

Note aux lecteurs

Il s'agit d'un travail personnel réalisé à l'institut de formation en soins infirmier de la Croix-Rouge de Moulins, dans le cadre du mémoire de fin d'étude infirmier. Ce travail ne peut faire l'objet de reproduction en tout ou partie sans l'accord de son auteure et de l'institut de formation en soins infirmier de Moulins.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma guidante de mémoire, Mme Faure, pour sa disponibilité et ses conseils qui m'ont permis de faire évoluer ma réflexion et mon questionnement.

Je remercie aussi les infirmiers/infirmières et étudiantes infirmières qui m'ont consacrées du temps pour répondre à mes questions.

Je remercie mes camarades de promotion (Elodie, Noémie, Alexia, Andréa et Annie) qui ont été un vrai soutien durant ces trois années d'études. Souvent, les fous rires ont pris la place des larmes.

Je remercie l'écoute de Mme Bodnar lors de mon premier stage de première année, elle a su trouver les mots pour me donner la confiance en moi qui m'a permis de garder mes valeurs professionnelles en mémoire. Je remercie aussi M. Bacholier qui a pris de son temps pour m'écouter quand la formation devenait difficile. Je remercie aussi Karen pour son aide dans ma recherche documentaire, elle m'a été d'une aide précieuse.

Bien évidemment, je remercie du plus profond de mon âme ma mère (à qui ce mémoire est dédié), mon beau père, mon frère et mes grands-parents pour m'avoir appris l'importance de faire des études pour pouvoir réaliser ses rêves. C'est grâce à cette force d'esprit que j'ai pu continuer malgré les difficultés rencontrées. Aussi, quand je pense à ma famille, je pense à mon copain, Mickaël. Sans lui, je n'aurais sûrement pas pu réaliser tout ce parcours, notamment ce merveilleux stage au Sénégal. Me pacser avec lui a été la plus belle des décisions que j'ai pu prendre. Il a toujours été là dans les bons moments mais aussi dans les mauvais. Je ne le remercierai jamais assez de son soutien immense.

Je remercie Abdoulaye Traoré, mon tuteur de stage lors de mon stage effectué au Sénégal. Sa vision du soin m'a appris beaucoup sur ma propre vision du soin. Je remercie aussi les associations Terangaa France et Terangaa Sénégal, ainsi que Mme Dollet qui ont permis la réalisation de ce merveilleux stage.

Je remercie aussi ma conseillère de mission locale, Mme Coutaudier, qui a su m'écouter et m'aider lorsque j'en avais besoin.

Enfin, je vous remercie vous, de prendre le temps de lire mon travail.

"Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde"

« Le petit prince » d'Antoine de Saint-Exupéry

Dédié à ma maman qui a toujours été là pour moi, dans mon cœur et dans mon esprit.

Dédié aussi à Vincent, notre petit prince de promotion parti trop tôt.

SOMMAIRE

1	Introduction.....	1
2	Situation de départ.....	2
2.1	Description.....	2
2.2	Analyse.....	3
2.3	Questionnement	4
3	Phase contextuelle	5
3.1	La profession d’infirmière	5
3.2	Le cadre législatif relatif au consentement du patient	6
4	Phase conceptuelle	7
4.1	L’accompagnement.....	7
4.1.1	L’autonomie	10
4.1.2	La responsabilité du patient	12
4.2	La négociation	13
4.2.1	La communication verbale	14
4.2.2	La communication non verbale.....	15
4.2.3	La relation de confiance entre le soignant et le soigné	17
5	Phase exploratoire.....	19
5.1	Cadre de l’enquête.....	19
5.2	Analyse des entretiens	21
5.2.1	Le consentement	21
5.2.2	L’autonomie	22
5.2.3	La responsabilité.....	23
5.2.4	La négociation.....	24
5.2.5	La communication verbale	25
5.2.6	La communication non verbale.....	25

5.2.7	La relation de confiance.....	26
6	De la problématique Générale à la question de recherche.....	27
6.1	Problématique générale.....	27
6.2	Question de recherche	29
7	Conclusion	29

