de mes patientes, lui faisant croire qu'il s'agissait de morphine (cette dame avait en effet déjà eu une dose de morphine au-delà des prescriptions médicales). Cette patiente était aveugle, je pensais donc que cela serait assez simple car les deux gélules avaient la même forme. Cependant, au moment de lui donner la gélule, la patiente a émis de forts doutes quant au fait qu'il s'agisse bien de morphine. J'ai donc dialogué avec elle en lui décrivant les couleurs des

deux gélules qui étaient les mêmes et ai finalement réussi à lui faire prendre cette gélule. Cette situation révèle bien un certain pouvoir qu'a finalement le soignant sur le patient, que nous développerons plus tard. De même, dans ma situation, nous nous rendons bien compte que je cherche en quelque sorte à convaincre la patiente à croire mon mensonge. Cette dernière me posant tous les jours la même question, n'avait-elle pas au fond compris ce qu'il s'était réellement passé ? Finalement, comme le souligne S.Fainzang, le mensonge « *est une arme fréquente, le mensonge étant partie intégrante des relations thérapeutiques comme de toutes relations sociales* » (Fainzang, S., 2006, p.61). Pour évoquer plus précisément le rôle des infirmières, nous pouvons observer que les patients posent leurs questions la plupart du temps en premier à ces dernières puisqu'elles passent plus de temps à leur chevet que le médecin. Toutefois, elles n'ont pas les mêmes droits que les médecins quant aux informations qu'elles peuvent donner, et se retrouvent souvent dans des situations où elles doivent dissimuler ce qu'elles savent. « *Qu'en est-il de l'information donnée par les personnels paramédicaux ? Ceux-ci ne sont pas habilités à répondre aux questions du malade sur les résultats de ses examens ou sur son diagnostic. Ils ne peuvent fournir que des informations relatives au traitement, ses risques, ses effets, ses modalités. Cependant, les patients ne manquent pas de les interroger et ces derniers sont amenés à devoir ruser pour ne pas dire ce qu'ils savent ou ce qu'ils voient* » (Fainzang, S., 2006, p.57). Le mensonge dans le soin relèverait donc d'une part du principe de ne pas dire la vérité au patient pour son bien-être, et d'autre part, que l'information à donner n'entre pas dans le champ de compétences de certains personnels de santé. Mais, ce que souligne la psychologue Martine Ruszniewski, c'est que le mensonge peut également être un mécanisme de défense du soignant qui vise à chasser son angoisse. Cette idée est reprise par S. Fainzang qui énonce que « *les psychologues analysent pour leur part les mensonges des médecins qu'on pourrait appeler "mensonges par faiblesse" en faisant référence à des raisons psychologiques, telles que la peur de la mort et la difficulté d'affronter la réalité, qui les empêcheraient de dire la vérité, le mensonge étant alors envisagé comme un "mécanisme de défense"* » (Fainzang, S., 2006, p.62). En effet, nous pouvons nous demander si, dans le cas de Mme Y, la réaction de l'infirmière ne relève pas du fait que l'annonce de la mort provoque en elle une angoisse ? « *La mort du patient conscient semble être l'épreuve la plus redoutée par les infirmières : cette mort leur renvoie alors une image négative, celle du soignant qui échoue et qui est observé dans cet échec* » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.179). Nuançons toutefois ces propos en précisant que « *le soignant est là pour soigner, apaiser,*

accompagner le patient dans la maladie » (Nitschelm, E., 2015, p. 47). Soulevons ici que le rôle du soignant n'est pas à tout prix de guérir mais bien de soigner, c'est-à-dire de s'occuper du patient, de le soutenir.

4.2 La relation soignant-soigné

4.2.1Définition

D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation soignant-soigné est « *l'interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient* » (Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, 3ème édition, AMIEC Recherche, Paris : MASSON, 2005, page 235). La relation entre un soignant et son patient ne relève pas seulement de ce que l'on appelle le cure qui est l'ensemble des soins techniques nécessitant une prescription. En effet, le verbe soigner vient du latin soniare qui signifie « s'occuper de » et « prendre soin ». Frédéric Worms différencie le modèle médical (technicité) du modèle parental qui est assimilé au care, relève du rôle propre infirmier et vise à prendre soin du patient en se penchant sur le côté relationnel. Comme le précise M. Formarier « *dans l'apprentissage des infirmières, il est fréquent de dire que le malade est "sujet de soins" et non pas "objet de soins" »* (Formarier, M., 2007, p.35). Notons donc bien ici que nous sommes dans une relation mutuelle entre deux individus. Revenons sur le terme « relation ». D'après le dictionnaire Le Larousse, la relation est définie comme suit : « *Ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* ». C'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. La relation nécessite une communication, la transmission d'un message. La communication peut être de deux sortes : verbale (mots, volume, débit et timbre de la voix) et non verbale (gestes, mimiques, positions corporelles et attitudes). Le non-verbal représenterait 75% du contenu de la communication. « *Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations, voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme supports d'informations qui forment le*

sédiment de la relation soignant/soigné » (Manoukian, A., 2014, p.4). A. Manoukian précise les facteurs d'une relation. En effet, si elle dépend de la qualité de la communication, d'autres facteurs interviennent, comme des facteurs psychologiques (émotions, valeurs, enjeux...), sociaux (profession, âge, culture...) et physiques (apparence physique...). « *Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné* » (Manoukian, A., 2014, p.3). Au sein de cette relation, nous avons d'une part le soignant qui est la personne qui détient un savoir, une technique et tente de guérir. D'autre part, le soigné est l'individu qui est malade, celui qui ressent, et qui est en situation de vulnérabilité. La relation soignant-soigné est donc une relation interhumaine entre un soignant et un soigné. Au cœur de cette relation, nous retrouvons l'alliance thérapeutique qui est la collaboration, l'engagement mutuel entre le soignant et le patient face à la maladie. Pour Freud, cet engagement s'appuie un « *intérêt sérieux* » et une « *compréhension bienveillante* » du soignant. Le socle de cette alliance thérapeutique est la confiance. En effet, « *un patient qui a établi une relation de confiance avec une infirmière sera plus enclin à lui parler de sujets délicats et à accepter de se faire aider* » (Formarier, M., 2007, p.39). Pour Louis Malabeuf, il y a 4 niveaux de la relation soignant-soigné qui se succèdent comme des étapes de la relation : en premier lieu, la relation de civilité qui englobe les formules de politesse, les codes sociaux, le fait de se présenter... Cette relation vise à maintenir un contact social avec le patient. Nous avons ensuite la relation fonctionnelle ou relation d'investigation qui a pour but de recueillir des données sur le patient pour mieux le connaître. Arrive après la relation de portage psychique qui sert à soutenir le patient par une écoute active. Enfin, la relation d'aide thérapeutique a pour objectif de soigner le patient dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique : « *C'est une relation de type empathique où le soignant est suffisamment proche du malade pour percevoir et sentir ce qu'il ressent, mais aussi suffisamment distant et non-fusionnel pour ne pas se projeter lui-même dans la situation, pour ne pas parler et agir à la place du malade* » (Malabeuf, L., 1992). En résumé, la relation est le lien, le rapport mutuel entre le soignant et le soigné. Ce lien est asymétrique puisque le soignant est celui qui a les connaissances, qui peut aider, et délivre les soins tandis que le soigné est celui qui ne possède pas ces connaissances, ou du moins qui n'est pas censé avoir les connaissances et a besoin d'aide. C'est celui qui bénéficie des soins.

4.2.2Une relation à deux ?

On dit souvent que la relation soignant-soigné est la relation qui s'installe entre un soignant et son patient. Cependant, dans ma situation, nous nous rendons compte qu'il ne s'agit pas seulement d'une relation entre deux personnes. En effet, prenons l'exemple des entretiens dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) : dans ces derniers, le patient se voit attribuer une infirmière référente à laquelle il se confie et cette dernière tente de trouver des solutions à ses demandes avec le médecin. Le patient ne rencontre qu'une seule infirmière. Or, dans un service de soins hospitaliers, le patient se retrouve face à de nombreux personnels de santé. Les infirmières prennent des gardes de 7h30 (tel était le cas dans ce service de néphrologie). Le patient voit donc au moins trois infirmières différentes en vingt-quatre heures (en comptant celle de nuit), parfois plus car ce n'est pas forcément la même infirmière qui va lui prodiguer tous les soins dans la même matinée. Le patient se retrouve alors dans une relation non exclusive. Outre les infirmières, ce sont les médecins et autres personnels paramédicaux, mais également des projets de soins ainsi que d'autres patients qui sont impliqués. Cette relation avec ce patient ne nous appartient pas. On ne fait pas ce que l'on veut, or dans ce cas précis, l'infirmière prend la décision seule d'embarquer tout le service dans ce mensonge et l'équipe entière est concernée. On voit bien aussi que le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, le patient se retrouve dans des relations avec des soignants et non un seul et unique soignant. Comme le souligne A. Manoukian, « *des difficultés de compréhension entre le malade et le médecin peuvent faciliter certaines relations soignant/soigné : le malade ne comprenant pas ce qui se dit à son sujet osera plus tard demander à l'aide-soignant ou à l'infirmier une "traduction" en quelque sorte du langage médical en langage plus compréhensible pour lui, car il sentira ce soignant plus disponible et plus accessible, ou plus proche au quotidien, que le spécialiste du service* » (Manoukian, A., 2014, p.15).

4.2.3La relation d'aide

L'aide est l'action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens. Elle suppose la capacité à accueillir les émotions et à mettre en place une attitude ajustée à ce que vit la personne. D'après A. Manoukian, « *la relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale,*

sociale, et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement. » (Manoukian, A., 2014, p.53). Cette dernière vise à ce que le patient soit plus autonome dans sa maladie. Elle entraînerait un soulagement émotionnel et une découverte par le patient de ce qui lui arrive. La relation d'aide serait basée sur trois concepts qui décrivent la manière dont le soignant doit se comporter pour créer un climat de confiance et permettre la communication. En effet, « *pour atteindre ces modifications dans la gestion de la maladie, de la santé ou de la vie en général, la relation d'aide s'appuiera sur les questions et les doutes que se pose le patient »* (Manoukian, A., 2014, p.54). Ces trois concepts sont décrits par le psychologue Carl Rogers qui développe le modèle de l'approche centrée sur la personne (ACP). Cette dernière cherche à donner à la personne les moyens de trouver ses propres réponses en développant sa capacité d'autoévaluation et en s'appropriant son existence. Ce modèle considère en effet que le patient possède en lui la solution à son problème et les ressources nécessaires pour le résoudre. Cela nécessite donc une relation de qualité entre le patient et le soignant avec l'instauration d'un climat de confiance pour que le patient puisse s'exprimer et accéder à ses ressources. Il faut essayer que ce soit le patient qui interprète son histoire et non le soignant. Le soignant a ici pour objectif de permettre au patient de faire le maximum pour lui-même dans la mesure de ses capacités, même si ce serait plus facile de faire à sa place, car c'est l'autonomie du patient qui prime. On considère que c'est le patient qui sait ce qui est important pour lui, qu'il n'y a que lui qui sait ce qu'il vit, qui peut l'expliquer. Le soignant est là pour apprendre du patient tout ce qui concerne sa vie. Le thérapeute est alors dans une écoute active et doit adopter les trois attitudes suivantes qui, selon Carl Rogers, sont la base de la relation soignant-soigné : la première est l'empathie. Elle est définie par A. Manoukian comme le « *résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre* » (Manoukian, A., 2014, p.55). Elle « *constitue un élément essentiel de la relation de soin qui répond à la nécessité d'allier à la connaissance médicale de la maladie la compréhension et le respect de l'individualité du malade »* (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.117). En clair, c'est la capacité à ressentir, à percevoir les émotions, les sentiments, le point de vue de l'autre sans pour autant se mettre à sa place. C'est pouvoir se mettre mentalement à la place de l'autre, pouvoir se représenter ce qu'il pense et ce qu'il ressent, sans pour cela partager ses croyances et ses sentiments. La deuxième attitude évoquée par

Rogers est la congruence, aussi appelée l'authenticité. Être authentique, c'est être congruent avec ce que l'on ressent, c'est-à-dire produire un discours en accord avec nos ressentis, nos émotions, nos savoirs. C'est la concordance entre les savoirs, les ressentis, les émotions, les idées du soignant, et ce qu'il exprime au patient. L'authenticité permet l'honnêteté dans la relation, on ne ment pas au patient. Revenons sur cette notion de congruence et de mensonge. Peut-on réellement dire que l'on n'est pas congruent lorsque l'on ment ? Car, finalement, nous sommes en accord avec ce que l'on pense : ne pas dire la vérité pour le bien du patient. Nous sommes donc en accord entre nos ressentis et notre discours. Dans ma situation, est-ce que le fait d'être convaincue que cela est mieux pour la patiente pourrait nous déculpabiliser de mentir ? Cela reviendrait à dire que je mens mais je suis une bonne personne à travers ce mensonge. Le mensonge ne serait-il pas là également un mécanisme de défense ? Enfin, la dernière attitude décrite par Carl Rogers est l'acceptation positive inconditionnelle. Il s'agit ici de considérer le patient pour ce qu'il est, quoi qu'il dise ou pense, de le respecter dans sa personne sans le juger.

4.2.4Une relation asymétrique

4.2.4.1De l'asymétrie dans la relation de soins

Comme nous l'avons vu auparavant, la relation soignant-soigné est une relation asymétrique puisque le soignant est détenteur d'un certain pouvoir en lien avec son savoir sur la pathologie dont est atteint le patient qui lui, est en situation de vulnérabilité. Outre cela, la place au sein de l'institution de ces deux personnes pose de base une différence de statut : là où, pour le soignant, il s'agit du quotidien, pour le soigné, c'est un événement la plupart du temps inhabituel de sa vie. Cette asymétrie est d'ailleurs palpable seulement en observant les deux protagonistes : l'un est en position debout, l'autre alité. L'un est porteur d'une blouse blanche, marque de son savoir, de ses compétences, l'autre est revêtu d'une chemise d'hôpital. Le mot « patient » vient du latin *patior* qui signifie à la fois souffrir et subir. Le patient subit à la fois la maladie et les soins qui lui sont prodigués. Les soignants sont dotés d'un savoir sur les pathologies et d'un savoir-faire dans les soins qui leur donnent un certain pouvoir à agir sur le patient qui lui, reste impuissant. Le paternalisme médical évoqué précédemment est en quelque sorte un exemple de ce pouvoir soignant. La loi du 4 mars 2002 réaffirme alors la place du patient dans la prise de décisions, en donnant au patient le droit de refuser les soins, afin d'éviter d'accroître sa vulnérabilité. « *La*

relation de soins repose sur l'asymétrie : le patient est dans une situation de vulnérabilité et de demande qui le rend dépendant du médecin, détenteur d'un savoir et, partant, d'un pouvoir sur lui » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.110). « *Au début, un fossé et même une dissymétrie remarquable séparent les deux protagonistes : d'un côté celui qui sait et sait faire, de l'autre celui qui souffre* » (les trois niveaux de jugement p.3). Il y a donc ici une notion de dépendance du soigné envers le soignant. J'ai stipulé auparavant que le patient « n'est pas censé » avoir de connaissances. Pour rebondir sur cette subtilité, le patient est supposé ne pas avoir les connaissances, cependant, nous nous apercevons que ce dernier se documente de plus en plus sur la pathologie dont il est atteint. Nous pouvons même parfois observer des patients qui arrivent devant le médecin en pensant avoir déjà connaissance de leur diagnostic. De même, le développement des patients experts continue de prouver que ces patients, que l'on pense être dans l'ignorance de leur pathologie, ne le seraient pas tous. Or, cette position de patient expert, par exemple dans le domaine de l'endocrinologie avec le diabète, montre aussi un certain agacement des soignants lorsque le patient en dit trop et montre son savoir. Cela est-il en lien avec la notion de pouvoir que procure la possession d'une information évoquée précédemment ? Finalement, n'aurions-nous pas ici un certain rééquilibrage de cette asymétrie ? D'autant plus que, d'après M. Formarier « *un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une "relation symétrique" et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires* » (Formarier, M., 2007, p.35).
Le mensonge ne reflète-t-il pas finalement cette asymétrie, cette dépendance ?

4.2.4.2Mensonge et pouvoir

Lorsqu'un soignant ment, on s'aperçoit bien du rapport de supériorité qu'il entretient avec son patient, détenant une information qu'il peut choisir de révéler ou non. « *Le mensonge est bien sûr, lui aussi, exercice du pouvoir et rétention d'un savoir, puisque le médecin garde jalousement un savoir face à celui qui est placé sous sa dépendance* » (Fainzang, S., 2006, p.67). En établissement de santé, les professionnels de santé auraient un certain pouvoir sur les patients, mais S. Fainzang compare souvent ce pouvoir à celui des hommes politiques qui, par exemple, font des promesses sachant qu'ils ne les tiendront pas. Cette position est soutenue par Hannah Arendt qui souligne que « *la véracité n'a jamais figuré au nombre des vertus politiques,*

et le mensonge a toujours été considéré comme un moyen parfaitement justifié dans les affaires politiques » (Arendt, H., 1951). Par analogie aux politiciens, les médecins produisent un discours dans le but d'obtenir l'adhésion du patient et donc de parvenir à leurs objectifs. « *Tout mensonge est une forme de manipulation, il contourne le réel pour imposer nos désirs, le masque pour atténuer nos petites lâchetés »* (Bouchereau, X., 2014, p.28). Ainsi, « *le mensonge pratiqué par les médecins est donc lié à la position spécifique qu'ils occupent à l'intérieur de la relation médecin-malade, et à l'exercice du pouvoir qui caractérise cette position* » (Fainzang, S., 2006, p.34). Ce pouvoir de révéler ou de soustraire la vérité au patient reflète également une sorte de soumission du patient à l'institution hospitalière et au personnel médical face auquel il se plie. Effectivement, comme le souligne M. Formarier « *dans l'interaction qui se joue, au-delà de la compréhension du sens, les représentations et les résonances émotionnelles vont induire chez les patients des réactions (mécanismes de défense) dont la plus fréquente est la soumission qui renforce les relations asymétriques* » (Formarier, M., 2007, p.35). Mais cette soumission n'est-elle pas en partie liée à la confiance qu'a le soigné envers les professionnels de santé ? Pour faire le lien avec ce qui a été évoqué précédemment, c'est au nom de ce pouvoir que le mensonge médical est légitimé. « *Le mensonge est donc mû par des raisons culturelles et des logiques symboliques, et non pas seulement par des raisons éthiques ou utilitaires* » (Fainzang, S., 2006, p.73). On entend par raisons culturelles le savoir et le pouvoir attribués au médecin qui l'autorisent à ne pas dire la vérité et construisent la relation d'autorité. Mais « *comment construire alors un rapport de confiance capable à la fois de laisser au médecin son rôle d' "expert" et de donner au patient une place de sujet ?* » (Marzano, M ., 2012, P.170). Afin de rétablir une certaine symétrie dans la relation, notamment vis-à-vis de la station debout ou couchée, évoquons l'Humanitude, concept créé par Yves Gineste et Rosette Marescotti. Il s 'agit d'une méthode utilisée la plupart du temps en gériatrie visant la bientraitance. Elle permet de prendre soin du patient en améliorant sa relation avec le soignant. Cette dernière prend appui sur quatre concepts : la parole, le toucher, le regard et la verticalité. Le regard doit s'effectuer les yeux dans les yeux, à hauteur du visage et la verticalité est la capacité à se lever, par exemple en réalisant une toilette au lavabo et pas au lit. Ces quatre items permettent de rétablir un certain équilibre dans la relation soignant-soigné facilitant ainsi la réalisation des soins. Or, en lien avec le mensonge, le regard est effectivement gage d'honnêteté. En effet, lorsque l'on ment, on ne regarde pas dans les yeux et on a une attitude de fuite. Cela me fait penser à une phrase que m'avait dite une patiente lors de mes stages. J'assistais le

médecin pour une ponction lombaire et je cherchais à rassurer la patiente quant à la douleur due au soin et cette dernière m'avait répondu « Regardez-moi dans les yeux si vous dites vrai ». La partie non verbale de la relation évoquée précédemment s'appliquerait donc également au mensonge.