Bibliographie

Annexes

1 Introduction

Dans le cadre des études d'infirmières, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'étude. Ce travail peut paraître fastidieux puisqu'on y consacre toute une année à faire des recherches, les retranscrire, se les appropriées... Souvent, on fait participer sa propre famille. Ce travail devient notre sujet de conversation favori. Et pourtant, quel merveilleux travail. J'ai appris, au fil de ce travail, à m'approprié mon mémoire. Il m'a apporté une vision plus globale du métier d'infirmier. Il m'a permis de me remettre en question sur ma propre vision de mon futur métier et de l'aimer à nouveau, ou en tout cas d'une autre manière.

Aussi, j'ai choisi pour thème de mon mémoire de fin d'étude, le consentement des patients dans leurs soins. Pour simplifier mon travail et pour recentrer le sujet, j'ai choisi de prendre en compte que les personnes qui n'ont pas de troubles cognitifs pouvant interférer sur leur consentement ou qui n'ont pas de soins sous contraintes. Ce sujet m'ai venu naturellement. Il est pour moi l'essence même de notre métier d'infirmière. C'est ce qui permet au patient de retrouver sa place d'Homme, de garder sa place de corps sujet et de ne pas devenir corps objet. Le consentement est, à mon sens, ce qui rend les personnes actrices de leur prise en charge. De plus, une fois le diplôme d'état en poche, j'aimerais travailler en gériatrie, l'un des endroits où le consentement est parfois oublié. Il m'est donc primordial de réajuster ma pratique professionnelle avant d'avoir le diplôme, pour éviter des comportements de ma part, que je n'accepte pas chez d'autres soignants.

Pour mener à bien ce travail, je vous ai d'abord exposé la situation qui est à l'origine de mon questionnement. Cela me paraît important de se questionner sur les pratiques que l'on peut voir ou faire. Ensuite, j'ai travaillé sur une partie conceptuelle reprenant deux grands concepts : l'accompagnement et la négociation. Chaque concept prend en compte plusieurs sous concepts. Dans l'accompagnement, nous verrons l'autonomie et la responsabilité du patient. Dans la négociation, nous verrons la communication verbale, la communication non verbale et la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Après ce travail, j'ai interrogé des infirmiers pour m'aider à faire évoluer mes représentations sur le consentement des patients. Et enfin, j'ai analysé ces entretiens en reprenant chaque concept, afin de vérifier la concordance entre les dires et les recherches théoriques faites précédemment. De ces analyses, de nouvelles questions me sont venues à l'esprit. Cela m'a permis d'en dégager une question de recherche.

2 Situation de départ

2.1 Description

La situation que je vais vous décrire s'est déroulée lors de mon premier stage de première année. J'étais en stage dans un service de soins de suite et réadaptation. C'était mon premier stage en tant qu'étudiante infirmière. Bien que j'aie eu une expérience précédente d'auxiliaire de vie à domicile et en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), je n'avais pas encore affirmé ma posture professionnelle. Je savais que j'avais des connaissances et des savoir-faire, notamment dans le domaine infirmier, mais un manque de confiance en moi ne me permettait pas de mettre en œuvre ces savoirs. Ce qui en conséquence me bloquait pour affirmer ma posture professionnelle, qui commençait doucement à naître grâce aux apprentissages de l'école et de mes expériences professionnelles. La situation suivante s'est donc produite. En réalité, elle s'est passée en deux étapes. Tout à bord, la première situation a été lors du tour de prise des paramètres vitaux et de l'administration des médicaments le matin. Il était 7h30, nous faisions le tour du service avec l'infirmière pour administrer les médicaments. N'étant pas encore à un stade de formation assez avancé pour pouvoir moi-même donner aux patients leur traitement, l'infirmière m'a confié la mission de prendre les paramètres vitaux de chaque personne. Je devais donc prendre la tension artérielle, le pouls, la saturation et la température des patients. Ayant au préalable appris en cours de législation l'importance et l'obligation de demander à chaque patient son consentement avant tout soins, j'ai tout naturellement demandé à une dame son consentement avant de lui prendre ses paramètres vitaux, chose que je faisais à chaque patient. Or, là ma référente m'avait écouté, elle m'a donc dit-« il ne faut pas demander le consentement aux patients ». Surprise mais ne comprenant pas la raison de ces paroles, je suis resté sans voix, sans savoir quoi dire. Pour moi, il était important de suivre les lois, surtout lorsqu'il s'agit de santé. Pour moi, la dame ne présentait pas de contre-indication pour qu'on puisse lui demander son consentement. Elle n'avait pas de trouble psychiatrique qui obligeait sa prise en soin. Ma référente a continué la distribution des médicaments et prenant du retard pour prendre les paramètres vitaux, je n'ai pas eu l'occasion de lui redemander la raison de ces paroles. Au fil du temps et continuant de demander le consentement aux patients, je pensais que ces paroles étaient de l'histoire ancienne. Cependant, quelques jours après cet événement, j'ai été encadré par une autre infirmière. Celle-ci m'ayant déjà encadré sur la prise d'une glycémie capillaire et sachant que je maîtrisais ce soin, elle m'a confié la responsabilité d'aller prendre la glycémie capillaire à une dame diabétique. Il était important de le faire avant le repas du midi. Cette dame se situait dans le couloir du service, assise sur une chaise