4.3 La confiance

4.3.1Définition

Léonard de Vinci disait : « *l'expérience montre que celui qui n'a confiance en personne ne sera jamais déçu* ». Quelle est alors la valeur de cette confiance ? Est-elle réellement le ciment des interactions sociales et des liens entre les individus ? D'après le Larousse, la confiance est le « *sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose* ». Ainsi, cette dernière relève bien d'un ressenti propre à nous-même, elle est subjective. « *La confiance est une réalité qui n'est pas supportée par la raison conceptuelle, elle repose sur l'intuition* » (Lardellier, P., 2014, p.54). Nous décidons de donner notre confiance à autrui et espérons en retour qu'il soit digne de cette confiance. Les expressions « avoir confiance en » et « donner sa confiance à » montrent bien cette idée que l'on investit en une personne, on place en elle une partie de nous-même. D'ailleurs, le verbe confier tient son étymologie du latin *confidere* que l'on peut diviser en deux : cum, « avec » et fidere « fier » ; ce qui reprend cette idée de se fier à quelqu'un. Du latin fidare signifiant confier, c'est s'en remettre pleinement à quelqu'un. Dans la vie de tous les jours, la fiancée est bien celle en qui l'on place sa confiance, sa foi, et qui nous la donne en retour. Hobbes voyait la confiance comme « *une passion produite par la croyance ou la foi que nous avons en celui de qui nous attendons ou nous espérons du bien* ». Il y aurait donc derrière la confiance un investissement dans un individu dont nous attendons un retour. Il s'agirait ici d'un engagement mutuel entre celui qui donne sa confiance et celui qui la reçoit. En effet, celui qui donne sa confiance donne une partie de lui à autrui qui, pour pouvoir continuer à être digne de cette confiance, doit en faire bon usage et agir en conséquence en retour. La confiance reposerait donc sur le principe du don et du contre-don. Pour M. Mauss, cette logique de don/contre-don est « *une prestation obligeant mutuellement donneur et receveur et qui, de fait, les unit par une forme de contrat social* » (Mauss, M., 1923). Elle s'appuie sur la réciprocité,

sur un échange. « *Dans nos sociétés contemporaines le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange* » (Médard, 1995). A ce contrat social nous pouvons ajouter un contrat moral qui vise à utiliser à bon escient la parole donnée. Nous voyons bien ici le processus complexe de la confiance. En effet, elle n'est pas facile à établir, doit se construire et rien ne garantit qu'une fois gagnée, elle ne se perde pas. « *La confiance ne se réclame pas, elle s'exige encore moins, elle se mérite* » (Leblay, A., 1956). Notons cependant que cette confiance est présente naturellement dans la vie de tous les jours. En effet, nous mangeons sans nous demander si la nourriture est empoisonnée, nous ne remettons pas tout en question. Mais alors existerait-il des confiances « innées » et d'autres « acquises » ? Niklas Luhmann distingue deux types de confiance : celle immotivée et aveugle des enfants et celle moins naïve des adultes. Il développe que les enfants s'abandonnent complètement à autrui, ils dépendent de lui tandis que les adultes acceptent le possible non-retour lorsqu'ils placent leur confiance en quelqu'un et la possibilité que ce dernier la trahisse. Effectivement, M. Marzano appuie que « *c'est une chose, en effet, de faire confiance à quelqu'un en espérant qu'il ne me trahisse pas ; c'en est une autre de penser que le simple fait d'accorder ma confiance à autrui implique que celui-ci en fasse de même à mon endroit : les incertitudes de la vie et les défaillances de l'homme n'engendrent pas des relations sûres, sur la base d'un modèle donnant-donnant. Lorsque je fais confiance à quelqu'un, je dépends de sa bonne volonté ; celui-ci peut soit s'engager avec bienveillance vis-à-vis de moi, soit, au contraire, me décevoir et me trahir* » (Marzano, M., 2012, p.202).

4.3.2Confiance, défiance et trahison

4.3.2.1Confiance et trahison

« *C'est que toujours la parole donnée appelle la parole tenue qui jamais ne l'est sans fidélité et que toujours la fidélité est due sans qu'aucune trahison ne lève cette obligation* » (Perrin, C., 2016, p. 19). Donner sa confiance à quelqu'un ne signifie pas que ce dernier en soit digne. En effet, comme vu précédemment, la confiance repose sur la logique du don et du contre-don. D'ailleurs, soulignons ici l'expression « donner sa confiance » faisant allusion à ce don. Cependant, il n'y a pas obligatoirement une réciprocité et le don ne fait pas toujours l'objet d'un contre-don. Nuançons d'ailleurs les propos tenus auparavant. Le don peut faire l'objet d'un contre-don, mais il ne doit pas attendre quelque chose en retour sinon il s'agit d'un échange et

non d'un don. « *Un don existe aussitôt qu'est acceptée la possibilité d'absence de réciprocité* » (Marzano, M ., 2012, P.292). La confiance repose donc sur une logique asymétrique : « *la confiance porte toujours en elle la possibilité d'un non-retour* » (Marzano, M., 2012, p.20). La trahison n'est donc pas l'absence de réciprocité face à la parole donnée. Du latin *tradere*, formé de *tra* indiquant la transmission et *dare* signifiant donner ; trahir, c'est transmettre, livrer. La trahison serait alors la révélation, la transmission d'une information, d'un secret. Elle implique donc une préalable confiance établie. « *Le label "trahison" est en effet universellement invoqué dès qu'il y a rupture d'un lien basé sur la confiance* » (Schehr, S., 2007, p. 314). Lorsque l'on subit une trahison, on rompt le contrat de confiance que l'on avait établi avec autrui. « *Je pense que la personne en qui j'ai confiance est quelqu'un de fiable. Au moins tant qu'elle ne me trahit pas* ». Mais faut-il alors pour autant cesser de faire confiance aux autres ? M. Marzano souligne que « *la possibilité de trahison n'empêche pas la confiance. La trahison est, au contraire, une de ses composantes* » (Marzano, M ., 2012, P.281). Je ne pourrais en effet faire confiance que si j'ai déjà été trahi dans le passé. Cela pourrait paraître logique puisque, si je n'ai pas l'expérience d'une trahison, et donc de la rupture de ce lien de confiance, je ne peux pas réellement comprendre ce sentiment d'abandon à l'autre. Mais faut-il, à défaut de ne pas faire confiance, devenir défiant pour se préserver de toute trahison ?

4.3.2.2Confiance, méfiance et défiance

Associée à la confiance, la défiance peut être définie par « *manque de confiance, crainte d'être trompé ; méfiance* » (Larousse). Toutefois, il existe une légère différence entre la méfiance et la défiance. Là où la mé-fiance ou la mal-fiance consiste en la rupture du lien créé lors de la confiance, la dé-fiance reflète plus la distance prise avant de donner sa confiance, le temps de réflexion et d'hésitation que cela engendre. M. Marzano remarque que « *la société libérale semble générer une logique de méfiance en se pensant paradoxalement comme l'aboutissement d'une société de confiance* » (Marzano, M ., 2012, P.31). En effet, si l'on se penche sur le fonctionnement sociétal, nous nous rendons compte que celui-ci est basé sur une méfiance à l'égard de chacun. Prenons l'exemple des contrats que nous devons signer : contrats de travail, de mariage, de location, reconnaissance de dette entre particuliers... Pourquoi instaurer la nécessité de signer un papier écrit au détriment d'une parole donnée ? « *Le contrat, cet « acte majeur » de la société libérale, signifie implicitement que nous ne nous fions pas les uns aux autres* » (Marzano, M ., 2012, P.17). Pour La Fontaine, la méfiance est « mère de la sûreté » :

en se méfiant j'aurai l'impression de ne pas être trompé. Ainsi, la défiance permettrait d'être sûr de donner sa confiance à une personne qui en est digne et de ne pas être trahi par la suite.

4.3.3La confiance dans le soin

4.3.3.1Confiance envers le système de santé

D'après un rapport du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), la confiance des français envers leur système de santé diminuerait d'année en année. Comment expliquer cette baisse ? Comment des personnes qualifiées de « professionnels de santé » peuvent-ils désormais faire l'objet d'une méfiance de la part des citoyens ? Comme vu précédemment, la confiance est un ressenti que l'on éprouve vis-à-vis de quelque chose ou de quelqu'un. Cependant, cette confiance peut être trahie et il est alors compliqué par la suite de rétablir ce lien rompu. Prenons l'exemple du système économique. Les crises économiques telles que celle des subprimes a remis en cause toute la confiance instaurée dans le système économique. « *Lorsque les promesses ne sont pas respectées, on détruit non seulement la confiance dans le système économique, mais aussi la confiance qu'on peut avoir en l'Etat, et par là-même, en la société* » (Marzano, M ., 2012, p.73). Nous pouvons transposer cet exemple au système de santé. En effet, les différents scandales sanitaires tels que l'affaire du sang contaminé, des hormones de croissance, des prothèses PIP, ou encore du Médiator ont entraîné une méfiance des français vis-à-vis du système de santé tout entier. D'après le CISS, « l'affaire Mediator » a eu une influence négative sur la confiance des Français envers l'ensemble des acteurs de la santé. Effectivement, plus des 2/3 des Français se disent moins confiants dans l'industrie du médicament depuis la mise au jour de l'affaire, et 62% des Français s'estiment moins confiants dans les institutions publiques. La vision d'un système de santé de qualité et sécuritaire a alors été modifiée. Outre ces scandales sanitaires, les erreurs médicales, souvent très largement médiatisées, contribuent à cette baisse de confiance envers le personnel médical. Récemment, l'histoire de l'infirmière libérale ayant tué sa patiente en lui injectant du chlorure de potassium a fait le tour des journaux télévisés, des chaînes de radios, des réseaux sociaux.... Nous pouvons par ailleurs constater que le patient cherche de plus en plus à être informé et rassuré, par exemple sur les produits que nous lui administrons. Lors de mon stage aux urgences, il n'était pas rare que des patients allergiques à certaines substances me le soulignent au moment de l'administration médicamenteuse, malgré le fait que j'en aie pris connaissance sur leur dossier

médical, mais, comme j'ai pu l'entendre à différentes reprises, « on ne sait jamais vous savez ». « *Malgré le succès de la médecine, les informations circulent et les peurs subsistent. Elles sont déplacées. L'exemple des infections nosocomiales bien connues du grand public est frappant. Sans compter les cas d'erreurs médicales malheureuses que les médias diffusent allègrement* » (Manoukian, A., 2014, p.49). Toutes ces raisons entraîneraient donc une méfiance des usagers du système de santé envers les soignants d'une part mais également envers l'ensemble du système de santé, au même titre que les crises économiques ont entraîné non seulement une perte de confiance dans les banques mais également envers l'État. En effet, de nombreuses variables interviennent dans le soin : confiance envers les hôpitaux, les techniques, les soignants, les dispositifs médicaux... Relevons cependant que, là où la confiance est un engagement mutuel, la méfiance est également mutuelle comme le montre la multitude de documents administratifs que les soignants sont tenus de remplir pour se couvrir en cas de problème, au vu de l'augmentation des menaces de plaintes et de procès de la part des patients et de l'entourage. Comment les soignants peuvent-ils y remédier ? Et comment soigner et instaurer une relation de confiance malgré tout ?

4.3.3.2La place du soignant

Comme évoqué précédemment, le socle de l'alliance thérapeutique est la confiance mutuelle entre le soignant et le soigné permettant d'avancer ensemble contre la maladie. Cependant, cette confiance semblerait s'estomper au fil du temps et des différents événements sanitaires. Au siècle des lumières, « *les médecins et chirurgiens deviennent des savants se fixant sur un objet d'études. Aussi, ne tardent-ils pas à être pris pour des personnages redoutés, parfois même vénérés* » (Geadah, R., 2012, p.22). Qu'en est-il de nos jours ? La confiance accordée au personnel médical est avant tout fondée sur un certain savoir, une certaine expertise que ces derniers ont dans leur domaine. En effet, « *la pratique médicale se fonde sur une rencontre : la rencontre d'une confiance (celle du patient) qui s'en remet à une compétence (celle du médecin)* » (Marzano, M ., 2012, p.170). C'est à ce titre que les professionnels de santé sont reconnus comme étant des personnes fiables. « *Un individu peut en effet être considéré comme fiable à partir du moment où il possède un certain nombre de compétences techniques et morales* » (Marzano, M ., 2012, p.89). Un médecin sait quel examen il doit prescrire, quels médicaments choisir, quel diagnostic poser, au même titre qu'un infirmier sait réaliser les différents soins techniques. Ils savent également être à l'écoute des patients et leur apporter un

soutien moral. M. Marzano remarque cependant qu'en dépit de toutes ces compétences, nous pouvons ne pas faire confiance au corps médical. Nous pouvons en effet nous fier à eux sans pour autant nous abandonner à eux et nous placer en situation de vulnérabilité ; et c'est alors de ce fait qu'un médecin peut décevoir en ne répondant pas pleinement aux attentes du patient mais ne peut cependant pas le trahir puisque ce dernier ne s'est pas abandonné à lui. On peut compter sur quelqu'un pour ses compétences sans pour autant tout lui exposer. Relevons cette fiabilité des médecins lors de l'utilisation du placebo. C'est en effet bien parce que les patients s'en remettent aux médecins, garants d'une expertise, que l'effet placebo fonctionne. En effet, si l'effet placebo a fait ses preuves, c'est parce que le médecin a convaincu son patient de l'efficacité de la molécule et que le patient, reconnaissant des connaissances du médecin, va y croire. Ainsi, comme le pensait Hippocrate, « *savoir donc susciter la coopération du patient, éclairer celui-ci sur son état par des explications adéquates, gagner sa confiance et se montrer capable de la garder s'imposent au soignant qui sera médecin du corps autant que de l'âme* » (Geadah, R., 2012, p.19).

4.3.3.3La relation de confiance entre soignant et soigné

Dès notre entrée à l'institut de formation en soins infirmiers, on nous enseigne qu'il faut apprendre à établir un « climat de confiance » avec nos patients. D'une part, le patient accorde sa confiance au soignant en acceptant les soins qu'il lui prodigue, et d'autre part, le soignant répond à cette confiance, se rend digne de cette confiance en comprenant sa souffrance et en le considérant comme être humain. Les nombreux apports théoriques en soins relationnels notamment sur l'empathie, la congruence, l'écoute active, le regard, et d'autres encore tendraient à atteindre cette confiance. Pourquoi cette confiance dans les soins est-elle si primordiale ? Comme vu précédemment, la confiance est un engagement mutuel et cet engagement s'apparente à un pacte de soin qui semblerait se concrétiser par l'alliance thérapeutique. N'est-on pas en partie obligé de faire confiance à un chirurgien qui va avoir notre vie entre ses mains et peut à tout moment l'arrêter ? Mais cette confiance doit se gagner et cela se fait au fil du temps par un discours empathique et bienveillant du soignant qui est toujours dans la recherche de l'instauration d'un climat de confiance. Pour rebondir sur ce terme « climat de confiance », cela signifierait-il que le soignant met tout en œuvre pour créer une relation propice à l'accord de la confiance du patient, mais que, en dépit de ce climat instauré, seul le patient peut finalement décider d'accorder ou non sa confiance ? Nous le voyons bien lorsqu'il s'agit de

rassurer le patient sur un soin par exemple et que nous l'incitons à nous faire confiance en avançant divers arguments. Là où, auparavant, le patient donnait sa confiance aux soignants de façon évidente, de nos jours, cette dernière doit se gagner. Toutefois, notons que l'on fait confiance aux soignants pour ce qu'ils sont, pour l'image qu'ils incarnent, sans réellement connaître leur personnalité. La confiance serait devenue un contrat de partenariat où chacun doit s'engager pour la guérison. D'ailleurs, lorsque j'accorde ma confiance à quelqu'un, c'est pour recevoir une action avantageuse pour moi par la suite. « *Ma confiance repose alors sur le fait que mes propres intérêts sont enchâssés dans les intérêts de l'autre : elle dépend du fait que le bénéficiaire de ma confiance conçoit mes intérêts comme étant partiellement les siens* » (Hardin, 2006). Voyons bien ici que les intérêts du médecin sont communs à ceux du patient dans la lutte contre la maladie. De plus, un patient donnant sa confiance au corps médical sera plus susceptible d'accepter les soins et les programmes thérapeutiques qui lui sont proposés et cela est nécessaire par exemple en oncologie où les traitements sont longs et difficiles pour le patient. D'autre part, il sera plus ouvert et donnera plus d'informations concernant sa santé, ce qui permettra une meilleure prise en charge. Néanmoins, « *les patients sont particulièrement sensibles à l'existence d'une contradiction entre les propos de deux soignants, qui leur donne à penser qu'on leur dissimule quelque chose, voire qu'on leur ment* » (Fainzang, S., 2006, p.54).

4.3.4Confiance, mensonge et non-dit

Pour en revenir à ma situation, nous pouvons supposer que ma patiente n'a jamais été au courant de la réalité des faits. Cependant, la confiance étant un ressenti subjectif, les expressions et gestuelles des soignants n'entraveraient-elles pas inconsciemment ce climat de confiance ? Car, comme vu précédemment, lorsque l'on ment, le non verbal peut nous trahir : regard fuyant, bégaiements... Pouvons-nous alors ici réellement parler de relation de confiance sachant qu'il s'agit d'une relation à deux dont l'une des deux personnes sait qu'elle ment ? La relation n'est-elle pas faussée même si le patient n'est pas au courant ? N'y aurait-il finalement pas un impact du fait de ne pas savoir que l'on nous ment ? Et ne l'avait-elle au fond pas déjà découvert ? Car la patiente me demandait tous les jours des nouvelles de cette dame comme si elle cherchait à nous faire dire la vérité. Pourrait-il y avoir alors une rupture de ce lien de confiance ? La patiente aurait-elle pu se sentir trahie ? D'autant plus que, comme nous l'avons vu, si cette dernière s'en était rendue compte, ce n'est pas seulement en moi qu'elle aurait pu perdre confiance mais en

tout le système de santé. Lorsque l'on dit que la confiance s'installe s'il existe des intérêts communs aux deux protagonistes, lesquels sont-ils ici ? Mentir sur ce point-là était-il nécessaire en ce qui concerne la guérison de cette patiente ? « *Ne poursuivre que son propre intérêt ébranle la "confiance mutuelle" et engendre un climat de méfiance généralisée* » (Marzano, M ., 2012, p.59). Nous avons vu précédemment que la trahison rompait le lien de confiance. Mentir implique-t-il la trahison ? La trahison étant la révélation d'une information, cela pose ici une ambiguïté : si j'avais révélé l'information à madame Y, finalement, n'aurais-je pas trahi madame X ? Pour Honoré de Balzac, un seul mensonge détruit la confiance absolue. Cependant, comme nous l'avons évoqué, la confiance envers les soignants n'est pas obligatoirement une confiance « absolue », nous pouvons seulement estimer pouvoir compter sur eux. Pourrait-on alors conserver un climat de confiance malgré la découverte d'un mensonge ? D'autant plus que nous avons déjà évoqué le fait que la confiance repose sur une logique asymétrique et que, lorsque je donne ma confiance à quelqu'un, j'accepte l'éventualité d'une trahison. Paradoxalement, être totalement transparent semblerait également dangereux car nous voulons parfois affirmer une vérité qui n'en est pas une, ou faire des promesses que nous ne tenons pas ; la méfiance finit finalement par s'installer. Il vaudrait parfois mieux se taire plutôt que parler en toute franchise. « *Parler "vrai" ne signifie pas "tout" dire* » (Marzano, M ., 2012, p.118). « *C'est là toute la différence entre l'obligation d'informer qui reste formelle, et l'information réelle qui demande à un médecin d'être capable de jongler entre le "dit" et le "non-dit" afin de "respecter les défenses de chacun", sans pour autant laisser un malade dans un état d' "ignorance régressive"* » (Marzano, M ., 2012, p.174). D'autre part, l'aspect immoral du mensonge provient du fait qu'il est à l'encontre du dupé, or, nous avons également développé que le mensonge médical serait éthiquement fondé et bienveillant envers le dupé. La bienveillance primerait-elle sur la sincérité ? Est-ce gratifiant ou déshonorant pour un soignant de renoncer à ses valeurs et de mentir au patient dans l'intérêt de ce dernier ? Pouvons-nous condamner autrui et décider de ne plus lui accorder notre confiance car il a pensé à l'impact de la vérité sur notre santé physique et psychologique et est dans une relation d'aide ? Tant de questions révèlent bien la complexité de l'émergence de la confiance dans un contexte général de mensonges et de non-dits.

5 Enquête exploratoire

5.1 Outils

Afin de pouvoir explorer au mieux mon sujet de réflexion, je privilégierai à la méthode quantitative la méthode qualitative. En effet, cette dernière a pour avantages de pouvoir traiter un certain nombre de questions avec des professionnels nous ayant dédié de leur temps, et de pouvoir rebondir sur certains points au fur et à mesure de la discussion. Elle offre un plus large champ de réflexion que la méthode quantitative qui reste restrictive quant à une argumentation de la part de l'interlocuteur. Ainsi, je mènerai cette enquête au moyen d'un entretien semi-directif qui permet de récapituler les thématiques autour de questions incontournables, tout en laissant une part de liberté à l'interlocuteur afin qu'il puisse développer sa pensée. Il permet également de pouvoir poser d'éventuelles questions de relance si nécessaire.

5.2 Public

L'échantillon de population que j'interrogerai sera exclusivement composé d'infirmières diplômées d'état. J'ai réalisé trois entretiens. Le premier était avec une infirmière exerçant aux urgences. Je voulais en effet savoir si la notion de rapidité spécifique à ce service pouvait avoir un impact sur la relation de confiance et sur le mensonge. Le deuxième, qui s'est déroulé avec une infirmière exerçant en néphrologie, avait pour but de voir si cette pratique était répandue dans un service hospitalier quelconque. Enfin, j'ai interviewé une infirmière exerçant en psychiatrie, car la relation entre un soignant et son patient dans ce milieu est réellement le ciment de l'alliance thérapeutique.