vers le bureau infirmier. En effet, cette dame s'installait souvent à cet endroit avec un magazine où elle faisait des mots croisés, afin d'éviter de rester dans sa chambre où elle était isolée des personnes. Je me suis donc approché d'elle avec le matériel pour réaliser la glycémie capillaire. J'avais pris l'habitude de réaliser ce soin auprès d'elle car je le faisais avant chaque repas. Je lui ai pour autant demandé son consentement. La patiente a tout de suite acquiescé. Cependant, une aide-soignante passait dans le couloir au même moment et m'a dit « il ne faut pas demander le consentement aux patients ». Etant interloqué par cette affirmation, je lui ai demandé la raison. A cela, elle m'a répondu que « *les patients risquaient de refuser les soins si on leur demandait leur consentement* ». Continuant à me questionner, je lui ai dit que nous avions vu en cours de législation le décret infirmier où il est stipulé que nous devons demander le consentement libre et éclairé du patient avant chaque soin. Mais l'aide-soignante ne m'a pas répondu puisqu'elle a continué de marcher dans le couloir afin d'aller aider sa collègue aide-soignante. Après ces deux épisodes, j'ai continué de demander le consentement aux patients avant chaque soin, cependant, je veillais à ne pas le faire devant ces soignantes.

2.2 Analyse

Tout d'abord, la situation s'est déroulée lors de mon premier stage de première année. Je n'avais pas encore à ce moment-là affirmé ma posture professionnelle. Je n'arrivais donc pas à me positionner en tant que professionnelle de santé et à affirmer mes valeurs correspondantes aux règles d'éthique infirmière, ainsi qu'aux lois qui entourent notre métier. J'étais en colère contre ces soignantes. Elles venaient en quelques mots bafouer à mes yeux les valeurs que je pensais primordiales pour un soin de qualité. Mais je n'arrivais pas à leur expliquer mon point de vue. Je ne voulais pas me mettre à dos cette infirmière qui était par ailleurs ma tutrice de stage et cette aide-soignante. Si je devais revivre cette situation, me serais-je opposé à leur paroles ?

Aussi, j'ai continué de demander le consentement aux soins aux patients, même si je ne pouvais pas le faire devant les soignantes, car pour moi il est important de respecter la loi, notamment la loi qui régit notre profession d'infirmière. Cette loi permet d'éviter les déviations des soignants. Il est important de respecter des lois dans un métier où on a accès au corps et à la santé d'autrui. Aussi, dans le cadre de la loi concernant le consentement de la personne pour ses soins, j'explique cette loi par le fait de rendre actrice la personne soignée. De ne pas la rendre corps objet mais corps sujet pour les soins. En effet, dans le principe d'autonomie, qui désigne la capacité d'un objet, d'un individu ou d'un système à se gouverner soi-même, selon ses propres

règles, il est important de laisser la personne choisir pour elle-même et par elle-même. Ne pas rendre vulnérable la personne en pensant faire ce qui est le mieux pour elle. Mais ce que nous conseillons aux personnes, est-ce que les personnes ont besoin ? Devons-nous laisser les patients totalement maîtres de leur choix en matière de santé alors que nous [les soignants] avons fait des études là-dessus ?

Je me pose aussi la question sur la raison de cette phrase prononcée à la fois par l'infirmière mais aussi par l'aide-soignante « *il ne faut pas demander le consentement aux patients* ». Pourquoi ces soignantes m'ont dit cela ? J'ai plusieurs suppositions. Peut-être qu'elles avaient peur du refus de soin et de se retrouver vulnérables face à ce refus, de perdre leur position de soignante. Bien que pour moi, la position de soignante n'est pas engagée par le refus de soin. Un patient qui dit « *non* » à un soin peut s'expliquer de différente manière, mais il n'est pas contre le soignant. Peut-être que ces soignantes prennent le refus personnellement car elles sont très impliquées dans les soins qu'elles prodiguent ? Aussi, peut-être qu'elles ne connaissent pas les droits des patients et les différentes chartes des patients hospitalisés. Ou encore, peut-être qu'elles agissent par routine et ne se pose plus la question de savoir si le patient accepte ou non un soin. Elles le banalisent sans se soucier de l'avis du patient. En effet, j'ai déjà écouté dans certains stage la phrase « *si le patient est hospitalisé, c'est qu'il est là pour ce soigné, donc il doit accepter les soins qu'on lui apporte* ». Cependant, cela rend le patient corps objet, on le rend vulnérable et on lui ôte son autonomie. Et pour moi, un soin qui peut être banalisé, comme la glycémie capillaire, peut être l'objet d'un refus qui peut s'expliquer facilement (soin très fréquent, douleur associée au soin, pas envie du patient car pas le bon moment,..).

2.3 Questionnement

Après cette analyse, je me rends compte que pour moi, rendre acteur de sa santé le patient est un acte essentiel au soin. Lors de mon stage au Sénégal, le chef de poste où j'ai effectué mon stage m'a dit « fais de chaque patient ton ami et tu obtiendras de lui ce que tu veux ». A cela, j'ai compris qu'il fallait obtenir la confiance de chaque patient pour ensuite obtenir le consentement aux soins. Pour cela, il faut négocier, être empathique et comprendre et accepter les raisons de chaque personne pour qu'à leur tour, les patients aussi écoutent nos conseils. Rendre acteur un patient dans la prise en charge de sa santé, c'est aussi pour moi l'accompagner dans sa prise de décision. Je me questionne donc sur l'importance de recueillir le consentement des patients. Est-il

tout le temps nécessaire ? Quel rôle avons-nous dans la prise de décision du patient concernant sa santé ?

Pour donner suite à l'analyse que j'ai fait de la situation de départ, ma question de départ est la suivante : pourquoi le consentement a une réelle place dans la prise en soins ?

3 Phase contextuelle

3.1 La profession d'infirmière

L'ONISEP nous annonce que le rôle de l'infirmière est de « *dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative pour promouvoir, maintenir et restaurer la santé des patients* ». ¹ L'infirmière doit donc analyser l'état de santé de son patient pour adapter sa prise en charge. Elle doit pouvoir anticiper les soins et les conséquences de chaque acte et les évolutions possible de l'état de santé de ses patients pour avoir un accompagnement de qualité auprès des personnes soignées.

L'article L 4311-1 du code de la santé publique nous informe qu'« *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* ». ² A cela, nous pouvons comprendre que l'infirmière travail sous un rôle prescrit, donc elle travail selon les prescriptions médicales et les protocoles établis en amont par les médecins. Cependant, l'infirmière a aussi un rôle propre (Article R. 4311-3 du décret infirmier). Les actes de l'infirmière sont régis par le décret de compétences de la profession infirmière datant du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Lors de son exercice professionnel, l'infirmière doit faire preuve de nombreuses qualités tels que l'empathie (ce qui demande des capacités de compréhension et de respect de la personne soignée et de sa famille), l'écoute (contact relationnel avec le patient et ses proches pour répondre à leurs besoins), ainsi que la patience (prendre son temps dans l'accompagnement en allant au rythme de la personne soignée car chaque personne avance à son rythme personnel).