5.3 Déroulement des entretiens

Pour mener à bien mes entretiens, j'ai tout d'abord demandé l'autorisation de les réaliser à la direction des soins des établissements dans lesquels j'ai interrogé les infirmières. Après avoir fait valider mon guide d'entretien par ma directrice de mémoire, je me suis rendue sur le terrain

ou ai réalisé des entretiens téléphoniques dans chaque cas en enregistrant à l'aide un dictaphone, ce qui m'a permis de me focaliser sur le contenu des propos de mon interlocuteur et de pouvoir engager une réflexion sur mon thème de mémoire sans avoir à être gênée par la prise de notes. Cet outil m'a également été utile lors de l'analyse de mes entretiens que j'ai pu réécouter afin de les retranscrire et de les analyser.

5.4 Limites des entretiens

L'entretien est un exercice intéressant mais toutefois compliqué à mener. Je me suis en effet heurtée à plusieurs difficultés lors de la réalisation de ces derniers. Mon premier entretien a été relativement court, et il m'a paru compliqué de poser des questions de relance. Lors de la retranscription de mes entretiens, j'ai également pu constater que plusieurs de mes questions étaient ciblées et que je menais inconsciemment l'infirmière à dire ce que je voulais entendre malgré que cette méthode ait pour but de laisser s'exprimer librement notre interlocuteur. Sur le moment, il est aussi compliqué de suivre sa grille d'entretien sans s'éparpiller et de poser les mêmes questions aux trois infirmières. Par ailleurs, ces entretiens ont été réalisés durant la période Covid19 et beaucoup de mes demandes n'ont alors pas abouti. J'ai donc dû réaliser des entretiens téléphoniques étant donné l'impossibilité de rencontrer les infirmières en période de confinement et n'ai pas pu interviewer les services spécifiques comme prévu initialement.

5.5 Présentation et résultat des analyses

5.5.1 Présentation des infirmières

Comme mentionné précédemment, j'ai interviewé trois infirmières. La première, Marion, est diplômée depuis 2014. Après avoir exercé un an en RPA (Résidence pour Personnes Agées), elle a décidé de poursuivre sa carrière aux urgences. La seconde, Julia, est diplômée de 2018 et a jusqu'à présent exercé dans un service de néphrologie de nuit. Enfin, Solène a également obtenu son diplôme en 2018. Après avoir fait ses débuts en psychiatrie, elle est désormais infirmière libérale.

5.5.2Le mensonge

Au cours de mes entretiens, je me suis rendue compte que la remarque de Sylvie Fainzang stipulant que « le mensonge est une pratique pourtant courante au sein de cette relation dans laquelle chaque protagoniste est amené à délivrer des informations à l'autre, en vue d'une prise en charge optimale de la maladie » (Fainzang, S., 2006, p.7) s'avérerait confirmée. En effet, les trois infirmières ont affirmé avoir déjà menti au cours de leur carrière professionnelle. Cependant, le mensonge paraîtrait parfois difficile à assumer. Alors que Solène exprime clairement avoir menti « ça m'est arrivé plein de fois » (Solène, l.26), « Oh j'en ai plein ma pauvre ! » (Solène, l. 41) ; Marion quant à elle semblerait avoir plus de mal à l'affirmer : « Te dire exactement un cas précis là je t'avoue que tu me prends sur le truc » (Marion, l.10-11), « qu'est-ce que je peux avoir comme cas où je vais mentir à un patient ? » (Marion, l.36), « J'en ai pas mémoire en tout cas. J'en ai pas souvenir. » (Marion, l.64-65). Julia, de son côté, précise que « c'est très rare quand même » (Julia, l.61), mais parvient à énoncer deux situations. Relevons déjà ici la connotation négative que le mensonge peut avoir. Les nombreuses hésitations de Marion peuvent soulever plusieurs questions : est-ce vraiment par manque d'exemples que cette infirmière arrive difficilement à me raconter des situations ? Elle affirme cependant « Ça m'arrive souvent de mentir pour les personnes démentes. » (Marion, l. 36-37). Est-ce alors justement parce que ces cas sont nombreux qu'elle n'arrive pas à en choisir un parmi les autres ? Paradoxalement, elle énonce « je t'avoue j'arrive pas à voir d'autres cas » (Marion, l.63). Ressent-elle une certaine honte à mentir ? Le mensonge médical serait pourtant rationalisé, légitimé puisque, comme vu précédemment, il se ferait dans l'intérêt du patient.

Effectivement, toutes les situations rapportées par les infirmières évoquent des mensonges et non-dits servant à améliorer la prise en charge de ce dernier : « c'est que c'est pour eux, pour prendre soin du patient et c'est dans son intérêt » (Solène, l.148, 149). Deux infirmières, Julia et Solène, s'en sont servies pour administrer un placebo, dans le premier cas afin d'éviter une surdose d'antalgique et dans le second pour éviter une accumulation de psychotropes : « je suis allée dans la salle de soin, j'ai mis du sucre et de l'eau, je suis retournée dans la chambre et je lui ai dit "tenez, j'ai mélangé le médicament dans l'eau, buvez buvez et je reviendrai tout-à-l'heure pour voir si ça a été efficace" » (Julia, l.69 à 71) ; « on a réussi à lui donner quasiment tout son traitement en placebo pendant plusieurs mois » (Solène, l.85). Nous pouvons constater que dans les deux cas, cela a été bénéfique pour le patient : « Je suis revenue une demi-heure

après elle m'a dit que c'était miraculeux, qu'elle n'avait plus mal, que c'était le meilleur truc qu'elle n'ait jamais pris. » (Julia, l.71 à 73), « c'était encore mieux que le médicament qu'elle prenait d'habitude, c'était top, machin etc. » (Solène, l.87-88). Solène a également eu recours au mensonge afin de faire adhérer le patient au soin. « Si ça te permet de poser le patient et d'être dans son... enfin... d'être dans le soin, de prendre soin à ce moment-là de lui et voilà et d'arriver à ce que tu veux alors que lui il est opposant ben voilà » (Solène, l.45 à 47). Notons ici la notion de pouvoir exercé par la soignante qui va chercher dans ses ressources une manière de faire changer le patient d'avis afin qu'il aille dans son sens. Marion dit quant à elle avoir également menti auprès de personnes démentes, souvent auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ici dans l'objectif de préserver leur moral. Elle explique en effet reproduire ce qui a fonctionné avec son oncle face à des situations pouvant les affecter psychologiquement. Lorsque l'on se penche plus précisément sur ses propos, nous pouvons toutefois nous demander si ce mensonge n'est que dans l'intérêt du patient.

En effet, elle justifie son mensonge en notant que « c'est beaucoup plus simple pour tout le monde » (Marion, l. 47). Elle ajoute que « ça évite une situation où t'es un peu mal-à-l'aise » (Marion, l.60-61), le mensonge pouvant éviter des situations « où j'avais pas envie de lui annoncer le décès » (Marion, l.51). Le mensonge rassurerait donc à la fois le soigné et le soignant. Il pourrait aider d'une part le patient mais aussi d'autre part l'infirmière quand elle ne sait plus comment faire. Solène reprend en effet cette idée en justifiant son mensonge « parce que on ne savait pas faire autrement » (Solène, l.102). Le mensonge ne serait-il alors finalement pas également dans l'intérêt du dupeur ? Cela peut rejoindre également l'idée que le mensonge est un mécanisme de défense pour les soignants puisqu'il permet d'éviter des situations malaisantes. On chercherait aussi à se persuader que l'on ment pour le bien de l'autre, ce qui nous déculpabiliserait : « il y a eu des fois où j'étais pas à l'aise de mentir, parce que tu sais que tu mens et c'est pas top, après moi ce qui me rattrape toujours c'est que c'est pour eux » (Solène, l.147-148). D'autre part, outre la volonté de mentir dans l'intérêt du patient, cela pourrait également être une échappatoire. En effet, Julia explique « j'ai rien d'autre de prescrit à part ça donc ben je peux rien faire de plus » (Julia, l.68-69). Par « ça » elle entendait un paracétamol. Ainsi, en l'absence de prescription d'antalgiques plus forts, Julia décide d'elle-même de donner un placebo. Si elle avait eu une prescription, peut-être aurait-elle administré les thérapeutiques prescrites. Cela montre donc bien d'un certain côté que le placebo, donc le mensonge découlerait en quelque sorte du rôle propre. Pourquoi l'infirmière n'a-t-elle pas appelé un médecin pour voir

s'il était possible de prescrire des antalgiques plus forts ? Peut-être car elle estime que la patiente « réclamait des antalgiques assez forts et tout alors qu'il n'y en avait pas l'utilité » (Julia, l. 65). Ne sommes-nous pas ici dans un comportement paternaliste puisque l'infirmière juge de ce qui est utile ou non pour le patient ? Néanmoins, nous constatons que ce choix thérapeutique paraît efficace, et que le mensonge a des effets positifs puisque cette dame n'a plus mal. Rappelons que Platon voyait le mensonge comme un médicament utile aux malades et dont l'emploi doit leur être réservé. D'ailleurs le placebo illustre bien cette phrase car il s'apparenterait à un médicament mensonger.

D'autre part, Julia évoque une situation dans à laquelle elle se trouve embêtée puisque, seule avec le patient et sans médecin dans le service, elle se voit demander les résultats des examens qu'il a passé aujourd'hui. « Je commence à lui lire et tout et puis je m'arrête parce que en fait c'est inscrit dans les résultats que visiblement ils avaient vu une masse suspecte et qu'ils pensaient que c'était une tumeur. Du coup évidemment c'est pas trop à moi de lui annoncer donc je me suis arrêtée et tout il m'a regardée je lui dit « oh mais vous savez, moi j'ai quand même du mal à interpréter les résultats, il faudra demander au médecin demain matin ! » (Julia, l.19 à 24). L'infirmière se retrouve ici bloquée étant donné qu'elle ne peut légalement pas donner le diagnostic. Ce contexte me rappelle celui de ma situation. Effectivement, nous pouvons supposer que la réaction de l'infirmière pourrait venir du fait qu'elle n'a légalement pas le droit d'annoncer un décès. « Qu'en est-il de l'information donnée par les personnels paramédicaux ? Ceux-ci ne sont pas habilités à répondre aux questions du malade sur les résultats de ses examens ou sur son diagnostic. Ils ne peuvent fournir que des informations relatives au traitement, ses risques, ses effets, ses modalités. Cependant, les patients ne manquent pas de les interroger et ces derniers sont amenés à devoir ruser pour ne pas dire ce qu'ils savent ou ce qu'ils voient » (Fainzang, S., 2006, p.57). Elle s'arrête alors et essaie de ne pas donner cette information. Seulement, nous pouvons nous demander ici si ce mensonge n'a pas été délétère pour le patient, puisqu'en effet, « le silence produit des effets négatifs car il fait souffrir les patients tandis que l'information soulage leur souffrance et les libère » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.244). Le patient n'a-t-il pas compris ici qu'il y avait quelque chose de grave ? D'autant plus que, comme évoqué précédemment, le non-verbal a un rôle important, et même si Julia dit qu'elle « pense qu'il a même pas tilté en vrai » (Julia, l. 38), comme le remarque Marion, « ça se voit de suite quand je mens donc j'essaie d'éviter parce que je deviens vite rouge » (Marion, l.30-31). Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur les

conséquences possibles qu'il aurait pu y avoir si l'infirmière n'avait pas menti. Outre l'aspect législatif, l'annonce aurait pu se révéler très brutale et très anxiogène pour le patient si ce dernier n'avait absolument pas connaissance de cette tumeur, d'où la nécessité parfois d'énoncer la vérité progressivement, pour faire allusion aux paliers de la vérité que nous évoquions précédemment. « Ainsi, parfois, l'heure d'information du médecin n'est pas celle du patient qui n'est pas prêt à entendre ce que le praticien a à lui dire » (Brocq, H., 2008, p. 68). Dans ce cas-là, mentir semblait de toute façon nécessaire, puisque « c'était vraiment au médecin de pouvoir lui dire pourquoi il avait vu ça et tout à l'examen, ce qu'il pouvait faire, comment ça allait se dérouler pour lui » (Julia, l.31-33). D'autre part, par analogie avec sa situation précédente, le mensonge semblerait marquer cette asymétrie entre le médecin et l'infirmière. En effet, alors qu'elle se justifiait en précisant qu'elle usait du mensonge car elle n'avait pas de prescription, ici « ce n'était pas notre rôle de lui annoncer ça en fait » (Julia, l.31). Dans cette même optique, Solène déclare « c'était des non-dits, c'était du mensonge parce que on ne savait pas faire autrement, on n'avait pas les médecins avec nous à cette époque-là pour dire non-stop maintenant il faut arrêter tout ça » (Solène, l.102 à 104). Ce qu'elle évoque renforce l'idée que les médecins auraient une autorité, une figure paternaliste importante au sein de la relation soignant-soigné autour de laquelle nous rediscuterons dans une prochaine partie. Pour en revenir à la situation de Julia, l'infirmière sait, elle détient l'information, mais elle ne peut pas lui dire. Ne s'agirait-t-il pas plus d'un non-dit ? Car finalement, même si elle dit ne pas savoir interpréter les résultats, elle ne donne pas d'autres informations fausses au patient quant à son état de santé. Cette barrière entre non-dit et mensonge semble ici assez floue.

Si Julia semble différencier les deux et indique « ça dépend à mon avis de ce qui est caché ou de ce qui est menti » (Julia, l.46-47) ; pour les deux autres infirmières, la limite semble moins franche. En effet, au premier abord, les termes « ne pas dire la vérité », qui, rappelons-le, peuvent être à la fois dissimulation de la vérité par le mensonge (c'est-à-dire par la production d'un discours contraire à ce que l'on pense être la vérité) mais également omission d'énoncer la vérité par un non-dit, semblent être associés au mensonge pour Marion qui affirme directement « ça m'est déjà arrivé de mentir effectivement » (Marion, l.9-10). La situation qu'elle rapporte s'apparenterait pourtant plus à un non-dit puisqu'elle n'énonce pas à un patient le signe exact de sa tension afin de ne pas l'angoisser encore plus. Nous reviendrons sur cette situation plus tard. Ce n'est qu'une fois que je lui demande si ne pas dire la vérité est pour elle différent de mentir qu'elle distingue alors le non-dit du mensonge : « c'est pas un mensonge parce que je dis pas un

faux chiffre » (Marion, l.23). De même pour Solène, cette frontière entre non-dit et mensonge paraît assez vague. En effet, si elle distingue les deux : « d'omettre de dire des choses ou bien beh clairement de mentir » (Solène, l.29), elle ne formule pas explicitement des exemples les distinguant puisqu'elle stipule à plusieurs reprises « parfois tu mens un peu, il y a des non-dits » (Solène, l.37), « c'est passé par le mensonge et par le non-dit » (Solène, l.44), « c'était des non-dits, c'était du mensonge » (Solène, l.102). De plus, elle ajoute « par le mensonge ou par la vérité » (Solène, l.60), et évoque alors ce choix binaire : si l'on ne dit pas la vérité, alors on ment. Or, nous avons déjà vu qu'il ne s'agit pas d'être soit l'un soit l'autre, puisque le non-dit s'insère à mi-chemin entre ces deux notions. Rappelons d'ailleurs qu'il semblerait exister des paliers de mensonge, des mensonges plus graves que d'autres, comme par exemple pour reprendre les termes de Sissela Bok, des white lies. Toutes les infirmières interrogées mettent également en exergue ces différents niveaux de mensonge, cette gradation. Effectivement, Solène explique « y a mentir et mentir, je veux dire, moi j'ai jamais menti sur des trucs qui étaient euh démesurés » (Solène, l.149-150). Julia fait aussi cette distinction : si « ça peut leur éviter par exemple de paniquer pour des petits détails ou de stresser pour des choses » (Julia, l.87-88), alors « on omet quelques petites infos » (Julia, l. 89-90). Elle ferait donc référence ici à un non-dit, tandis que « si c'est des informations un peu graves ou importantes, oui là effectivement c'est compliqué » (Julia, l.91-92). De son côté, Marion décline plusieurs étapes avant d'arriver au mensonge face à une personne démente : « au début tu tentes le truc » (Marion, l.54), elle s'efforce alors de détourner un peu les propos pour ne pas avoir à répondre à la question « mais quand ils insistent » (Marion, l.55-56), « je rentre pas dans le truc et je leur dis » (Marion, l.58), et après ça elle leur ment. Elle développe également une autre situation précédemment évoquée rapidement où elle est menée à « mentir un peu » (Marion, l.15).

Travaillant aux urgences, elle prend des gardes à l'IOA (Infirmier Organisateur de l'Accueil). Certains patients arrivent alors particulièrement angoissés. Pour elle, mentir serait alors un moyen de ne pas angoisser encore plus le patient si celui-ci l'est déjà « des fois tu vas voir quelqu'un qui est hyper angoissé à l'IAO qui est persuadé d'avoir de la tension et tu vois que ça lui... Que ça lui... comment t'expliquer ? Que c'est quelque chose qui la fait paniquer et qui pourrait potentiellement encore plus lui faire augmenter sa tension, c'est sûr que si elle arrive et qu'elle a 21, je vais mentir un peu » (Marion, l.12 à 15). Elle ajoute « je vais pas lui mentir sur le point mais je vais lui dire " oui votre tension elle est haute "mais je vais pas vous dire euh... ça sert à rien de vous dire ce que c'est parce que ça va plus la faire augmenter qu'autre chose »

(Marion, l. 16 à 18). Nous pouvons cependant nous demander si, pour le patient, le fait de ne pas dire précisément le chiffre ne va pas encore plus l'angoisser. Car même si « afin d'éviter ce que l'on pourrait appeler " les effets secondaires de l'information " (angoisse, symptômes indésirables), c'est-à-dire une information " iatrogène ", il est donc nécessaire de se taire et de relativiser, bref de cacher son jeu. Ceci équivaut en fait à ne pas dire ou à déformer le message. » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.229), ne pas donner le chiffre exact révèle malgré tout que la tension est élevée, et même qu'elle est considérablement élevée, au point de ne pas vouloir la quantifier, d'autant plus que, d'après ses dires, Marion précise tout de même que cette dernière était haute. Cette situation me fait penser à une situation similaire que j'ai pu vivre en stage. J'étais dans un box des urgences, une patiente était en présence de son mari. Cette patiente était là pour une douleur thoracique. A mon arrivée dans le box, elle me dit qu'elle sent que sa tension a augmenté. Je regarde alors sur le scope l'historique des tensions et me rends compte que celle-ci a considérablement augmenté puisqu'elle avait gagné 3 ou 4 points. Sans me douter de rien, je lui annonce alors qu'effectivement cette dernière a augmenté (elle était aux alentours de 200 de systole) et son mari rétorque alors immédiatement que même si elle a augmenté, elle est toujours dans la norme. Pensant que ce dernier ignorait ce qu'était la norme, et après avoir demandé si cette patiente faisait de l'hypertension artérielle (elle n'en faisait pas) je lui dis que non, cette tension était plutôt anormalement haute. Il me regarde alors d'un air très sérieux et affirme que si, la tension est normale. Je comprends alors que ce dernier veut convaincre sa femme qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter afin de ne pas l'angoisser d'avantage et lui éviter une nouvelle hausse de tension. Je change alors mon discours et essaie tant bien que mal de corriger mon discours en précisant que, même si elle est haute, ce n'est pas alarmant non plus. En prenant du recul, je me suis aperçue que mon discours n'avait certainement pas été rassurant ni crédible, du fait de mon incompréhension à ce moment-là. En effet, « on parle avec tout son corps car la relation est un phénomène d'ensemble » (Manoukian, A., 2014, p.4). J'ai ensuite appris que les résultats des examens cliniques étaient rassurants et que la douleur provenait de son angoisse. Nous pouvons bien voir ici que le fait de ne pas dire la vérité, de cacher une information pourrait finalement être en opposition avec l'effet bénéfique attendu. Notons que, pour le moment, nous n'avons évoqué que des situations où les non-dits et mensonges étaient volontaires.

Marion aborde cependant aussi des moments où elle a donné des informations erronées, mais « c'est pas du tout volontaire » (Marion, l.83-84). Elle cite par exemple les aléas des urgences,

expliquant que, en conséquence du flux parfois important de patients et de tâches à accomplir, elle a déjà annoncé que « " le médecin arrive " et que deux heures après le médecin n'est toujours pas arrivé » (Marion, l.69), ou ça lui est également arrivé de « dire à un patient " j'arrive " et je viens pas... Parce que bah en fait je sais pas que je vais pas arriver mais c'est que j'ai oublié entre temps parce que j'avais trois trucs à faire et que après tu te rends compte au bout de trois heures " ah bah oui mais lui il m'a appelée tout à l'heure pour le pistolet je lui ai pas donné "» (Marion, l.78 à 81). Nous comprenons bien ici qu'il lui était impossible à ce moment précis de savoir que le médecin n'allait pas arriver, ou qu'elle allait oublier de revenir pour donner le pistolet. Au moment où elle l'a énoncé, ce n'était donc pas un mensonge mais ça l'est devenu après. Nous disons les choses puis les oublions. Pouvons-nous alors dire que le mensonge n'est pas seulement une parole mais une parole associée à un comportement ? Y aurait-il un lien entre mensonge et temporalité ? Dans cette même idée, Solène déclare qu'elle a été menée à ne pas mentir « parce que c'était important à ce moment-là que il sache que non, que la vérité c'était pas ça et voilà » (Solène, l. 51-52). Y aurait-il des moments où nous pouvons mentir et d'autres où nous nous devons de dire la vérité ? Cela n'aurait pas été si important à ce moment-là, aurait-elle révélé la vérité ? Pour en revenir à la situation de Marion, nous pouvons même ici nous demander s'il s'agit vraiment d'un mensonge puisque, rappelons-le, ce dernier s'oppose à la vérité morale, qui correspond à ce que le sujet croit être vrai. Marion se reprend d'ailleurs par la suite en « pour moi c'est pas un mensonge » (Marion, l.82). Or, ici, certes, de par son expérience, Marion se doutait peut-être que le médecin n'arriverait pas dans l'immédiat, mais a pu dire cela par automatisme. Cela m'est d'ailleurs arrivé de nombreuses fois de reproduire ce mensonge en ne sachant pas au début que le médecin n'arriverait pas dans l'immédiat, mais en en étant parfaitement consciente à la fin de mon stage. Notons toutefois la subtilité de la phrase « le médecin arrive » (Marion, l.69) mais sans préciser quand exactement. Si l'on se base seulement sur les mots, la phrase est véridique puisque le médecin arrivera forcément à un moment de la prise en charge.

Pour en revenir au fait de reproduire ce mensonge, nous pouvons également constater que deux des infirmières interrogées déclarent pouvoir reproduire un mensonge : Marion reproduit ce qu'elle a expérimenté avec son grand père « ça c'est de l'expérience que j'ai eue de par mon oncle que j'ai gardé jusqu'à la fin » (Marion, l.48-49), « parce que comme ça marche bien avec mon oncle, ça m'est souvent arrivé » (Marion, l.53-54), et Solène « je peux le reproduire, non il n'y a pas de... Non, je peux le reproduire » (Solène, l.179). Le mensonge s'apparenterait donc

à une stratégie thérapeutique pour reprendre les dires de S. Fainzang qui montre que l'on peut « adopter le mensonge comme stratégie thérapeutique en vue de prévenir une vérité iatrogène » (Fainzang, S., 2006, p.72).

Pour Solène, le mensonge peut effectivement être utilisé pour créer ou renforcer la relation de confiance, qui, rappelons-le, est le socle de l'alliance thérapeutique, d'autant plus en milieu psychiatrique. En effet, « parler de soi, et de son vécu reste une démarche difficile parce que renvoyant à l'intime du sujet, et cela ne se fera que si ce dernier se sent en sécurité dans l'entretien » (Cabié, M., Vasseur, A., 2005, p. 45). Les entretiens représentant une part importante dans la prise en charge psychiatrique, « gardons à l'esprit cette nécessité de gagner la confiance des personnes » (Cabié, M., Vasseur, A., 2005, p. 45). Solène semble avoir intégré cette notion de mise en confiance du patient à tout prix, et, comme elle l'affirme, « tu cherches à l'obtenir cette relation de confiance. Par le mensonge ou par la vérité mais t'essaies de, de, de, d'avoir cette relation de confiance » (Solène, l.59 à 61). Le mensonge aurait donc ici un impact sur la prise en charge du patient puisqu'il pourrait être un outil du fondement de la relation de confiance chez certains patients. Cet outil « s'adapte vraiment à chaque situation » (Solène, l.47-48). Elle ajoute également que « pour désamorcer certaines situations et arriver à apaiser le patient, je pense que ouais, effectivement, t'es obligé de mentir » (Solène, l. 159-160). Elle illustre cette phrase en citant un exemple où, comme le patient tenait absolument à fumer, elle a fini par le contentionner et lui injecter un psychotrope. Nous pouvons alors citer le philosophe André Comte-Sponville pour qui « s'il faut mentir pour survivre, ou pour résister à la barbarie ou pour sauver celui qu'on aime, qu'on doit aimer, nul doute pour moi qu'il faille mentir, quand il n'y a pas d'autre moyen, ou quand tous les autres moyens seraient pires » (Comte-Sponville, A., Petit Traité des grandes vertus, Paris, PUF, 1995, p. 264). Se pose ici la question de si, dans chacune des situations rapportées, il n'y aurait pas d'autres solutions que le mensonge, et de mesurer les bénéfices et risques de chaque autre proposition.

Grâce aux entretiens réalisés, nous avons mis en exergue plusieurs axes que nous pouvons corréler avec ce que nous avions développé précédemment. Premièrement, le mensonge semblerait être une pratique répandue dans le milieu médical, il s'avérerait même être une stratégie thérapeutique, un outil de travail que l'on peut moduler et adapter à chaque situation, en jonglant entre les non-dits et les mensonges. Il paraîtrait toutefois que ce soit un sujet

relativement compliqué à aborder et à assumer pour plusieurs personnes même si ce dernier semble être utilisé à bon escient puisqu'il serait au premier abord dans l'intérêt du patient. Nous pouvons toutefois émettre l'hypothèse qu'il servirait également à aider le dupeur, ici donc le soignant, lui évitant de faire face à certaines situations. Il revient donc au soignant de décider de l'utilisation ou non du mensonge, selon qu'ils le jugent nécessaire ou pas. Nous pouvons maintenant nous questionner sur cette aptitude du soignant à décider pour le patient s'il est préférable ou non de révéler la vérité, adoptant alors un comportement paternaliste.

5.5.3La relation soignant-soigné

Rappelons avant toute chose que nous sommes ici dans une relation asymétrique : d'une part le patient, sujet de soin, en situation de vulnérabilité et de dépendance, d'autre part le soignant, qui lui prodigue les soins et lui transmet un certain savoir quant à sa pathologie. Cette relation semblerait asymétrique de par la nature de ses protagonistes (figure du soignant tout puissant), et de par leurs fonctions (les soignants disposant de compétences dans leur domaine). Toutefois, nous pouvons nous questionner sur ces compétences. S'ils sont effectivement aptes à poser un diagnostic ou à effectuer des gestes techniques, qu'en est-il de leur capacité à juger si tel acte ou telle information sera bénéfique au patient ou pas ? Nous avons vu en effet précédemment que les soignants avaient tendance à suivre une médecine très paternaliste dans laquelle ces derniers prennent des décisions à la place du patient, dans l'objectif d'être le plus en accord avec ce qui pourrait lui être bénéfique. Dans la mesure où il revient au soignant de choisir ou non de délivrer une information, le mensonge se révélerait être également gage de ce pouvoir décisionnel. Solène souligne en effet que le mensonge permet « d'arriver à ce que tu veux alors que lui il est opposant » (Solène, l.46). Nous voyons bien ici le rapport d'autorité qu'elle entretiendrait avec son patient. Il n'est même plus question ici de délivrer ou de retenir une information, mais de faire changer d'avis le patient dans le but d'obtenir ce qu'elle voulait, de le faire aller dans son sens. Nous pouvons nous demander si dialoguer ou négocier avec le patient n'aurait pas pu être envisagé à la place de mentir, même si, d'après elle, « leur pathologie fait qu'ils ne l'entendront pas ou parce que leur personnalité, leur trait de caractère fait qu'ils ne l'entendront pas » (Solène, l.124 à 126), comme si elle savait d'avance que la finalité de cette discussion serait un échec. Il en est de même pour Julia : dans son évaluation, la patiente n'a pas très mal, elle peut donc lui donner le placebo. On peut alors se demander ce qu'il en est de

cette relation ? Il semblerait qu'elle ne fasse pas confiance à cette patiente, qu'elle ne la pense pas sincère. Peut-être que si du temps avait été pris pour discuter avec cette dame elle n'aurait plus mal. Le placebo est privilégié au détriment de la relation soignant-soigné. La patiente était peut-être angoissée ? Dans cette même optique, Marion déclare « même si eux attendent un chiffre je leur dis pas » (Marion, l. 19). Ici aussi, cette rétention d'information tendrait à être dans l'intérêt du patient. De même que, pour Solène parfois, « j'estimais que de mentir, ça ne servait à rien » (Solène, l.139-140), Marion juge que « ça sert à rien de vous dire ce que c'est parce que ça va plus la faire augmenter qu'autre chose » (Marion, l.17-18). Nous pouvons cependant nous demander quelle légitimité elles ont pour juger ce qui est bien ou non pour le patient. Qui est en mesure de connaître le patient et ses réactions mieux que lui-même ? De même, Julia énonce « je pense qu'il aurait pas pu trop nous en vouloir de pas avoir dit ce qu'il en était ou quoi » (Julia, l.47-48), elle assure que « ça peut leur éviter par exemple de paniquer pour des petits détails » (Julia, l.87-88). Nous pouvons alors remarquer que la soignante pense à la place du patient. Comment peut-elle savoir qu'il ne lui en aurait pas voulu ? Les « petits détails » qu'elle évoque sont peut-être minimes pour elle, mais qui sait s'ils n'étaient pas importants pour le patient ? Comment peut-on savoir ce qui est grave ou non pour le patient ? Pourquoi ne pas les lui révéler s'ils ne sont que de petits détails ? Pour en revenir à la situation de Marion, la hausse de tension de sa patiente n'était-elle pas due à l'angoisse elle-même ? Peut-être que prendre le temps de dialoguer avec cette patiente l'aurait fait baisser. Cependant, le contexte particulier des urgences pourrait s'avérer être un frein à cette relation soignant-soigné.

En effet, comme le souligne Marion, « t'es dans une prise en charge où t'as je sais pas combien de dossiers, t'as les pompiers, t'as le machin » (Marion, l.72-73). La notion de stress qu'elle évoque « on est dans un, dans une grosse affluence comme ça où on est très stressé » (Marion, l. 75-76) peut poser question quant à la qualité de cette relation. En effet, si nous sommes nous-mêmes stressés, peut-on prendre en charge efficacement quelqu'un d'angoissé ? Le stress ne va-t-il pas nous conduire également à oublier tout le côté relationnel et à nous concentrer exclusivement sur la rapidité des gestes et l'efficacité de la prise en charge thérapeutique du patient ? Comme le précise l'infirmière, « on a autre chose à gérer » (Marion, l.82). N'y a-t-il pas un lien entre notion d'urgence et technicité du soin ? Entre temporalité et relation soignant-soigné ?

Outre les urgences, c'est en EHPAD que j'ai pu constater ce phénomène. Étudiante de première année, je dois réaliser seule la toilette de madame Z. C'est une toilette à la douche, la patiente

était assise sur une chaise et cette dernière nécessitait beaucoup de temps étant donné que la patiente était en obésité morbide et avait donc beaucoup de difficultés pour se mouvoir. De plus, ses cheveux, que je devais coiffer par la suite, étaient extrêmement longs et emmêlés. Je réalise donc cette toilette en 45 minutes, en étant efficace mais en ne bâclant pas mon travail puisque j'estimais que c'était un des seuls moments où je pouvais vraiment échanger avec ma patiente. De plus, je savais que je n'avais que cette toilette à réaliser et que, côté soins infirmiers, il n'y avait qu'un pansement à refaire, l'infirmière m'ayant précisé qu'elle m'attendrait vu qu'elle n'était pas débordée ce jour-là et qu'une autre infirmière était en plus présente ce matin. Ma toilette terminée et de retour à la salle de soin, une des infirmières me fait des réflexions sur cette dernière, jugée trop longue. Sur le coup, je me demande si cela est ironique étant donné que, de leur côté, elles étaient en train de prendre le café, et elles m'avaient assuré que nous n'avions vraiment pas beaucoup de soins ce jour. Mon absence n'a donc eu aucun impact sur la continuité des soins. Elle me déroule alors que 45 minutes pour une toilette, c'est énorme, que l'on n'a pas que ça à faire. Elle ajoute que j'aurais dû lui faire prendre une douche et pas une toilette au lavabo pour que ce soit plus rapide (chose que j'avais faite). Lorsque je tente de lui dire que, pour moi, j'ai fait au plus vite tout en faisant au mieux pour le confort de la patiente, elle rétorque qu'ici, ce n'est pas le Club Med. L'autre infirmière me dit alors que, au vu de ma longue absence, elle ne m'a pas attendue pour faire le pansement. Par la suite, nous n'avons pas bougé de la salle de pause jusqu'au tour des médicaments de midi. Un peu déstabilisée, plusieurs questions me sont alors venues à l'esprit. Tout d'abord, l'infirmière semblait convaincue que 45 minutes était un temps estimé énorme pour une douche. Le temps d'un soin doit-il être le même d'un patient à l'autre ? Ne peut-on pas l'adapter aux circonstances ? Il est compréhensible que, dans certains EHPAD où les toilettes s'enchaînent à un rythme infernal, cela puisse être contre-productif, or ce n'était ici pas le cas. Il semblait en revanche inenvisageable que j'aie pu utiliser de mon temps libre pour discuter avec ma patiente et partager des moments intéressants avec elle. De plus, ne pouvons-nous pas allier technicité et relationnel ? Et ce, pour tous les soins que nous réalisons. N'y a-t-il pas toujours une part de relationnel ? Ne pouvons-nous pas, sur un même laps de temps, décider d'effectuer le soin en étant concentré uniquement sur le geste, ou de l'effectuer tout en échangeant avec le patient ? Par ailleurs, l'EHPAD est le lieu de vie des résidents, ils sont chez eux et pourraient nouer des liens étroits avec le personnel soignant, étant donné qu'ils y restent pour une longue durée. Nous pouvons donc, suite à cette situation, nous questionner quant à la qualité de la relation. Ne peut-on pas allier efficacité, rapidité, et relation ? La routine

entraverait-elle la relation soignant-soigné ? En serait-elle un frein ? Est-il impossible de déroger à ses habitudes et, pour une fois, prendre du temps avec les résidents et non seulement les soigner, mais prendre véritablement soin d'eux ?

Rappelons que le « prendre soin » s'assimilerait au care tandis que le « soigner » ferait référence au cure. « Mais il y a entre eux deux cette différence profonde que si l'acte soignant agit "pour" le malade, l'acte du "prendre soin" s'efforce d'agir ou de faire "avec" lui » (Piveteau, D., 2009, p22). Relevons alors effectivement que le fait de soigner ne résulte qu'en l'acte technique, ici il est donc question que la patiente ait eu sa toilette. Par le « prendre soin », on cherche à autonomiser le patient, à l'accompagner, à le comprendre et l'aider en étant avec lui, en faisant avec lui. La toilette passe donc d'un acte technique à un accompagnement, en laissant la patiente faire seule ce qu'elle peut faire seule, en l'accompagnant si cette dernière a besoin d'une aide partielle et en faisant ce qu'elle ne peut vraiment pas faire. « Dans le "prendre soin", l'essentiel est d'entrer en relation » (Piveteau, D., 2009, p22). Solène semble faire la distinction entre ces deux termes puisqu'elle affirme que le mensonge et le non-dit peuvent être nécessaires « si ça te permet de poser le patient et d'être dans son... Enfin... D'être dans le soin, de prendre soin à ce moment-là » (Solène, l.45-46). Remarquons alors que le processus du « prendre soin » nécessite de fait plus de temps que celui de « soigner ». Cependant, comme mentionné plus tôt, ce n'est pas parce que soigner ne vise pas à favoriser la relation et l'autonomie du patient que l'acte doit être dépourvu de tout sens relationnel puisque, pour reprendre les quatre niveaux de relation de Louis Malabeuf, chaque soin s'inscrit au minimum dans une relation de civilité.

Pour ce qui est de la relation d'aide thérapeutique en revanche, il précise qu'elle « se met en place progressivement par l'instauration d'un climat de confiance dans le respect d'au moins deux préalables que sont : le temps minimum à consacrer au malade et, pour soi-même, un minimum de "disponibilité" psychologique » (Malabeuf, 1992). Nous pouvons alors nous demander si, dans le cas de Marion par exemple, cette relation d'aide est possible puisque « je suis très concentrée sur le diagnostic du patient où c'est que je vais l'installer,» (Marion, l.74). Nous voyons bien ici qu'aux urgences, une bonne organisation est primordiale pour ne pas se laisser déborder, laissant peu de disponibilité psychologique ou de temps pour le patient. Nous pouvons alors faire le parallèle avec la situation de Julia qui, de son côté, travaille de nuit. Nous savons que le travail de nuit est souvent moins conséquent que celui de jour, les patients dormant. Nous pouvons alors nous demander si cela est plus propice à la relation, au partage entre soignant et soigné. Comme le souligne Julia, « évidemment à 22 heures, 23 heures quand

on passe, c'est là que les patients prennent le temps de poser toutes leurs questions quand il n'y a pas le médecin pour y répondre » (Julia, l. 14 à 16). Ce choix des patient traduit peut-être une plus grande disponibilité du personnel soignant. De ce fait, les soignants peuvent passer plus de temps à leur chevet afin de répondre à leurs questions. Le calme de la nuit, le fait que l'infirmière soit seule avec son aide-soignante et plus présente pourraient être des atouts de la relation de confiance. Nous pouvons même nous poser la question de savoir si les patients n'attendraient pas que le médecin parte pour poser leurs questions, certains médecins pouvant procurer d'avantage d'angoisse de que de réconfort.

J'ai en effet au cours de l'un de mes stages pu constater l'attitude d'un chirurgien qui avait une manière assez abrupte d'expliquer les choses et n'hésitait pas à rappeler le patient à l'ordre si ce dernier ne suivait pas à la lettre les recommandations données. Cela menait donc certains patients à ne plus oser lui poser de questions et à se tourner directement vers les infirmières. En effet, « poser des questions n'est toutefois pas toujours bien perçu par les médecins. C'est le signe, d'après certains, d'un manque de confiance » (Fainzang, S., 2006, p.42). Pour rebondir sur cette phrase, nous voyons bien encore une fois que la parole du médecin s'apparente à une vérité absolue qu'il est nécessaire de croire et qui est difficilement remise en question. Cependant, ne pouvons-nous pas supposer que ces questions sont d'une part une tentative de rééquilibrage des asymétries et d'autre part un moyen d'entrer en relation avec le personnel soignant et d'échanger avec lui, en clair de passer d'une position d'objet de soins à sujet de soins ? Par ailleurs, « le patient demande plus volontiers l'information à d'autres soignants qu'au médecin cancérologue qui le suit, surtout si celui-ci est professeur, convaincu qu'il ne peut se permettre de lui prendre son précieux temps pour lui poser des questions. Il s'adresse alors fréquemment à une infirmière, qui n'est cependant pas toujours en mesure de lui répondre » (Fainzang, S., 2006, p.55). Dans ce cas, le chirurgien exprimait effectivement clairement qu'il n'avait pas tout le temps qu'il souhaitait pour rester au près du patient. De par ses propos, il arrivait alors que certains patients attendent qu'il soit sorti de la chambre pour fondre en larmes, et nous essayions de les consoler avec l'infirmière. Cette attitude pourrait refléter le rôle paternel ou maternel qu'incarne le soignant en établissement de santé, bienveillant et rassurant : « t'essaies d'apporter l'assurance dont il a besoin à ce moment-là » (Solène, l.134-135), « c'est essayer de trouver quelque chose qui va rassurer à ce moment-là » (Solène l.43). Dans la même idée, lors d'un de mes stages, une infirmière avait pour habitude de passer une dernière fois voir ses patients avant de partir à la fin de son service afin de s'assurer que tout allait bien et de leur

souhaiter bonne nuit, comme le ferait une mère à ses enfants. Par ce mécanisme d'ailleurs, « les infirmières se font les porte-parole des médecins, tant auprès des patients que du monde extérieur. Les infirmiers et les infirmières intériorisent et répercutent les convictions des médecins sur l'information, se faisant ainsi leurs ambassadeurs. Ce rôle est d'autant plus gratifiant et valorisant qu'il permet une identification sociale avec les médecins » (Fainzang, S., 2006, p.58).