¹ ONISEP. 2017. *L'infirmier/ère*. Consulté le 15/02/2019. <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/infirmier-infirmiere>

² LEGIFRANCE. 2012. *Code de la santé publique* [en ligne]. Consultée le 15/03/2019.

Aussi, l'infirmière doit collaborer avec des nombreux autres professionnels de la santé, notamment les médecins et les aides-soignantes. Mais aussi avec du personnel hors médical, comme les assistants de services sociaux.

A travers la situation que j'ai vécue et au cours des stages que j'ai pu effectuer lors de la formation d'infirmière, j'ai pu rencontrer de nombreuses infirmières. Toutes étaient différentes, chacune d'entre elle avait ses propres qualités, sa propre vision du soin, sa propre sensibilité, sa propre empathie.... Au final, une infirmière c'est une personne unique sous une blouse blanche, et avec beaucoup de connaissances médicales, réuni avec d'autres professionnels de santé dans un même but : le bien-être du patient. Pour cela, les infirmières doivent respecter des lois. Dans le cadre de ce mémoire, ce sont surtout les réglementations concernant le consentement du patient qui nous intéresses.

3.2 Le cadre législatif relatif au consentement du patient

Plusieurs textes évoquent le principe de consentement des patients, les voici :

- Selon le code de la déontologie médicale, *“le médecin doit à la personne qu’il examine, qu’il soigne ou qu’il conseille, une information loyale, claire et appropriés sur son état, les investigations et les soins qu’il lui impose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension”* (article 35). Aussi, il est stipule que *“le consentement de la personne examinée ou soignée doit être à rechercher dans tous les cas”*³ (article 36).
- Le code civil nous indique qu’ *“il ne peut être porté atteinte à l’intégrité du corps humain qu’en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l’intéressé doit être recueilli préalablement, or le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n’est pas à même de consentir”*⁴ (article 16-3 et 16-1).
- Aussi, les droits des patients sont notifiés dans la charte du patient hospitalisé, titre IV. Cette charte nous informe qu’ *“aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, or le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n’est pas à même de consentir”*⁵. Cette charte doit être donné au patient, dans le livret d'accueil, à chaque hospitalisation. Elle doit être aussi affiché dans les lieux de passages des

³ LANDRU Sylvie. 2013. *Législation, éthique, déontologie*. France. Vuibert.

⁴ Ibid

⁵ Ibid

établissements hospitaliers, comme dans le hall de l'hôpital, les salles d'attentes et les couloirs des services. Ces affichages doivent permettre à tous les usagers de l'hôpital, de connaître leurs différents droits dans la prise en charge de leur santé⁶.

Dans la situation de départ, les deux personnes pour qui on m'a reproché de demander le consentement étaient deux personnes adultes, cohérentes et sans protections juridique (sauvegarde de justice, curatelle et tutelle). Il est donc normal, si on respecte la loi, de demander le consentement à ces patientes. Peut-être qu'elle l'avait donné au préalable aux professionnels de santé qui m'ont reproché de le demander, mais comme le consentement peut être révoqué à tout moment, il est nécessaire de le demander avant chaque acte que l'on effectue auprès de la personne soignée.

En outre, il me semble important de s'intéresser à l'accompagnement des patients car comme nous allons le voir, un accompagnement de qualité aura une incidence sur le consentement de la personne soignée.

4 Phase conceptuelle

4.1 L'accompagnement

Le premier concept qui me paraît important de traiter, c'est l'accompagnement. En effet, cette notion est primordiale dans la prise en charge d'un patient. Depuis le début de la formation infirmière, les formateurs nous parlent de l'accompagnement en nous disant que c'est une notion essentielle. Moi-même, dans les représentations que j'avais et que j'ai toujours du métier d'infirmière et du concept d'accompagnement, je place une grande importance à ce dernier. Je vais tenter d'expliquer ce terme, afin de comprendre son importance.