Effectivement, si nous avons pu appuyer l'asymétrie présente dans la relation soignant-soigné, nous nous apercevons aussi qu'une asymétrie médecin-infirmière est palpable dans les propos des trois infirmières. Solène développe bien cette idée que le médecin seul dispose d'un pouvoir de décision, et qu'il a fallu « un travail de longue haleine avec Dr X » (Solène, l. 84) pour le raisonner et le faire changer d'avis. « On en a discuté longuement avec lui parce que lui le placebo c'était pas trop son truc et voilà on est arrivé avec nos arguments » (Solène, l. 77-78). On entend souvent que les infirmières sont les yeux et les oreilles des médecins. Cela prend ici tout son sens : elles voient en effet le patient tous les jours et peuvent apprécier l'évolution de leur comportement là où le psychiatre ne les rencontre que quelques fois par semaine. Julia, elle, répète à plusieurs reprises que « c'est pas trop notre rôle de... d'annoncer tout ça » (Julia, l. 26). Elle le sait mais ne peut pas lui dire. Finalement elle sait des choses sur lui, tout le personnel soignant sait des choses que lui ne sait pas. Nous pouvons d'emblée nous interroger sur le fait que ce soit un frein dans la relation soignant-soigné. Car nous savons que nous ne sommes pas honnêtes, que nous ne sommes pas naturels. Elle avoue même « c'est sûr que j'étais gênée » (Julia, l.30-31). Par conséquent, il est possible que l'infirmière entre moins dans la chambre de ce patient, ou aille au plus vite lorsqu'elle est avec lui, de peur que ce dernier ne lui pose d'autres questions auxquelles elle n'aura pas réponse, ou qu'il cherche à obtenir d'autres informations quant à ses résultats, qu'elle ne pourra pas lui révéler. Il y a ici une notion de fuite : cela a l'air difficile pour la soignante et l'on peut supposer qu'elle ne va pas s'éterniser dans la chambre. On peut aussi se demander si cette gêne n'est pas perçue par le patient. Quel impact cela pourrait-il avoir sur la confiance ? Elle ajoute par ailleurs que « même si il avait voulu voir un médecin à cette heure-ci, il n'y en aurait pas eu donc bon... » (Julia, l. 35-36). Soulevons ici que, de toute manière, quoi qu'il en soit, le patient n'aurait pas le droit de savoir puisque c'est le médecin qui décide, c'est à lui que revient le pouvoir de divulguer l'information ou non. On voit bien alors l'obligation de l'infirmière à se plier aux règles puisqu'elle n'a pas le droit de le lui dire. On voit aussi comment l'infirmière semble se cacher derrière le médecin possiblement

pour ne pas assumer le fait de ne pas pouvoir dire ce qu'il en est. Peut-être que ce fait de ne pas pouvoir dire met l'infirmière dans une position la dédouanant de toute responsabilité à ce niveau. Ce n'est pas à moi de le dire mais au médecin. Elle précise d'ailleurs en parallèle que le patient peut perdre confiance en elle, « mais pas forcément que avec les infirmières ! Avec les médecins, avec tout le monde aussi hein ! » (Julia, l.53-54). Voyons bien ici que la relation soignant-soigné est certes avant tout une relation interpersonnelle entre deux personnes, mais qu'elle englobe également le reste du personnel soignant, et est modulable en fonction de plusieurs variables telles que le contexte (par exemple des urgences pour Marion), les ressources disponibles, la personnalité des deux protagonistes, la temporalité... « Ça s'adapte vraiment à chaque situation » (Solène, l.47-48) souligne Solène.

En termes de relation, notons que Solène cherche avant tout à obtenir une relation de confiance avec ses patients, relation sur laquelle nous reviendrons dans une prochaine partie. Pour elle d'ailleurs, le mensonge pourrait être une des composantes de cette relation qui, rappelons-le, induit une alliance thérapeutique : « t'essaies de faire en sorte qu'il puisse avoir ta confiance et qu'il se dise "bon ben voilà, ils sont là pour moi, pas contre moi" » (Solène, l.145 à 146). Cela paraît d'ailleurs compréhensible pour les patients qui entendraient que Solène ne leur aurait pas dit la vérité dans leur intérêt : « Ça a toujours été plus du remerciement derrière de dire beh "ouais à ce moment-là j'étais pas bien, il fallait ça pour moi, même si on m'a dit ci ou là" » (Solène, l.124 à 126). Le principe de non-malfaisance se placerait donc au centre du processus de prise de décision quant à la divulgation ou à la rétention d'information. « A la fin tu peux plus parce que tu te dis au final ça le rend malheureux » (Marion, l.45-46), « j'étais un petit peu stressée pour lui du coup parce que le pauvre c'est pas forcément une annonce qui allait être facile le lendemain pour lui » (Julia, l.28 à 30). Les infirmières peuvent alors ressentir de l'empathie pour les patients. On voit bien que Julia est en connaissance d'un diagnostic lourd de conséquences mais se met quand même à la place du patient. Rappelons que l'empathie est l'une des composantes de la relation d'aide qui, selon C. Rogers, vise à favoriser l'autonomie du patient par une relation de qualité englobant trois items que sont l'empathie, la congruence et l'acceptation positive inconditionnelle. Si toutes les soignantes se montrent empathiques, nous pouvons toutefois nous questionner quant à la congruence dans les propos des trois infirmières puisque ces dernières ont toutes affirmé avoir déjà menti, même si « tu essaies de faire en sorte que le patient ne se rende compte de rien » (Solène, l.134). Il y aurait donc une incohérence entre ce qui est pensé et ce qui est dit, mais aussi entre le savoir, la pensée et le comportement,

comme s'il s'agissait d'une pièce de théâtre avec une mise en scène afin que le dupé ne se doute de rien, suivie d'un débriefing puisqu'elle déclare « je pense que c'est indispensable quand les situations le permettent de reprendre après avec le patient » (Solène, l. 137-138). Il semblerait nécessaire d'exposer et d'expliquer la vérité lorsque cela est possible. Nous pouvons nous demander si cela déculpabiliserait le soignant d'avoir menti ? Est-ce un moyen d'annuler le mensonge produit ? Cela est cependant à double tranchant pour le patient : effectivement le mensonge « impacte la relation de confiance, tout-à-fait, mais ça peut l'impacter en bien comme en mal » (Solène, l.129-130). D'une part, cela peut la renforcer car le patient estime que le soignant a tout fait pour qu'il aille mieux, quitte à mentir, mais d'autre part, celui-ci peut décider de douter, de ne plus lui accorder sa confiance puisque s'il l'a déjà trahi une fois, il peut être mené à recommencer. En clair, le personnel soignant serait mené à jongler en permanence entre les non-dits, les mensonges et la vérité, le tout pour répondre aux besoins du patient par ce qu'ils jugent alors être le mieux pour lui de leur point de vue. « Un patient qui est décompensé, si il faut je vais pas lui mentir pendant trois semaines et puis dans trois semaines je suis obligée de lui mentir parce que son état fait que à ce moment-là il n'entend pas, il ne comprend pas » (Solène, l.176 à 178). Elle précise cependant que le débriefing est possible « si le patient est en capacité » (Solène, l.30-31). La vérité ne serait-elle alors accessible qu'à certains patients ? Sur quelles bases pouvons-nous juger de l'aptitude d'un patient à recevoir la vérité ? Si l'acceptation positive inconditionnelle semble être un pilier de la relation d'aide, nous nous apercevons ici que toutes les infirmières ont dans leurs discours une part de jugement sur leurs patients.

En effet, les patients à qui elles ont été menées à ne pas dire la vérité sont « souvent dans les démences effectivement » (Marion, l.48). « Si je mens c'est pour les déments » (Marion, l.62). Elle se justifie en disant qu'elle n'a « pas envie de les rendre malheureux en sachant qu'il y a une pathologie derrière » (Marion, l. 61-62). Une personne malade n'a-t-elle pas le droit d'accéder à la vérité ? Nous pouvons également nous demander si, d'après ces propos, il est moins dérangeant qu'une personne non atteinte de pathologie mentale soit malheureuse. Solène, de son côté, raconte qu'« en libéral ça m'arrive euh... ça m'arrive avec les personnes voilà qui ont la maladie d'Alzheimer ou qui sont complètement désorientées ou voilà… qui s'imaginent... voilà des patients psy hein que tu as aussi à domicile » (Solène, l.33 à 35). Pour Julia, « ils sont tous un peu âgés » (Julia, l.38). Les patients semblent ici déshumanisés et réduits à leur pathologie, comme le confirme l'appellation « une grosse polytox » (Solène, l.63). Ils sembleraient dès lors dépourvus de toute réflexion et tous mis dans le même moule « parce que

leur pathologie fait qu'ils ne l'entendront pas ou parce que leur personnalité, leur trait de caractère fait qu'ils ne l'entendront pas » (Solène, l.121 à 122). Tout se rapporte à la maladie, le patient atteint d'une pathologie psychiatrique n'a plus de pensée, perd toute capacité de réflexion ainsi qu'une part d'autonomie. Comme le remarquait Sylvie Fainzang, « en vérité, par-delà le jugement porté sur l'aptitude psychologique des patients à recevoir une information précise et détaillée sur leur état de santé et sur les traitements qu'on leur propose, on remarque que cette information est donnée essentiellement à des personnes appartenant à des catégories sociales supérieures, soit que leur distinction laisse supposer une plus grande aptitude à comprendre l'information, soit qu'elle laisse supposer une plus grande capacité à supporter l'annonce qui leur est faite » (Fainzang, S., 2006, p.49). Julia appuie aussi que « si ils sont dans le milieu soignant aussi et qu'ils savent comment on réagit peut-être qu'ils vont le voir mais si c'est des patients lambda à mon avis ils remarquent même pas » (Julia, l.79 à 80), ce qui reviendrait à dire que, hormis le patient qui a peut-être déjà expérimenté le mensonge au cours de sa carrière et connaît la ruse, un patient « lambda » n'est pas en capacité de discerner le vrai du faux. Pourquoi le patient ne se méfierait-il pas ? Peut-être car il donne sa confiance aux soignants et n'imagine pas qu'ils puissent lui mentir de par la bienveillance qu'ils incarnent. Peut-être aussi parce qu'il est considéré comme objet de soin et non comme sujet pensant puisqu'il finit par n'être qualifié plus que par le déterminant « ça » : « ça recommence à être malheureux » (Marion, l.43-44), « ça passe à autre chose » (Marion, l.59). « C'est que le patient ne saurait être un objet que l'on manipule. C'est un sujet qui pense et qui souffre, il a besoin de relations personnalisées comme de ses potions ou de ses injections » (Delhaye, M., Lotstra, F., 2007, p.55). Cette objectivation du sujet le dépersonnalise, lui enlève ses capacités cognitives. D'ailleurs, une des infirmières semblerait accorder à certains patients l'opportunité d'être plus autonome : « j'estime que là c'est important qu'ils soient en capacité eux-mêmes de prendre en compte ce qu'on leur dit, et de se prendre en charge eux, et d'être acteurs dans leur prise en soin. » (Solène, l.173 à 174) tandis que « là où je vais avoir recours au mensonge et au non-dit c'est surtout chez des patients psychotiques, tu vois, qui ont vraiment cette perte de contact avec la réalité » (Solène, l.166 à 168). Parce qu'ils ont une perte de contact avec la réalité, alors les patients psychotiques ne pourraient obtenir des informations véridiques. Nous sommes en plein dans le modèle paternaliste qui veut que le médecin fasse ce qui lui paraît le mieux pour le patient, quitte à le priver de son autonomie et de sa capacité de réflexion. « La souffrance et la vulnérabilité du patient peuvent en effet fonctionner aussi comme l'exaucement du vœu inconscient de la

réduction définitive de l'autonomie du patient totalement livré à la sollicitude et à la bienveillance du médecin, il l'est aussi à son pouvoir de décision, en quelque sorte "absolutisé" et "légitimé" » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.110). Néanmoins, une relation assez forte semble toutefois s'installer entre le soignant et son patient, particulièrement en psychiatrie.

Effectivement, la relation soignant-soigné est en psychiatrie un élément essentiel du soin, elle est fondamentale et en perpétuelle évolution : « Ça c'est un patient qui certainement nous en a voulu à l'équipe de lui avoir menti à un moment donné mais voilà, tu lui en reparles maintenant je suis sûre qu'il te tape sur l'épaule quoi » (Solène, l.108 à 110). Cette relation semble particulière, de par sa proximité et sa nature qui s'apparenterait à une relation d'amitié. En effet, lorsque Solène a dû avouer un mensonge à sa patiente parce qu'« il a bien fallu lui dire qu'on lui donnait des placebo parce que quand elle allait sortir en pharmacie ça allait être compliqué pour elle de demander des placebos » (Solène, l. 89-90) (notons encore une fois que le mensonge est relatif au contexte et à la temporalité), cette dernière lui a répondu « "c'était pour mon bien et tu m'as bien eue" elle m'a dit. Voilà, elle m'a dit "tu m'as bien eue" » (Solène, l.93-94). Le tutoiement marque bien ici une barrière en moins dans la distance thérapeutique, qui est d'ailleurs souvent accentuée par le fait que les soignants ne portent pas de blouse dans les secteurs psychiatriques. Elle ajoute « après on a pris des nouvelles, elle a pris des nouvelles » (Solène, l.96-97), comme si un lien particulier s'était noué entre les deux. « L'amitié permet-elle de compenser l'asymétrie entre le patient et le médecin qui, le plus souvent, détient seul le savoir médical ? » (Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F., 2015, p.108)

Nous avons donc vu que, d'après ces entretiens, la relation soignant-soigné serait essentiellement basée sur l'asymétrie et le paternalisme. D'une part, une asymétrie entre le soignant et son patient puisque l'un est en capacité de cacher ou de délivrer l'information à l'autre, exerçant de ce fait un certain pouvoir, mais d'autre part aussi une asymétrie entre médecin et infirmière, l'infirmière semblant se plier aux ordres du médecin. Cela montre bien que la relation soignant-soigné n'est pas seulement une relation entre deux personnes, mais englobe tout un panel de paramètres qui la conditionnent. Le mensonge serait alors au détriment de cette relation, ne favorisant pas la communication, mais il pourrait également s'avérer en être un outil et permettrait de renforcer la confiance entre les deux protagonistes. La décision des soignants de l'utiliser ou non serait alors toujours prise en conscience de ce qui est le mieux pour le patient, les plaçant alors dans une logique paternaliste où le soignant incarne cette figure

paternelle ou maternelle. La relation d'aide semblerait alors ici mise à l'écart, puisque l'autonomie du patient ne paraît pas privilégiée au sein de cette relation qui considérerait le patient comme objet de soin. Comment le patient peut-il nouer un lien de confiance avec l'équipe médicale s'il n'est pas pris en charge en tant qu'être humain doté d'une pensée ?

5.5.4La confiance

Rappelons avant toute chose que la confiance est le « sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose » (Larousse). La confiance est donc relative à chaque personne, chacun peut décider ou non de l'accorder à autrui, et ce également dans un contexte de soin. Nous avions toutefois soulevé que le statut du soignant impliquerait la confiance du patient à son égard. Solène explique en effet qu'il s'agit de « créer la relation qui fait qu'il va pouvoir avoir confiance en toi et en ce que tu lui dis, même si tu es en train de mentir » (Solène, l.135-136). Le patient n'imagine peut-être pas alors qu'il est en train d'être dupé par un personnel soignant, et pense qu'il peut d'emblée lui accorder sa confiance. De même, pour Julia, c'est bien parce que la patiente croit ses dires que le placebo a un effet positif sur sa douleur. Comment en effet remettre en question la parole d'une professionnelle de santé qui garantit que le médicament donné agira efficacement ? Le patient a ici confiance dans les compétences du soignant. Il sait que ce dernier a effectué un certain nombre d'années d'études et qu'il est donc en capacité de lui administrer les soins nécessaires. Toutefois, s'il fait confiance et se fie aux capacités médicales du médecin, cela ne signifie pas forcément qu'il se fie entièrement à la personne pour ce qu'elle est en dehors de toute prise en charge médicale. Nous remarquons bien en effet que, contrairement à Julia qui travaille de nuit dans une atmosphère favorisant l'instauration d'une relation de confiance, le contexte particulier des urgences, quant à lui, n'est certainement pas propice à l'émergence de cette relation. Néanmoins, le patient accepte la plupart du temps les soins et semble s'en remettre aux compétences du personnel hospitalier. Cela montre bien quelque part que c'est de par son rôle que le soignant reçoit la confiance de ses patients, et non pas spécifiquement pour ce qu'il est. « Bien souvent, lorsqu'une personne ou une famille se présente, nous tenons pour acquise sa demande d'aide, et sa confiance à notre égard. Sauf s'ils viennent sous injonction de soins, ou sous toute autre forme de contrainte, nous avons du mal à imaginer qu'ils ont effectivement fait le choix de

demander de l'aide, mais qu'ils n'ont pas encore fait celui de nous faire confiance, de nous mandater pour les aider » (Vasseur, A., Cabié, M, 2005, p.44). Distinguons bien alors ici la notion de confiance et celle de nécessité de soin, de se fier aux compétences du soignant. Dans la même optique, l'étudiant en soins infirmier, quant à lui, ne semble pas être apte à recevoir cette confiance. J'ai en effet pu constater lors de mes stages que certains patients refusaient que je leur prodigue les soins du fait de mon statut d'étudiante, et donc du peu d'expérience que j'ai dans le milieu. Il nous est d'ailleurs arrivé de mentir pour que je puisse les réaliser. Par exemple, lors de ma première prise de sang, l'infirmière m'a bien demandé auparavant de ne pas dire au patient que c'était la première fois que je réalisais ce geste et de faire comme si je le maîtrisais, exercice assez difficile lorsque l'on se rend compte devant le patient qu'on ne sait pas adapter le corps de pompe à l'aiguille ! Pourquoi cela ? Le patient n'avait-il pas le droit de savoir qu'il était le premier sur qui j'allais réaliser ce geste ? Serait-il plus méfiant envers les étudiants ? Si je n'avais pas réussi, cela n'aurait-il pas été plus judicieux de le lui révéler ? Lors de ma dernière année d'études, une patiente arrive en salle de déchoquage et je dois lui poser un cathéter. Cependant, cette dernière refuse car elle appréhende beaucoup les piqûres. Je lui assure que je sais poser un cathéter et ma tutrice lui dit alors que je suis diplômée dans quelques semaines (ce qui, en soit, n'était pas faux étant donné qu'elle a omis de préciser combien de semaines) et qu'elle me fait pleinement confiance sur cet acte. Finalement, j'ai posé le cathéter avec une pression immense. Que se serait-il passé si j'avais échoué ? La patiente n'aurait-elle plus jamais voulu que des étudiantes lui prodiguent des soins ? A l'inverse, avais-je réussi à la faire changer d'avis et à lui faire comprendre que nous pouvions malgré tout être dignes de confiance en tant qu'étudiant ? Car, comme vu précédemment, la confiance n'est pas instantanée, elle doit se gagner. Mais comment alors gagner cette confiance ? Comment instaurer ce climat de confiance semblant indispensable à la relation soignant-soigné et au bon déroulement de la prise en soins ? « Pour instaurer un climat de confiance et s'affilier au patient, il est important que le thérapeute soit empathique à l'égard du patient, et authentique dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste. Cette attitude du thérapeute permet au patient de se sentir écouté, compris et respecté. Elle suppose que nous arrivions à nous centrer sur l'autre et sur ses besoins » (Vasseur, A., Cabié, M, 2005, p.44).

Nous pouvons alors nous demander si ces conditions sont réunies pour les trois infirmières interviewées. Si nous avons déjà vu que toutes se montraient empathiques, nous pouvons nous questionner sur l'authenticité dans leurs propos et sentiments. Effectivement, si, au premier

abord, toutes semblent mentir, et donc ne pas être honnêtes, nous pouvons toutefois réfléchir quant à la congruence entre les sentiments manifestés et leurs pensées. Le soignant semble en effet être en accord avec lui-même étant donné qu'il a le sentiment que ce qu'il dit est mieux pour le patient. Ainsi, son comportement se corrélerait avec ses affects. « J'étais pas à l'aise de mentir, parce que tu sais que tu mens et c'est pas top, après moi ce qui me rattrape toujours c'est que c'est pour eux, pour prendre soin du patient et c'est dans son intérêt quoi » (Solène, l.147 à 149). Par ailleurs, le mensonge empêcherait-il le patient de se sentir écouté ? Car même pour un placebo, Solène souligne que « on essayait d'avoir l'effet derrière, savoir ce que ça lui faisait » (Solène, l. 86-87), révélant bien ici que, malgré la tromperie, la relation semble maintenue. Le respect du patient passe-t-il seulement par l'authenticité du soignant ? Est-il incompatible avec le mensonge ? Le mensonge ne révèlerait-t-il pas finalement que le soignant arrive à se centrer sur les besoins du patient et à adapter sa posture en fonction de ces besoins ? Solène mentionne par exemple que, sur une prise en charge, « ce qui était important à ce moment-là c'était de dire la vérité au patient et pas de rechercher la relation de confiance » (Solène, l.143-144). Il semblerait qu'elle discerne ce qui est indispensable pour le patient, et que le mensonge pourrait alors servir à combler ces besoins. Toutefois, arrêtons-nous sur la fin de sa phrase où elle précise ne pas rechercher la relation de confiance. Y aurait-t-il des moments prévus pour consolider cette relation ? Ne doit-elle pas s'entretenir en permanence ? Si le patient décide de nous accorder sa confiance, le soignant ne doit-il pas en être digne constamment ? « Il est primordial que le patient nous fasse confiance, mais une relation de coopération ne pourra se construire que si la confiance est mutuelle et non unilatérale. » (Vasseur, A., Cabié, M, 2005, p.45). « La construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance. Cela implique la confiance du thérapeute dans les capacités et les compétences du patient » (Vasseur, A., Cabié, M, 2005, p.45).

Or, si nous nous penchons sur les propos des différentes infirmières, nous nous apercevons que la confiance, de même que la relation, semblent être asymétriques. En effet, Julia raconte sur un ton ironique que sa patiente lui demande un antalgique mais « elle avait un grand sourire hein donc elle devait avoir très mal » (Julia, l. 67). Il paraîtrait ici qu'elle ne croie pas les dires de la patiente et ne lui fasse pas confiance. Dans son évaluation, pour elle, la patiente n'a pas mal. Il n'était pas rare lors de mon stage aux urgences que les soignants interprètent les comportements et mimiques des patients pour savoir si leurs plaintes étaient véridiques. En

effet, il paraissait incompatible qu'un patient regarde son téléphone alors qu'il se plaignait de céphalées. De même, une patiente agitée ne pouvait pas souffrir de maux de ventre et une phrase revenait alors fréquemment parmi les soignants : « oh je pense pas qu'elle ait très mal hein ! ». On peut alors se demander ce qu'il en est de cette relation de confiance puisque l'on doute de la sincérité de leurs propos. Il semblerait pourtant que le patient soit conditionné pour faire confiance au soignant, cela serait une évidence mais cette confiance n'a pas l'air réciproque. La relation de confiance semblerait donc elle aussi asymétrique. Nous pouvons également le constater au travers du discours de Solène qui énonce « elle avait décrété qu'elle avait des angoisses » (Solène, l. 64-65). Pourquoi n'affirme-t-elle pas qu'elle est angoissée ? Car même si aucun signe n'était observable, comment pouvons-nous être certain que cette dernière ne ressentait pas une réelle angoisse ? Nous serions encore une fois dans une vision paternaliste du soin. Il semblerait que Solène n'ait pas vraiment confiance dans les dires des patients. De même, elle semble accorder sa confiance à certains patients, ou plus précisément à certaines pathologies, comme par exemple pour un patient « qui est là la plupart du temps pour du social, qui n'est pas dans la réalité des choses parce qu'il ne veut pas être dans la réalité des choses, pas parce qu'il ne peut pas mais parce qu'il ne veut pas et que c'est un patient névrosé comme toi et moi qui a simplement un trait de caractère ou une personnalité différente, là j'utilise beaucoup moins le mensonge, parce que voilà, j'estime que là c'est important qu'ils soient en capacité eux-mêmes de prendre en compte ce qu'on leur dit, et de se prendre en charge eux, et d'être acteurs dans leur prise en soin » (Solène, l. 169 à 174), là où à l'inverse elle va avoir recours au mensonge et au non-dit « surtout chez des patients psychotiques, tu vois, qui ont vraiment cette perte de contact avec la réalité » (Solène, l. 167-168).

Outre l'asymétrie de la relation de confiance, nous pouvons alors noter une asymétrie entre les patients, relative à la pathologie dont ils sont atteints. Mais, comme Solène stipule que « le fond c'est avoir une relation de confiance. Après voilà des fois tu y arrives sans avoir besoin de mentir et sans avoir de non-dit et puis des fois tu n'y arrives pas » (Solène, l.48 à 50), « ça impacte de toute façon la relation de confiance puisque tu cherches à l'obtenir cette relation de confiance. Par le mensonge ou par la vérité mais t'essaies de, de, de, d'avoir cette relation de confiance donc forcément ça a un impact » (Solène, l. 59 à 61), nous pouvons suggérer que le mensonge pourrait être utilisé dans le but d'obtenir une relation de confiance. Pour corréler cela avec ce que nous avons vu précédemment, étant donné que Solène semblerait mentir plus spécifiquement aux personnes atteintes de psychoses, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une

relation de confiance avec une personne atteinte de psychose est moins évidente à obtenir qu'avec une personne névrosée. Pour faire le lien avec ce que nous avons dit, peut-être est-ce dû au fait qu'un patient atteint de psychose ne serait pas considéré et respecté en tant qu'être humain capable d'autonomie puisque « faire confiance au patient, implique que nous ayons dans l'idée qu'il a des compétences et des ressources personnelles, et que notre rôle est de l'amener à les repérer et les utiliser. Ceci est d'autant plus important que la plupart du temps le patient est dans un tel état de détresse qu'il ne croit plus être compétent et disposer de ressources pour aller mieux, il s'en remet au thérapeute, qui devra être vigilant à ne pas décider pour le patient » (Vasseur, A., Cabié, M, 2005, p.45). Cela vient alors remettre en question ce que nous avons vu dans la partie précédente, puisque nous avons mis en exergue un comportement paternaliste de la part du personnel soignant. Peut-on établir une relation de confiance tout en pensant et faisant à sa place ? Et écoute-t-on réellement un patient lorsque l'on croit savoir ce qui est le mieux pour lui ? Ne l'entendons-nous pas seulement ? Pour continuer dans cette relation asymétrique, nous voyons bien que, là où le soignant peut s'abstenir de délivrer une information, le patient, s'il veut être soigné, est contraint de donner un maximum d'informations à l'équipe soignante, tout du moins relatives à son état de santé. Le secret professionnel pourrait alors être un facteur de confiance. Nous notons bien ici la logique de don et contre-don dans laquelle se situe la confiance, avec l'acceptation d'une absence de contre-don. Alain Leblay disait : « La confiance est un don pas une contrainte, elle s'offre mais ne s'exige pas » (Leblay, A., 1956). Mais le fait de délivrer des informations au personnel soignant, implique-t-il automatiquement que nous lui fassions confiance ? Le soigné est obligé de se livrer à celui qui parfois a sa vie entre ses mains, de s'en remettre à ses compétences, et là où le mensonge soignant serait blanchi et légitimé, il n'en est pas de même pour le patient et nous avons d'ailleurs bien du mal à refaire confiance à ce dernier lorsqu'il ne nous dit pas la vérité.

En effet, lors de mon stage en EHPAD, un des résidents avait été surpris en train de recracher ses médicaments. Le personnel soignant avait donc décidé de le surveiller à chaque prise, mais également de vérifier tous ses actes tels que la toilette ou la prise des repas. Il semblerait donc que ce dernier eût perdu la confiance des soignants.

Parfois, le patient n'a pas le choix et doit subir des soins, comme le remarque Julia pour qui il semblerait que la relation de confiance résulte en une confiance du patient envers les médecins pour que ces derniers puissent faire ce qu'ils ont à faire. Il paraîtrait indispensable que le patient capitule, qu'il accepte n'importe quel acte médical et la confiance semble essentielle dans la

thérapie, « parce que du coup il sera moins enclin à accepter ce qu'on va lui donner ou ce qu'on va lui faire, ou les examens ou les choses comme ça » (Julia, l.57-58) si jamais cette dernière est perdue. Peut-être est-ce pour cela que l'on place la confiance au cœur de l'alliance thérapeutique. Il en est de même pour Solène qui déclare qu'il faut qu'« il puisse avoir ta confiance et qu'il se dise "bon ben voilà, ils sont là pour moi, pas contre moi" » (Solène, l.145-146). S'il accepte que les soignants sont là pour lui, le patient sera plus sujet à accepter les soins.

Solène, de son côté, souligne en revanche que le processus de confiance peut s'avérer être long et qu'il n'est pas inné dans la relation : « créer la relation qui fait que il va pouvoir avoir confiance en toi » (Solène, l.135-136), « c'est pas comme ça qu'on pouvait l'avoir ou qu'on devait la travailler » (Solène, l.140-141). La confiance entre soignant et soigné aurait donc pour visée première de faire accepter au patient sa prise en charge thérapeutique. Nous pouvons alors nous demander ce qu'il en est de cette confiance en milieu psychiatrique, lorsque les patients sont admis sous contrainte. « En tout cas en psychiatrie, malheureusement, il y a des fois où, pour obtenir le... alors... pas pour obtenir le consentement du patient forcément parce que des fois c'est sous la contrainte et c'est comme ça c'est et c'est pas autrement » (Solène, l.110 à 113). Nous pouvons imaginer ici que le patient peut mal vivre cette hospitalisation sous contrainte, cela peut même être vécu comme une trahison vis-à-vis d'un membre de la famille qui l'aurait fait hospitaliser. Nous voyons bien alors la nécessité de tout mettre en œuvre pour arriver à gagner la confiance du patient et lui faire accepter ce passage à l'hôpital psychiatrique puisque, dans ce genre de situation, le patient ne se rend pas toujours compte que le soignant est là dans son intérêt.

Pour revenir sur la notion de trahison, rappelons avant toute chose que la trahison est le fait de « ne pas respecter l'engagement pris » (Larousse). On peut ici entendre par « engagement » la confiance mutuelle entre les deux protagonistes. Ainsi, le soignant ne se montre pas digne de la confiance placée en lui, par exemple en révélant une information. Si l'on reprend désormais les différentes situations racontées par les infirmières, que pouvons-nous dire de la relation de confiance si le patient découvre la vérité ? Ne le prendra-t-il pas comme une trahison ? Si pour Julia « tant qu'ils le savent pas tout se passe bien » (Julia, l.75), dans l'éventualité où ils découvriraient le mensonge, « je pense qu'il aurait pas pu trop nous en vouloir de pas avoir dit ce qu'il en était ou quoi donc après il aurait quand même pu garder la confiance mais c'est sûr que si c'est des choses comme euh... je pourrais même pas penser à un type de situation. Mais effectivement si on lui dit euh… Si on lui ment par exemple par rapport à un rendez-vous ou je

sais pas trop mais effectivement si ... quelque chose qui était pas forcément important et qu'on lui a pas dit ou quelque chose comme ça parfois oui il peut perdre un peu la confiance » (Julia, l.47 à 53). Nous serions alors dans une dualité : soit le patient garde la confiance, soit il la perd. Il ne semblerait pas envisageable qu'il puisse dans un premier temps décider de ne plus accorder sa confiance, mais, après lui avoir expliqué les causes du mensonge, qu'il comprenne et accepte. Pour Solène en revanche, « c'est indispensable quand les situations le permettent de reprendre après avec le patient » (Solène, l.137-138). Effectivement, « il a bien fallu lui dire qu'on lui donnait des placebos parce que quand elle allait sortir en pharmacie ça allait être compliqué pour elle de demander des placebos » (Solène, l.89-90). La patiente n'aurait-elle pas pu se sentir trahie d'avoir été trompée sur presque la totalité de sa prise en charge ? Pouvons-nous cependant parler de trahison ? Car l'équipe n'a pas révélé une information qu'elle aurait pu leur confier, et a pu se servir de la confiance accordée par la patiente pour lui proposer une prise en charge thérapeutique optimale pour elle. Pour reprendre la définition de la trahison : « ne pas respecter l'engagement pris » (Larousse), l'engagement pourrait aussi se référer à l'alliance thérapeutique. Dans ce cas, le patient accepte les soins et le soignant fait de son mieux pour soigner son patient. L'engagement semblerait alors ici respecté. D'ailleurs, « elle l'a pas mal pris » (Solène, l.91-92), dit Solène, qui ajoute qu'« au contraire ça n'a fait que renforcer la relation de confiance » (Solène, l.96).

Nous pouvons alors nous demander s'il ne s'agit pas ici de retrouver une certaine symétrie dans la relation par un même niveau de savoir des deux protagonistes et si cette remise à niveau des symétries permettrait de renforcer la confiance mutuelle. En effet, la patiente peut dans un premier temps en vouloir au soignant de l'avoir trompée, mais lui pardonne du fait que le soignant s'explique avec elle par la suite. « Ça a impacté la plupart du temps en bien parce que après j'ai repris avec le patient, je suis pas restée sur le mensonge » (Solène, l.115-116). Ainsi, le mensonge permettrait de renforcer cette relation de confiance. A. Camus disait que « la vérité, comme la lumière, est aveugle. Le mensonge, au contraire, est un beau crépuscule qui met chaque objet en valeur » (Camus, A., 1956). Le mensonge ne mettrait-il pas ici la relation de confiance en valeur ? Encore faut-il par la suite reprendre avec le patient et argumenter son attitude. Cela serait analogique au dicton « faute avouée est à moitié pardonnée ! ». Qu'en aurait-il été si la patiente avait découvert qu'on lui donnait un placebo au cours de son traitement ? L'aurait-elle tout autant accepté ? De même, le patient de Julia atteint d'une tumeur a peut-être fait le lien et compris son mensonge lorsque le médecin lui a annoncé le diagnostic le lendemain.

Peut-être même l'a-t-il compris sur le moment mais n'a pas osé poser plus de questions, étant donné que le non-verbal aurait pu trahir la parole de Julia. Nous pouvons alors nous demander si, plutôt que de se sentir trahi et de ne plus accorder sa confiance, le patient ne deviendrait pas méfiant, puis défiant. Car rappelons que si la méfiance consiste en la rupture du lien de confiance, la défiance correspond au fait de réfléchir, de prendre le temps nécessaire avant d'accorder sa confiance. Nous pouvons alors supposer que, dans le processus décrit par Solène, le patient se sent en premier lieu trahi (« c'est un patient qui certainement nous en a voulu à l'équipe de lui avoir menti à un moment donné » (Solène, l.108-109)), deviendrait alors méfiant en doutant des faits et gestes de l'infirmière, puis, après avoir entendu son argumentation, serait plus dans une logique de défiance et finirait par redonner sa confiance au soignant (« tu lui en reparles maintenant je suis sûre qu'il te tape sur l'épaule » (Solène, l.110)). Car après tout, nous avons déjà expliqué que le fait d'accorder sa confiance suppose l'éventualité d'une trahison. Peut-on accepter cette trahison ? D'autant plus ici qu'il s'agissait finalement d'agir dans l'intérêt du patient. Solène souligne cependant qu'« après, ils le disent quand même les patients, ils te le disent tu vois ils te renvoient, ils se rappellent qu'il y a eu un mensonge ou qu'il y a eu un non-dit, mais ils mettent quand même plus en avant le fait que c'était pour leur bien et que c'était nécessaire à ce moment-là » (Solène, l.126 à 129), cela traduisant une probable méfiance de la part des patients. Cette méfiance pourrait être d'autant plus entretenue que l'infirmière précise pouvoir mentir à plusieurs reprises : « je peux le reproduire » (Solène, l.179). Le patient peut-il accepter plusieurs fois d'affilée qu'on ne lui ait pas dit la vérité ? Ne peut-il alors pas au bout d'un moment entrer dans un processus de méfiance permanente ? Finalement, le mensonge ne pourrait-il pas être bénéfique à la relation de confiance s'il est utilisé avec modération et argumenté par la suite, et en être un frein si son usage est récurrent et qu'il est découvert par le patient ?

En effet, si l'on reprend le cas de Marine aux urgences, celle-ci avouait dire au patient que le médecin arrivait mais que ce n'était pas le cas. Seulement, au cours de la prise en charge d'un patient, elle n'a certainement pas été la seule à tenir ces propos. J'ai d'ailleurs déjà été confrontée à des patients agacés car je leur avais également annoncé que le médecin arriverait mais que je ne savais pas quand exactement, ces derniers étant alors lassés de toujours entendre les mêmes discours, sans aucun résultat au final. Or, nous avons déjà évoqué que la confiance était difficile à travailler du fait du contexte. Cette dernière étant subjective, il appartient à chacun de faire

confiance ou non au personnel soignant, et cela semblerait se baser sur les premières impressions que l'on a d'eux.

Effectivement, lors de mon stage aux urgences, j'ai pu observer une prise en soins où l'infirmière s'occupant de l'accueil des patients avait eu un désaccord avec une patiente, et plus particulièrement avec la fille de cette patiente. Lors de son installation en box, cette dernière, assez énervée, me rapporte que l'infirmière qui s'est occupée d'elle avait tenu des propos très désagréables, et lui aurait manqué de respect, de même qu'à sa mère. J'essaie alors de comprendre ce qu'il s'est passé tout en posant mon cathéter. Elle m'explique vaguement, et la tension palpable au début s'est peu à peu estompée lorsque nous avons commencé à parler d'autres choses. L'infirmière de l'accueil arrive alors dans le box et dit à la fille d'une manière assez abrupte de sortir du box car il est interdit aux familles de rester pendant les soins. Il est vrai que, de manière générale, il est préférable que l'entourage ne soit pas présent dans ces moments, mais ici, la patiente ne parlait pas français et la fille servait d'interprète. Je demande alors si exceptionnellement, cette dernière peut rester car cela s'avérait compliqué étant donné que je ne parlais pas arabe ! Face au refus de l'infirmière, la fille de la patiente s'énerve à nouveau, le ton monte et devient assez agressif. Un autre infirmier arrive alors pour essayer de calmer l'atmosphère et l'infirmière finit par partir, laissant l'infirmier et moi-même terminer les soins. La patiente et sa fille se sont alors de nouveau calmées et la suite de la prise en charge s'est très bien passée. Nous pouvons alors voir qu'une relation de confiance ne pourrait s'instaurer que si le patient est respecté dans sa dignité, et cela passe avant tout par la communication. L'infirmière aurait-elle pu s'occuper de cette patiente par la suite ? Aurait-elle pu gagner sa confiance ? Là où nous disions auparavant que la confiance semblait s'instaurer en raison du statut du soignant et non de sa personnalité, cela semble ici être l'inverse. La première rencontre entre ces deux personnes s'était mal déroulée, et la patiente ressentait beaucoup de colère envers l'infirmière, ce qui ne semble pas être favorable à une confiance mutuelle. Il n'est pas ici question de méfiance ou de trahison mais bien d'instaurer un climat de confiance. De même pour Marine qui « dit "le médecin arrive" et que deux heures après le médecin n'est toujours pas arrivé » (Marine, l.69). Nous pouvons imaginer que le patient se sent délaissé au milieu de ce flux de patients, et que sa demande d'aide ne semble pas prise en considération. Comment le patient peut-il accorder sa confiance à l'ensemble des soignants si ceux-ci ne prennent pas le temps de lui expliquer que le médecin passera de toute manière, mais qu'ils ne sont pas prioritaires car leurs symptômes ne semblent pas révéler d'urgence vitale, et

préfèrent leur dire entre deux soins qu'il arrive ? Encore une fois, nous pouvons observer l'objectivation des patients qui ne seraient « que » des patients parmi tant d'autre, et cette objectivation pourrait elle aussi être un frein à cette relation de confiance.

Nous avons donc pu mettre en avant plusieurs axes au cours de l'analyse de ces entretiens. Tout d'abord, le soignant semblerait au premier abord en capacité de recevoir la confiance de ses patients, de par son rôle au sein de la chaîne de soins. Cependant, s'il est fiable au niveau de son savoir-faire, la confiance, elle, doit se gagner, et ce par un savoir-être, un respect du patient, de ses valeurs, de son autonomie. Or, nous nous rendons compte que cela paraît difficile : la parole du patient est souvent remise en question, et la confiance semble unilatérale. En effet, le patient accorderait sa confiance au soignant, mais ce dernier ne ferait pas spontanément de même, et il est même parfois mené à duper cette confiance en n'étant pas sincère, confiance pourtant primordiale dans l'acceptation de la prise en charge du patient. Nous pouvons alors supposer que le mensonge a un impact sur cette relation. « Ça impacte la relation de confiance, tout-à-fait, mais ça peut l'impacter en bien comme en mal » (Solène, l.129-130). S'il peut s'avérer bénéfique lors de la thérapie, ce dernier pourrait toutefois mener à une certaine méfiance, une certaine défiance des patients qui pourraient éprouver un sentiment de trahison. Paradoxalement, il pourrait également potentialiser la relation de confiance s'il est expliqué, et légitimé. La relation de confiance semble donc être nécessaire mais se heurte toutefois à certains obstacles.

6 Conclusion

« Chercher n'est pas une chose et trouver une autre, mais le gain de la recherche, c'est la recherche même » (Grégoire de Nysse, 1996). Effectivement, c'est à travers ce mémoire que, non sans trouver quelques réponses à ma problématique, j'ai pu étudier un champ du soin sur lequel je me suis questionnée à plusieurs reprises tout au long de mes études, sans pour autant m'en faire une opinion précise et fixe. Je vais être soignante et durant ces trois années d'études, j'ai déjà relevé de nombreuses situations où j'ai été menée à ne pas dire la vérité au patient, situations que je serai peut-être amenée à reproduire dans le futur. Il me paraissait donc intéressant de traiter ce sujet au vu de la carrière professionnelle que j'envisage afin d'affiner mon opinion sur l'emploi du mensonge et du non-dit, de pouvoir potentiellement les utiliser et surtout leur donner un sens, de réfléchir sur ma pratique, rechercher pourquoi j'ai recours à ces outils thérapeutiques, et sans cesse remettre en question mes décisions, car nous avons vu que, s'ils pouvaient être des atouts de la confiance au sein de la relation soignant-soigné, ils pouvaient également en être des freins et conduire à la perte de cette dernière. Partie d'une situation m'ayant posé de nombreuses questions, j'ai pu développer une réflexion personnelle autour du mensonge dans le soin tout en recueillant l'avis de proches et de professionnels de santé. Jamais je n'aurais imaginé que ce sujet puisse être si vaste et riche en termes de concepts, de points de vue, m'ouvrant à chaque fois les portes d'autres sujets de réflexion. Étant partie avec une vision relativement pessimiste du mensonge, j'ai finalement, au cours de mes recherches littéraires et grâce à la diversité des opinions lors des entretiens, ouvert ma pensée à d'autres réflexions, à d'autres possibilités quant à l'utilisation de cet outil et son impact sur la relation de confiance. Effectivement, s'il paraissait dans un premier temps difficile d'associer ces deux concepts, nous avons pu de fil en aiguille construire un raisonnement mettant en exergue plusieurs axes tels que les bienfaits qu'il peut engendrer, la place prépondérante qu'il occupe au sein de la relation soignant-soigné, son impact positif et négatif sur la confiance, ou encore la notion de pouvoir et d'asymétrie qu'il entretient. Nous avons pu montrer que le mensonge avait forcément un impact sur la relation, que ce n'était pas un acte anodin, mais les conséquences qui en découlent varient en fonction du contexte, du soignant et du patient. Nous avons également montré que certaines populations étaient plus vulnérables et plus susceptibles de ne pas avoir accès à la vérité. Nous pourrions alors élargir cette réflexion à l'ensemble des soins : qu'en est-il des inégalités entre patients ? Sommes-nous tous égaux face au soin ?