Le livre des « *concepts en sciences infirmières* », de Christine Paillard (docteure en sciences du langage, diplômée en ingénierie pédagogique, titulaire d'une licence en information et en communication et ingénieur documentaire), nous informe que le mot accompagnement tient son origine de plusieurs étymologies. Tout d'abord, « *ac* » signifie le rapprochement. Ensuite, le reste du mot donne étymologiquement « *compagnon* » (« *cum* » signifie « avec » et « *panis* »

⁶ FRANCE ASSOS SANTE. 2019. *Charte de la personne hospitalisée : les droits du patient* [en ligne]. Consultée le 15/03/2019. <https://www.france-assos-sante.org/66-millions-dimpatients/patients-vous-avez-des-droits/charte-de-la-personne-hospitalisee/>.

signifie pain). Ce qui donne littéralement « *qui mange son pain avec* ». ⁷ Nous voyant donc cette notion de partage et de rapprochement que le mot accompagnement inspire.

D'après le dictionnaire du petit Robert, accompagner c'est « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guide, mené* ». ⁸ Ce même dictionnaire précise sa pensée par un exemple pertinent du point de vue infirmier : « *accompagner un malade, l'entourer, le soutenir moralement et physiquement à la fin de sa vie* ». ⁹ Bien entendu, dans la situation de départ, il ne s'agit pas d'une personne en fin de vie. Cependant, si nous reprenons la définition initiale du mot accompagnement, nous pouvons relever les termes de « *se joindre à quelqu'un* », « *guider* ». Nous pouvons aisément dire qu'accompagner une personne, c'est l'aider à avancer dans son parcours, c'est lui donner les clefs nécessaires pour avancer et prendre les décisions adaptées et propres à son histoire de vie.

Dans le cadre du milieu médical et notamment du métier d'infirmier, l'un de nos rôles propres est d'accompagner le patient. Les compétences infirmières ont pour rôle de nous aider à réaliser un accompagnement de qualité dans la prise en charge du patient. Par exemple, la compétence 5 (initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs) ¹⁰ évoque la prévention que l'infirmière doit être capable de réaliser. C'est un accompagnement puisque cela revient à le guider dans un parcours de soin au plus adapté à la personne. Aussi, l'un des items de la compétence 6 (communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins) est « informer une personne sur les soins en recherchant son consentement ». Cela nous montre donc qu'il faut rechercher le consentement de la personne soignée avant tous soins réalisés auprès d'elle, en l'informant avant de l'acte que l'on va faire et son but. Cette notion de consentement se réfère à l'accompagnement. Effectivement, selon Verspieren (aumônier et directeur du centre Laennec et de la revue Laennec) ¹¹ « accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas » ¹². Nous nous accordons

⁷ PAILLARD Christine. 2018. « *Dictionnaire des concepts en science infirmières* ». 4ème édition. Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 3-4.

⁸ Ibid

⁹ Ibid

¹⁰ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. 2009. *Diplôme d'état d'infirmier, référentiel de compétence* [en ligne]. Consultée le 15/03/2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf.

¹¹ BABELIO. 2019. *Patrick Verspieren*. Consultée le 15/03/2019 [en ligne].

<https://www.babelio.com/auteur/Patrick-Verspieren/66201>.

¹² PAILLARD Christine. 2018. « *Dictionnaire des concepts en science infirmières* ». 4ème édition. Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 3-4.

donc à penser qu'accompagner la personne dans sa prise en soin, c'est aussi apprendre à accepter ses choix, donc accepter son consentement. Pour cela, il faut l'aider à avancer dans sa réflexion, il faut lui donner le plus d'informations possible. En effet, chaque personne a des besoins différents. Ce qui sera vrai pour une personne ne le sera pas forcément pour une autre. Chaque personne est unique. Il faut donc pouvoir proposer le plus de possibilité à la personne prise en soin pour que l'accompagnement soit adapté et personnalisé. Pour André Cifali, nous devons « partir de l'autre et pas de soi ». Accompagner, c'est donc accepter la singularité de chaque être humain afin de personnaliser et d'adapter au mieux notre prise en charge.