L'absence de jugement supposée essentielle est-elle réelle ? « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » (article R.4127-7 du code de la santé publique). Nous pouvons alors nous poser la question de la discrimination des patients dans le soin et de son impact sur la prise en charge de ces derniers.

7 Bibliographie

Sites :

https://esprit.presse.fr/article/ricoeur-paul/les-trois-niveaux-du-jugement-medical-10677?folder=1

https://la-philosophie.com/le-mensonge-chez-jankelevitch

http://penserliberte.fr/2017/08/08/le-mensonge-en-philosophie/

https://pharmanalyses.fr/qualite-du-systeme-de-sante-la-confiance-des-francais-est-a-la-baisse/

http://philo.pourtous.free.fr/Atelier/Textes/le_mensonge.htm

http://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/TerreEthique/Publications/RelationSoinEpreuveMensonge.pdf

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

https://www.persee.fr/doc/thlou_0080-2654_1984_num_15_3_2057

https://www.soignantenehpad.fr/blog/le-mensonge-dans-le-soin.html

Ouvrages :

Benaroyo, L., Lefeve, C., Mino, J.C., Worms, F. (2010). *La philosophie du soin*. Paris, éditions puf.

Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, puf

Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. (4è éd.). Paris, éditions Lamarre

Marzano, M. (2012). *Éloge de la confiance*. Paris, éditions Fayard.

Articles :

Bouchereau, X. (2014). *Mentir ? Ça va de soi !* Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2014-2-page-23.htm#

Brocq, H. (2008). *Ethique et annonce de diagnostic.* Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-6-page-65.htm

Cabié, M., Vasseur, A., *La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie.* Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-43.htm

De Charentenay, P. (2010). *La confiance et ses contraires* consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-4.htm

Delhaye, M., Lotstra, F. (2007). *Soignants... Soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant*. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-49.htm

Fainzang, S. (2006). *Secret et mensonge dans le discours médical*. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-cites-2006-2-page-27.htm

Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités*. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm

Geadah, R., (2012). *Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients.* Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-page-16.htm

Lardellier, P. (2014). Editorial. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2014-4-page-51.htm

Leon-Lopez, P. (2004). *Le mensonge*. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-psychanalyse-2004-1-page-31.htm

Marzano, M. (2012). *Qu'est-ce que la confiance* ? Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-rimhe-2012-1-page-83.htm

Nitschelm, E. (2015). *Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance*. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-4-page-47.htm

Perrin, C., (2016). *La fidélité, un devoir à revoir ?* Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2016-2-page-11.htm

Piveteau, D., (2009). *Soigner ou prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale.* Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-laennec-2009-2-page-19.htm

Ricoeur, P., (1996). Les trois niveaux de jugement. Consulté à l'adresse https://esprit.presse.fr/article/ricoeur-paul/les-trois-niveaux-du-jugement-medical-10677

Schehr, S. (2007). *Sociologie de la trahison.* Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2007-2-page-313.htm

Somme, L., (2005). *La vérité du mensonge*. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2005-HS-page-33.htm

Vidéos :

Délais d'attente, qualité des soins, nombre de médecins… Comment les Français jugent leur système de santé ? Consulté à l'adresse https://www.20minutes.fr/sante/2659795-20191125video-delais-attente-qualite-soins-nombre-medecins-comment-francais-jugent-systeme-sante

Marzano, M. La défiance gagne-t-elle notre société ? Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=WbGu1oLl0yY

Marzano, M. La confiance. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=Wth40_Rd5F8

Patients-soignants : vers une relation de confiance ? Consulté à l'adresse https://www.planetesante.ch/Magazine/Ethique-politique-et-droit/Relation-patientmedecin/Patients-soignants-vers-une-relation-de-confiance

Annexes

Table des annexes

Annexe I : Retranscription des entretiens I
Annexe II : Guide d'entretien XIII
Annexe III : Demandes d'autorisation d'entretien XIV

Annexe I : Retranscription des entretiens

Entretien 1 : Marion, infirmière aux urgences

Moi : Est-ce que tu peux te présenter s'il-te-plaît ?
Elle : Marion, infirmière aux urgences depuis 2015
Moi : Tu es diplômée depuis quand ?
Elle : Diplômée depuis 2014.
Moi : Et avant tu étais dans quel service du coup ?
Elle : En RPA, c'est la Résidence pour Personnes Âgées de l'hôpital, en gros la maison de retraite.
Moi : Est-ce que tu pourrais me raconter une situation où tu as été menée à ne pas dire la vérité au patient ? Sans forcément lui mentir mais soit ne pas dire quelque chose, soit...
Elle : Je suis pas trop à me rappeler des cas, des machins... Mais oui ça m'est déjà arrivé de mentir effectivement. Te dire exactement un cas précis, là, je t'avoue que tu me prends sur le truc, enfin je... Je note pas dans un cahier tout ce qu'il m'arrive, heureusement d'ailleurs mais oui ça m'est déjà arrivé, des fois tu vas voir quelqu'un qui est hyper angoissé à l'IAO qui est persuadé d'avoir de la tension et tu vois que ça lui... Que ça lui... comment t'expliquer ? Que c'est quelque chose qui la fait paniquer et qui pourrait potentiellement encore plus lui faire augmenter sa tension, c'est sûr que si elle arrive et qu'elle a 21 je vais mentir un peu (rire). Je vais lui dire euh... je vais lui dire oui là... ben je vais pas lui mentir sur le point mais je vais lui dire « oui votre tension elle est haute », mais je vais pas vous dire euh... ça sert à rien de vous dire ce que c'est parce que ça va plus la faire augmenter qu'autre chose donc voilà. Mais je leur dis pas volontairement. Même si eux attendent un chiffre je leur dis pas.
Moi : Ok. Et du coup est-ce que toi tu considères que ne pas dire la vérité, c'est différent de mentir ?
Elle : Oui, c'est pas un mensonge parce que je dis pas un faux chiffre mais euh... d'un autre côté j'ai pas envie d'avoir des conséquences derrière, même si c'est pas gravissime parce que elle est dans les urgences et que je lui ai donné des médicaments mais je me dis que c'est plus pour le côté psychologique si je lui dis qu'elle a 21 et qu'elle est déjà au bout du rouleau, là je pense qu'elle me... tu vois ? C'est plus dans ce sens-là. Après, oui j'ai dû certainement mentir... des fois où euh... je sais pas... Quand est-ce que j'aurais pu mentir ? Ça arrive forcément, c'est juste que... Après y a des personnes, ça dépend aussi des personnes, y a des personnes où ça fait

partie plus de la vie courante. Il y a des personnes, des amis à moi qui mentent souvent pour des broutilles et je pense qu'ils sont plus amenés... Moi je... Ça se voit de suite quand je mens donc j'essaie d'éviter parce que je deviens vite rouge, donc en général je le fais pas. Après oui, il y a forcément des cas où j'ai dû mentir. Là j'avoue que…

Moi : Et sinon quand tu mens à un patient ou que tu ne lui dis pas la vérité, est-ce que après tu te sens différente vis-à-vis de ce patient ou c'est pas grave ?

Elle : J'essaie de me rappeler surtout d'un cas comme ça au moins tu vois j'aurai au moins un cas précis, qu'est-ce que je peux avoir comme cas où je vais mentir à un patient ? Euh... Ça m'arrive souvent de mentir pour les personnes démentes. Très souvent.

Moi : En leur disant quoi par exemple ?

Elle : ben par exemple si sur une ou deux heures elle me demande toujours la même question de savoir si sa maman est là, je lui dis euh... Je finis par... ça m'est déjà arrivé de dire elle est au courant que vous êtes là ne vous inquiétez pas parce que en fait... J'ai vécu ça avec mon oncle et quand il demandait où elle était sa femme alors qu'elle était morte depuis des années et que à chaque fois tu lui disais « mais non enfin Nanou elle est plus là » et que et ben ça recommence à être malheureux comme si on venait de lui apprendre qu'elle était décédée alors que ça faisait déjà dix ans mais que bah en fait à la fin tu peux plus parce que tu te dis au final ça le rend malheureux alors que si tu lui dis elle est partie faire des courses dans cinq minutes il a oublié ben tu te rends compte que c'est beaucoup plus simple pour tout le monde et qu'il n'y a pas d'intérêt. Donc souvent dans les démences effectivement... Mais ça c'est de l'expérience que j'ai eu de par mon oncle que j'ai gardée jusqu'à la fin parce que il avait Alzheimer et que j'ai compris que ben en fait le mensonge ça m'aidait. Ça l'aidait lui, ça m'aidait moi, j'avais des situations où j'avais pas envie de lui annoncer le décès de ma tante.

Moi : oui du coup-là c'est plus par soucis... enfin pour lui ?

Elle : voilà, et c'est vrai que ici je le reproduis parce que comme ça marche bien avec mon oncle, ça m'est souvent arrivé de... alors au début tu tentes le truc tu dis bah si il demande des nouvelles de la maman alors que la mamie elle a 90 ans je leur dis « votre famille est au courant » mais quand ils insistent que ce soit vraiment la maman, le papa, un truc que je sais que voilà, j'ai pas envie de leur dire « non mais attend on est en 2020 t'as 97 ans, ta maman à mon avis elle est plus là » donc non je rentre pas dans le truc et je leur dis « oui oui il sont au courant ne vous inquiétez pas » comme ça ça passe à autre chose, des fois ça marche, des fois ils te reposent la question une heure après mais... en règle générale ça pallie un peu, ça t'évite une situation où

t'es un peu mal à l'aise, tu vois, où t'as pas envie de les rendre malheureux en sachant qu'il y a une pathologie derrière. Et je mens souvent euh... si je mens c'est pour les déments. Après les autres cas beh je t'avoue j'arrive pas à voir d'autres cas... Peut-être que j'en ai eu hein mais je... je ne m'en rendrais pas compte. C'est pas un truc que je... J'en ai pas mémoire en tout cas. J'en ai pas souvenir.

Moi : Ok. Du coup pour toi le mensonge n'est pas toujours... Enfin quand tu mens c'est dans l'intérêt du patient c'est pas par soucis de temps vis à vis des urgences ?

Elle : Si, si des fois, mais c'est pas un mensonge volontaire c'est que je me rends compte après que j'ai dit « le médecin arrive » et que deux heures après le médecin n'est toujours pas arrivé, ça je le dis tout le temps mais ce n'est pas volontaire. Mais oui des fois tu dois dire... Mais oui des fois on doit mentir mais c'est pas... en fait sans s'en rendre compte, on va dire... Oui effectivement, quand t'es dans une prise en charge où t'as je sais pas combien de dossiers, t'as les pompiers, t'as le machin, surtout que on est... enfin après ça dépend peut-être des personnes mais moi je suis très concentrée sur le diagnostic du patient où c'est que je vais l'installer, où c'est que machin, je pense que oui effectivement, quand on est dans un, dans une grosse affluence comme ça où on est très stressé et... Bah oui peut être que le patient va demander quelque chose et... Mais c'est même pas du mensonge ça a dû m'arriver 60 fois même plus de dire à un patient « j'arrive » et je viens pas... Parce que bah en fait je sais pas que je vais pas arriver mais c'est que j'ai oublié entre temps parce que j'avais trois trucs à faire et que après tu te rends compte au bout de trois heures « ah bah oui mais lui il m'a appelée tout à l'heure pour le pistolet je lui ai pas donné » bon entre temps y en a une autre qui est venue et qui lui a donné... C'est pas vraiment... pour moi c'est pas un mensonge, c'est juste qu'on a autre chose à gérer et que oui je pense que des fois on doit dire une info et que c'est pas la bonne mais c'est pas du tout volontaire. Un mensonge volontaire, vraiment, hormis les déments, je pense pas en faire, après peut être que je me trompe mais vraiment... c'est pas... non.

Moi : d'accord, c'est à peu près tout pour moi, merci à toi.

Entretien 2 : Julia, infirmière en néphrologie

Elle : oui bonjour !
Moi : bonjour, c'est Lindsay !
Elle : C'est Julia du coup
Moi : Enchantée ! Du coup est-ce que tu pourrais te présenter ? Me dire depuis quand tu as le diplôme, où tu as bossé etc… ?
Elle : ouais ! Ben du coup j'ai eu mon diplôme c'était en... alors que je me rappelle bien... juillet 2018 et puis du coup après j'ai postulé et tout et puis j'ai eu mon poste en néphrologie de nuit en septembre 2018.
Moi : Et du coup tu n'as fait que de la néphro depuis je suppose.
Elle : Et depuis j'étais là depuis... Bah oui depuis le début !
Moi : ok, du coup est-ce que tu pourrais me raconter une situation où tu as été menée à ne pas dire la vérité au patient ?
Elle : euh oui du coup c'était... bah nous effectivement la nuit on est seules, seule comme infirmière, il n'y a que mon aide-soignante avec moi et on n'a pas de médecin. Évidemment à 22 heures, 23 heures quand on passe, c'est là que les patients prennent le temps de poser toutes leurs questions quand il n'y a pas le médecin pour y répondre (rire). Donc on arrive dans la chambre d'un patient et il demande les résultats de l'examen qu'il a passé aujourd'hui, donc je me mets sur notre logiciel, je regarde et tout et puis je commence à lui dire « bah je sais pas si il y aura déjà les résultats » je vais regarder pour vous. Donc je regarde, je commence à lui lire et tout et puis je m'arrête parce que en fait c'est inscrit dans les résultats que visiblement ils avaient vu une masse suspecte et qu'ils pensaient que c'était une tumeur. Du coup évidemment c'est pas trop à moi de lui annoncer donc je me suis arrêtée et tout il m'a regardée je lui dis « oh mais vous savez, moi j'ai quand même du mal à interpréter les résultats, il faudra demander au médecin demain matin ! »
Moi : Ouais, t'as cherché un peu une issue de secours quoi !
Elle : oui bah oui parce que du coup c'est pas trop notre rôle de... d'annoncer tout ça !
Moi : Ok, et du coup tu as ressenti quoi face à ça ? Vis-à-vis du patient ou de toi même ?
Elle : euhhhh... voyons voir... Alors du coup au niveau du patient j'étais un petit peu stressée pour lui du coup parce que le pauvre c'est pas forcément une annonce qui allait être facile le lendemain pour lui avec les médecins et puis après par rapport à moi bah c'est sûr que j'étais

gênée mais bon ce n'était pas notre rôle de lui annoncer ça en fait. C'était vraiment au médecin de pouvoir lui dire pourquoi il avait vu ça et tout à l'examen, ce qu'il pouvait faire, comment ça allait se dérouler pour lui.
Moi : Oui et puis même légalement du coup vous n'avez pas forcément le droit...
Elle : oui, non, en plus, techniquement... Et puis même si il avait voulu voir un médecin à cette heure-ci, il n'y en aurait pas eu donc bon...
Moi : Et tu penses pas que le patient a clairement compris que tu lui cachais quelque chose ?
Elle : Non non je pense qu'il a même pas tilté en vrai ! Bah ils sont tous un peu âgés donc des fois on leur dit qu'on comprend pas forcément ils nous disent y a pas de soucis surtout quand on a l'air de petites jeunes ils se disent « ah bah elle est jeune elle comprend pas tout ! »
Moi : Et du coup d'après toi, quel impact a le mensonge ou le non-dit sur la relation soignant-soigné ? Parce que tu sais on nous dit... enfin une des premières choses que l'on apprend à l'IFSI c'est que c'est une relation basée sur la confiance et du coup est-ce que d'après toi on peut toujours parler de confiance sachant que nous de notre côté on peut être amené à ne pas dire la vérité ?
Elle : Bah après c'est sûr que c'est compliqué mais ça dépend à mon avis de ce qui est caché ou de ce qui est menti entre guillemets. Là par exemple, euh, enfin je sais pas trop mais je pense qu'il aurait pas pu trop nous en vouloir de pas avoir dit ce qu'il en était ou quoi donc après il aurait quand même pu garder la confiance mais c'est sûr que si c'est des choses comme euh... je pourrais même pas penser à un type de situation... Mais effectivement si on lui dit euh... Si on lui ment par exemple par rapport à un rendez-vous ou je sais pas trop mais effectivement si... quelque chose qui était pas forcément important et qu'on lui a pas dit ou quelque chose comme ça parfois oui il peut perdre un peu la confiance. Mais pas forcément que avec les infirmières ! Avec les médecins, avec tout le monde aussi hein !
Moi : oui, oui, avec l'ensemble du système de santé
Elle : oui, mais c'est sûr que après du coup si il a plus confiance la prise en charge sera plus compliquée parce que du coup il sera moins en clair à accepter ce qu'on va lui donner ou ce qu'on va lui faire, ou les examens ou les choses comme ça.
Moi : Et est-ce que dans ton service c'est une pratique... enfin... tu as eu d'autres cas comme ça où tu as été menée à mentir ou à ne pas dire la vérité ou c'est vraiment très rare ?
Elle : non, c'est très rare quand même mais c'est... en fait j'ai une autre situation mais bon ça c'est peut-être un petit peu plus euh... Disons que c'est bien si la patiente le savait pas puisque

du coup en fait c'est une patiente qui se plaignait tout le temps de douleurs mais... enfin après c'est sûr qu'elle devait avoir mal mais... De ce qu'on avait l'impression c'est que surtout elle réclamait des antalgiques assez forts et tout alors qu'il n'y en avait pas l'utilité. Donc effectivement un soir on passe, on lui donne son paracétamol comme d'habitude et après elle me dit « j'ai encore mal » mais elle avait un grand sourire hein donc elle devait avoir très mal... Du coup je me suis dit bah en plus j'ai rien d'autre de prescrit à part ça donc ben je peux rien faire de plus donc je suis allée dans la salle de soin, j'ai mis du sucre et de l'eau, je suis retournée dans la chambre et je lui ai dit « tenez, j'ai mélangé le médicament dans l'eau, buvez buvez et je reviendrai tout-à-l'heure pour voir si ça a été efficace ». Je suis revenue une demi-heure après elle m'a dit que c'était miraculeux, qu'elle n'avait plus mal, que c'était le meilleur truc qu'elle n'ait jamais pris.

Moi : Ah oui, bah du coup dans ce cas-là ça a été bénéfique quand même !

Elle : oui ! Voilà, du coup, tant qu'ils le savent pas tout se passe bien !

Moi : Oui c'est ça, après je réfléchis un peu tu sais sur… Bah par exemple même si ils ne le savent pas, est-ce que il n'y a pas des choses qui nous trahissent un peu dans la gestuelle et tout ça ?

Elle : bah après si ils sont dans le milieu soignant aussi et qu'ils savent comment on réagit peut-être qu'ils vont le voir mais si c'est des patients lambda à mon avis ils remarquent même pas que... enfin je pense... surtout des personnes qui font pas trop attention et tout, qui sont là mais... voilà

Moi : et du coup, d'après les situations que tu m'as racontées, pour toi le mensonge peut être bénéfique et pas forcément... enfin tu sais que l'on réprime beaucoup le mensonge socialement, c'est pas bien de mentir etc etc mais du coup est-ce que d'après toi, dans l'intérêt du patient, ça peut être au contraire plutôt gratifiant de mentir, gratifiant avec des guillemets ?

Elle : bah dans certaines situations ça peut leur éviter par exemple de paniquer pour des petits détails ou de stresser pour des choses comme... enfin oui pour des petits détails et du coup qu'ils se sentent mal alors qu'il n'y a pas forcément raisons, et du coup si on omet quelques petites infos où effectivement parfois ça peut être bénéfique je pense ! Après ça dépend des situations aussi, c'est sûr que si c'est des informations un peu graves ou importantes, oui là effectivement c'est compliqué mais...(grand blanc)

Moi : Bon ben je pense qu'on est pas trop mal !

Entretien 3 : Solène, infirmière libérale, ayant exercé en psychiatrie

Moi: Allo !

Elle : Coucou !

Moi : Du coup mon mémoire c'est sûr, enfin j'avais dû te le dire, le mensonge, le non-dit, la relation de confiance et tout ça tout ça

Elle : Ouais... tu ne m'en avais pas trop parlé parce que tu savais à peu près où tu voulais aller mais tu n'étais pas encore tout-à-fait sûre donc...

Moi : Ah, c'est possible !

Elle : Bon si maintenant tu es sûre !

Moi : oui oui, ça y est maintenant c'est fixé !

Elle : C'est qui ton maître de mémoire ?

Moi : C'est madame Gévaudan !

Elle : Ah, oui, oh ça va elle est cool !

Moi : Oui ! Du coup, est-ce que tu pourrais te présenter ? En quelle année tu as eu ton diplôme, et où tu as travaillé ?

Elle : ouais, alors euh... ça fait rien que du coup maintenant je sois infirmière libérale ?

Moi : Non non ne t'inquiètes pas !

Elle : D'accord, euhhh... alors il te faut mon nom, mon prénom, tout ça ?

Moi : non, juste quand tu as été diplômée et où tu as travaillé puisque de toute façon on doit enlever les noms et anonymiser.

Elle : voilà. Ben diplômée en juillet 2018 de l'IFSI d'Avignon, et j'ai toujours travaillé en psychiatrie, et depuis le premier Mars du coup, je suis infirmière libérale sur les communes de X et de Y.

Moi : Ok. Est-ce que tu aurais une situation à me raconter où tu as été menée, soit en psychiatrie, soit en libéral, à ne pas dire la vérité au patient, donc soit à lui mentir, soit juste omettre de dire une information ?

Elle : bah ça m'est arrivé plein de fois (rires), après en psychiatrie c'est monnaie courante quand le consentement du patient est nécessaire, qu'il est recherché mais qu'on n'arrive pas à l'obtenir, donc bon ben parfois pour désamorcer certaines situations on est obligé d'aller dans le sens du patient et d'omettre de dire des choses ou bien beh clairement de mentir hein ! Le temps que le point puisse être fait correctement pour le patient puis après ben voilà, si le patient est en

capacité ben on arrive à revenir dessus, à lui expliquer pourquoi à ce moment-là on lui a dit oui ou non ou on lui a menti et puis le patient il entend ou pas et puis quand c'est pas possible ben c'est pas possible. Et après en libéral ça m'arrive euh... ça m'arrive avec les personnes voilà qui ont la maladie d'Alzheimer, ou qui sont complètement désorientées ou voilà... qui s'imaginent... voilà des patients psy hein que tu as aussi à domicile. Là pareil, c'est des non-dits, tu essaies pour avoir une relation de confiance, tu essaies de travailler un peu... des fois pas de manière très orthodoxe quoi, parfois tu mens un peu, il y a des non-dits, donc ça m'est arrivé plein plein de fois.

Moi : Et tu vas leur dire quoi par exemple ? Enfin tu aurais un exemple concret à me dire ou pas ?

Elle : Oh j'en ai plein ma pauvre ! Mais euh pfff une situation là comme ça qui me vient... euh non après c'est… c'est… c'est pas dire quelque chose en particulier parce que bah c'est propre à chaque situation, mais c'est essayer de trouver quelque chose qui va rassurer à ce moment-là euh... et si c'est passé par le mensonge ben tant pis c'est passé par le mensonge et par le non-dit. Si ça te permet de poser le patient et d'être dans son... enfin... d'être dans le soin, de prendre soin à ce moment-là de lui et voilà et d'arriver à ce que tu veux alors que lui il est opposant ben voilà... ça s'adapte vraiment après à... euh comment t'expliquer ça ? Ça s'adapte vraiment à chaque situation quoi... Après le fond c'est avoir une relation de confiance. Après voilà des fois tu y arrives sans avoir besoin de mentir et sans avoir de non-dits et puis des fois tu n'y arrives pas et voilà ! Et comme j'ai été menée à ne pas du tout mentir au patient alors que peut-être il aurait fallu mettre les formes etc., parce que c'était important à ce moment-là que il sache que non, que la vérité c'était pas ça et voilà. Donc ça va un peu dans les deux sens et puis ça s'adapte vraiment à chaque situation. Après te dire quelque chose de concret, je pourrais pas te dire…

Moi : Ok, et du coup d'après toi, le mensonge a un impact sur cette relation de confiance ? Puisque par exemple après tu me disais que des fois tu leur expliquais pourquoi tu leur avais menti donc ils étaient au courant que tu leur avais menti, puisque je suppose qu'il y en a d'autres qui ne sont jamais au courant de toute leur vie que tu leur as menti, et du coup d'après toi quel impact ça a sur cette relation de confiance quand ils apprennent que tu leur as menti ?

Elle : Alors ça impacte de toute façon la relation de confiance puisque tu cherches à l'obtenir cette relation de confiance. Par le mensonge ou par la vérité mais t'essaies de, de, de, d'avoir cette relation de confiance, donc forcément ça a un impact. Après, moi personnellement, les patients à qui j'ai pu mentir... bah par exemple j'ai une patiente, tiens elle c'est un exemple

concret qui est assez facile, c'est une dame qui était entrée, qui était une grosse polytox sur le CH et elle c'était systématique à 14 heures il fallait qu'elle ait son si besoin parce qu'elle avait décrété qu'elle avait des angoisses. A 16 heures il fallait qu'elle ait son si besoin parce qu'elle avait décrété qu'elle avait des angoisses. Nous on avait aucun signe qui nous alarmait, elle n'exprimait rien, elle était assise sur un fauteuil tranquillement en train de bouquiner mais il suffisait pour elle qu'elle voie 14 heures ou 16 heures, ben pour elle, comme ça correspondait avant à ses prises de tox, voilà. Il lui fallait absolument son si besoin. Donc nous ça nous embêtait parce qu'elle était déjà ; elle avait déjà je ne sais combien de benzodiazépines, elle avait des neuroleptiques aussi pour essayer un petit peu d'enlever ses idées fixes, et on a été très embêté parce que c'est une patiente qui, à cause de ses si besoin était extrêmement sédatée à faire des chutes etc… mais elle ne l'entendait pas. Pour elle il fallait absolument ces prises de si besoin. Donc on en a discuté longuement avec le médecin psychiatre qui à l'époque était X, je sais pas si tu l'as connu toi Dr X ?

Moi : oui, c'était lui !

Elle : ouais, voilà ! On en a discuté longuement avec lui parce que lui le placebo c'était pas trop son truc et voilà on est arrivé avec nos arguments à lui dire que nous tous les jours ça nous embêtait de lui donner à 14 heures, à 16 heures, à 18 heures en systématique un si besoin qui n'avait pas lieu d'être parce que simplement ça correspondait à ses prises et puis des fois elle était en train de faire un truc et puis c'était le fait de voir l'heure et hop il fallait qu'elle aille prendre un si besoin mais elle était souriante ou alors elle était en train de rigoler ou voilà, il n'y avait aucun signe qui nécessitait de... voilà, c'était vraiment l'horaire qui faisait que… donc bah cette patiente, avec un travail de longue haleine avec Dr X, on a réussi à lui donner un placebo, et on a réussi à lui donner quasiment tout son traitement en placebo pendant plusieurs mois, tout le temps qu'elle est restée chez nous. Et en fait, dès qu'on lui donnait le placebo, on essayait d'avoir l'effet derrière, savoir ce que ça lui faisait. Ah bah c'était encore mieux que le médicament qu'elle prenait d'habitude, c'était top, machin etc. Et, un jour, cette patiente elle est sortie, donc il a bien fallu lui dire qu'on lui donnait des placebos parce que quand elle allait sortir en pharmacie ça allait être compliqué pour elle de demander des placebos et en l'occurrence, c'est moi qui lui ai... enfin... on avait une bonne relation de confiance et elle l'a pas mal pris mais bon voilà elle m'a dit « tu m'as menti mais alors... ben voilà c'était... je regrette pas parce que c'était pour moi, c'était pour mon bien et tu m'as bien eue » elle m'a dit. Voilà, elle m'a dit « tu m'as bien eue ». Et voilà, comme ça a été dans son intérêt à la patiente et

qu'après elle a été en capacité de le comprendre, pourquoi on a fait ça pour elle, au contraire ça n'a fait que renforcer la relation de confiance parce que... voilà, après on a pris des nouvelles, elle a pris des nouvelles, voilà, non, ça a été dans le positif ! Après, évidemment, il y a des patients qui... ben des patients persécutés je sais pas si tu as connu X ?

Moi : Non, ça me dit rien.

Elle : un patient en fauteuil roulant, lui était sous Actiskenan, Skenan. Bon ben lui si tu lui mentais pas c'était des morphiniques à n'en plus finir et nous on avait des horaires, on pouvait pas. Voilà, lui c'était des non-dits, c'était du mensonge parce que on ne savait pas faire autrement, on n'avait pas les médecins avec nous à cette époque-là pour dire non, stop, maintenant il faut arrêter tout ça et voilà, parce que il était sous morphinique mais y avait de gros gros effets indésirables pour lui, et ça, lui ne l'entendait pas. Donc on essayait à chaque fois de différer, et puis bah y a des moments où tu pouvais vraiment pas lui donner, ben de lui dire la vérité ça marchait pas donc tu biaisais avec un mensonge, avec un non-dit, avec... bon ben y avait des fois ça marchait et des fois où ça marchait pas parce que tellement persécuté que voilà. Ça c'est un patient qui certainement nous en a voulu à l'équipe de lui avoir menti à moment donné mais voilà, tu lui en reparles maintenant je suis sûre qu'il te tape sur l'épaule quoi. En tout cas en psychiatrie, malheureusement, il y a des fois où, pour obtenir le… alors... pas pour obtenir le consentement du patient forcément parce que des fois c'est sous la contrainte et c'est comme ça c'est et c'est pas autrement mais la relation de confiance, il y a des fois si tu veux l'avoir pour prendre soin du patient à ce moment-là ben ouais y a des non-dits et des... donc ouais forcément ça impacte sur la relation de confiance. Mais moi ça a impacté la plupart du temps en bien parce que après j'ai repris avec le patient, je suis pas restée sur le mensonge, et puis voilà c'est tout.

Moi : Oui, du coup ce que tu es en train de dire, c'est que même si tu mens au patient et même si il est au courant plus tard, à partir du moment où vous consentez ensemble que c'était bénéfique pour lui, alors la relation de confiance peut-être d'autant plus renforcée.

Elle : C'est ça, c'est ça, tout à fait. Pour un patient qui est en capacité de l'entendre ! Il y a des patients, jamais ils vont l'entendre. Jamais. Jamais. Parce que leur pathologie fait qu'ils ne l'entendront pas ou parce que leur personnalité, leur trait de caractère fait qu'ils ne l'entendront pas ou qu'ils le prendront pour une trahison, et ça je l'ai, franchement dans ma carrière, que ça soit en tant qu'aide-soignante ou en tant qu'infirmière, je l'ai rarement eu. Rarement. Ça a toujours été plus du remerciement derrière de dire beh « ouais à ce moment-là j'étais pas bien, il fallait ça pour moi, même si on m'a dit si ou là ». Après, ils le disent quand même les patients,

ils te le disent tu vois, ils te renvoient, ils se rappellent qu'il y a eu un mensonge ou qu'il y a eu un non-dit, mais ils mettent quand même plus en avant le fait que c'était pour leur bien et que c'était nécessaire à ce moment-là. Donc oui, moi je pense que ça impacte la relation de confiance, tout-à-fait, mais ça peut l'impacter en bien comme en mal.

Moi : Et toi, quand tu sais que tu es en train de ne pas dire la vérité au patient, est-ce que ça te fait quelque chose vis-à-vis de toi-même ou vis-à-vis du patient, est-ce que toi dans ta manière de dire, d'exprimer les choses tu vas modifier ton comportement ?

Elle : bah tu essaies de faire en sorte que le patient ne se rende compte de rien, t'essaies d'apporter l'assurance dont il a besoin à ce moment-là et de créer la relation qui fait que il va pouvoir avoir confiance en toi et en ce que tu lui dis, même si tu es en train de mentir. Après moi je pense que c'est indispensable quand les situations le permettent de reprendre après avec le patient : « voilà, hier y a eu ça, à ce moment-là j'ai été obligée de te dire ça parce que voilà... ». Voilà, après à l'inverse il y a eu des patients pour qui j'estimais que de mentir, ça ne servait à rien, parce que de toute façon la relation de confiance, ou soit on ne l'avait pas, ou soit c'est pas comme ça qu'on pouvait l'avoir ou qu'on devait la travailler sur des choses qui étaient relativement importantes, où j'ai dit la vérité, même si, euh, même si la relation de confiance on l'avait pas ou... voilà, là, ce qui était important à ce moment-là, c'était de dire la vérité au patient et pas de rechercher la relation de confiance. Mais ouais, t'essaies toujours de prendre des pincettes, d'aller... pas dans le sens du patient mais voilà, t'essaies de faire en sorte qu'il puisse avoir ta confiance et qu'il se dise « bon ben voilà, ils sont là pour moi, pas contre moi ». Après, il y a eu des fois où j'étais pas à l'aise de mentir, parce que tu sais que tu mens et c'est pas top, après moi ce qui me rattrape toujours c'est que c'est pour eux, pour prendre soin du patient et c'est dans son intérêt quoi. Donc si, à un moment donné tu es obligée de mentir... après voilà, y a mentir et mentir, je veux dire, moi j'ai jamais menti sur des trucs qui étaient euh démesurés quoi hein, c'est si... voilà, si à un moment donné tu recherches un consentement aux soins que tu n'as pas forcément, et que tu as besoin d'avoir parce que sinon tu sais très bien que ça va dégénérer et que... Moi personnellement, pour des histoires de clope ou des trucs comme ça, j'ai pas envie de finir par injecter le patient parce que parce que il a eu une clope en trop, parce que... Parce que ça je l'ai vu ! A dire « j'veux une clope », « non, t'as déjà eu tes trois » et à faire monter le patient et à ce qu'il finisse entravé et injecté, moi c'est pas ma manière de fonctionner. Après, je peux le faire un jour, et tu peux ne pas le faire le lendemain, parce que voilà, expliquer aussi que non, hier c'est parce qu'il était vraiment très mal, et que voilà. Après voilà, moi je

pense que pour désamorcer certaines situations et arriver à apaiser le patient, je pense que ouais, effectivement, t'es obligé de mentir. Après le contexte est particulier, c'est de la psychiatrie.

Moi : Et du coup j'ai une question qui me vient : est-ce que une fois que tu as menti au patient, et que du coup tu fais un débrief avec lui après, est-ce que tu peux reproduire la situation, et par exemple, rementir une semaine plus tard, ou un mois plus tard, et à nouveau re-débriefer, et ainsi de suite, ou une fois que tu l'as fait une fois, tu penses que c'est fini et maintenant il faut rester... euh... précis, clair, et toujours dire la vérité ?

Elle : Ça dépend des situations. Parce que, malheureusement en psychiatrie, moi là où je vais avoir recours au mensonge et au non-dit c'est surtout chez des patients psychotiques, tu vois, qui ont vraiment cette perte de contact avec la réalité. Après quand tu as un patient, comme par exemple aux X, qui est là la plupart du temps pour du social, qui n'est pas dans la réalité des choses parce qu'il ne veut pas être dans la réalité des choses, pas parce qu'il ne peut pas mais parce qu'il ne veut pas et que c'est un patient névrosé comme toi et moi qui a simplement un trait de caractère ou une personnalité différente, là j'utilise beaucoup moins le mensonge, parce que voilà, j'estime que là c'est important qu'ils soient en capacité eux-mêmes de prendre en compte ce qu'on leur dit, et de se prendre en charge eux, et d'être acteurs dans leur prise en soin. Un patient psychotique c'est beaucoup plus délicat, donc sur une prise en charge, tu peux être amenée selon l'état du patient à euh... Un patient qui est décompensé, si il faut je vais pas lui mentir pendant trois semaines et puis dans trois semaines je suis obligée de lui mentir parce que son état fait que à ce moment-là il n'entend pas, il ne comprend pas, et voilà... Donc non, non, je peux le reproduire, non il n'y a pas de... Non, je peux le reproduire.

Moi : Bon, ben je crois que j'ai eu à peu près toutes les infos que je voulais !

Elle : après si jamais t'as d'autres questions, ou des choses que tu as besoin d'éclaircir tu me dis !

Moi : Oui, c'est gentil !

Elle : N'hésite pas !

Annexe II : Guide d'entretien

Pouvez-vous vous présenter ? (service, ancienneté dans le service, année de diplôme..)

Pouvez-vous me raconter une situation face à laquelle vous n'avez pas pu dire la vérité au patient ?

Qu'avez-vous ressenti face à cela ?

Annexe III : Demandes d'autorisation d'entretien

GIPES
Groupement d'Intérêt Public des Établissements de Santé d'Avignon & du Pays de Vaucluse

RÉGION SUD PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Fayolle Lindsay

Étudiante en soins infirmiers

Adresse : 6 rue Paul Cézanne,
34120, Pézenas

Téléphone :0769986915
Mail : lindsay.fayolle@laposte.net

à Madame [redacted]

Avignon, le 27/02/2020

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens aux urgences du Centre Hospitalier de [redacted] auprès d'infirmières diplômées d'état dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est l'impact du mensonge dans la relation soignant-soigné.

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

→ Pouvez-vous vous présenter ? (service, ancienneté dans le service, année de diplôme..)

→ Pouvez-vous me raconter une situation face à laquelle vous n'avez pas pu dire la vérité au patient ?

→ Qu'avez-vous ressenti face à cela ?

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

Lindsay Fayolle

GIPES
Groupement d'Intérêt Public des Établissements de Santé d'Avignon & du Pays de Vaucluse

RÉGION SUD PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Fayolle Lindsay

Étudiante en soins infirmiers

Adresse : 6 rue Paul Cézanne,
34120, Pézenas

Téléphone :0769986915
Mail : lindsay.fayolle@laposte.net

à Madame [redacted]

Avignon, le 27/02/2020

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans un service du Centre Hospitalier psychiatrique de [redacted] auprès d'infirmières diplômées d'état dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est l'impact du mensonge dans la relation soignant-soigné.

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

→ Pouvez-vous vous présenter ? (service, ancienneté dans le service, année de diplôme..)

→ Pouvez-vous me raconter une situation face à laquelle vous n'avez pas pu dire la vérité au patient ?

→ Qu'avez-vous ressenti face à cela ?

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

Lindsay Fayolle

GIPES
Groupement d'Intérêt Public des Établissements de Santé d'Avignon & du Pays de Vaucluse

RÉGION SUD PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Fayolle Lindsay

Étudiante en soins infirmiers

Adresse : 6 rue Paul Cézanne,
34120, Pézenas

Téléphone :0769986915
Mail : lindsay.fayolle@laposte.net

à Madame [redacted]

Avignon, le 27/02/2020

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au Centre Hospitalier de [redacted] dans le service de néphrologie auprès d'infirmières diplômées d'état dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est l'impact du mensonge dans la relation soignant-soigné.

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

→ Pouvez-vous vous présenter ? (service, ancienneté dans le service, année de diplôme..)

→ Pouvez-vous me raconter une situation face à laquelle vous n'avez pas pu dire la vérité au patient ?

→ Qu'avez-vous ressenti face à cela ?

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

Lindsay Fayolle

Lindsay FAYOLLE

La relation soignant-soigné à l'épreuve du mensonge

Quand la relation soignant-soigné se heurte au mensonge. Après avoir vécu à plusieurs reprises des situations similaires lors de mes stages, j'ai voulu apporter un éclairage sur l'utilisation du mensonge par le personnel soignant, sur sa légitimité et son intérêt. Mon mémoire est basé sur un cadre de référence dans lequel nous avons pu distinguer plusieurs concepts tels que le mensonge, le non-dit, la relation d'aide, la relation de confiance, la méfiance ou la trahison. Au terme de mes recherches, j'ai cherché à savoir en quoi le mensonge impactait la confiance dans la relation soignant-soigné dans la réalité du terrain en interviewant plusieurs infirmières. Contrairement à ce que je pensais, les équipes soignantes ont fréquemment recours au mensonge, qui fait désormais parte intégrante des pratiques soignantes. Mais alors, comment établir et entretenir une relation de confiance malgré les mensonges, les non-dits, ou encore la rétention d'information ? La rétention de la vérité pourrait mettre un frein à cette confiance. Tout au long de ce mémoire, j'ai approfondi une réflexion sur la légitimité de ces pratiques, en montrant leurs avantages possibles mais aussi leurs limites ; en effet, leur découverte peut mener à un sentiment de trahison et de la méfiance de la part des patients...

Mots-clés : mensonge, non-dit, relation soignant-soigné, confiance, asymétrie.
Nombre de mots : 205

The relationship between the carer and the patient put to the test when confronted with lie

When the relationship between the carer and the patient is faced with lie. After having experienced something frequently during my work placements, I wanted to shed light on the use of lie by medical staff, on its legitimacy and on its benefit. My dissertation is based around a reference framework in which we could distinguish several concepts such as lie, the unspoken, aid relationship, trusting relationship, mistrust or treason. At the end of my research I tried, by interviewing several nurses, to find out how lie, in the reality on the ground, had an impact on trust within the relationship between the carer and the patient. Contrary to what I thought, nursing staff frequently use lie, which is now part of the healing practices. How then is it possible to establish and maintain a trust relationship despite lies, unspoken, or else the withholding of information? Withholding truth could put a stop to this trust. Throughout this dissertation I have deepened a reflection on the legitimacy of these practices, showing not only their possible benefits but also their limits; their discovery can indeed lead to a sense of betrayal and mistrust from patients...

Keywords: lie, unspoken, relationship between the carer and the patient, trust, asymmetry
Number of words: 192