De plus, dans l'ouvrage « *Les concepts en sciences infirmières* », quelques attributs de l'accompagnement nous sont proposés¹³. Le premier de ces conseils est d'avoir une bonne relation à l'autre. Il faut pouvoir être à l'écoute de la personne, ne pas hésiter à reformuler la pensée de la personne accompagnée mais aussi la notre pour être sûr de la bonne communication et compréhension entre les deux parties. En outre, la relation est essentielle car elle est basée sur l'empathie. Elle permet de se développer, de s'enrichir et de sortir grandit de cet accompagnement. Il faut pouvoir soutenir le patient accompagné, l'aider à avancer dans son évolution liée à l'accompagnement. Deuxièmement, la prise en charge doit se faire dans un temps adapté aux besoins de la personne et aux objectifs fixés préalablement. Troisièmement, pour accompagner et avoir le plus de bénéfices possibles, il est important d'instaurer une relation bienveillante. Cette bienveillance permettra à la personne de se sentir en confiance. Cela permettra aussi un respect authentique envers la personne accompagnée. Quatrièmement, l'accompagnement permet à son bénéficiaire d'être en autonomie. Pour cela, nous devons nous adapter au parcours de vie de la personne, à ses valeurs, à ses ressources, ainsi qu'à ses compétences. Par ailleurs, dans la pratique professionnelle soignante, il est primordial de faire des liens dans l'accompagnement réalisé et surtout d'humaniser les soins et tous les actes professionnels pour mettre en avant l'aspect humain de la relation particulière soignant-soigné. Comme dit précédemment, cela dans le but de rendre autonome et acteur la personne prise en charge.

Dans la situation vécue, j'ai voulu accompagner les patients pour qu'elles puissent être autonomes dans leur prise de décision. Je ne me suis pas sentie soutenue par l'équipe soignante qui m'entourait et surtout incomprise. L'autonomie de ces patientes ne pouvait pas se faire sans

¹³ PAILLARD Christine. 2018. « *Dictionnaire des concepts en science infirmières* ». 4ème édition. Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 3-4.

être accompagné puisque leur choix aurait dû être guidé par les soignants et non dirigé par ceux-ci.

4.1.1 L'autonomie

D'après le dictionnaire humaniste infirmier, l'autonomie vient de *autos* (soi-même) et de *nomos* (se gouverner par ses propres lois). Nous pouvons nous demander pourquoi le principe d'autonomie est autant important dans l'éthique médicale. Pour les infirmiers, l'importance de conserver au maximum l'autonomie des patients est de permettre à ces derniers de « gérer ses actes de la vie quotidienne, par ses propres moyens, de subvenir à ses besoins ». ¹⁴ Il est important pour moi de travailler sur ce concept car nous pouvons admettre que l'autonomie permet au patient de s'exprimer et d'agir selon ses valeurs et ses croyances. Cela dans le but de rendre acteur et responsable le patient de la prise en charge de son parcours de santé, afin qu'il comprenne les soins effectués auprès de lui et qu'il soit observant de son traitement et des conseils de prévention donnés par les différents professionnels de la santé intervenant auprès de lui. Grâce à l'autonomie et au respect de celle-ci, les personnes soignées peuvent choisir et agir selon leur croyances et valeurs en tout liberté et indépendance. En d'autres termes, l'autonomie, c'est comme si on présentait différentes possibilités à la personne et que celle-ci en sélectionne une. D'où l'importance de l'accompagnement fait en amont. Selon Kant (philosophe), « c'est parce que les personnes humaines sont (potentiellement) autonomes, qu'il n'est pas légitime de les « chosifier » en les utilisant comme simples moyens servant aux fins d'autres personnes ». ¹⁵ Nous pouvons constater après lecture de cette citation, que respecter la personne en tant qu'humain légitime, c'est respecter son autonomie, sa liberté de penser et sa liberté d'exprimer ses choix. Nous pouvons donc en déduire qu'il ne faut pas penser que le patient est un moyen d'arriver à notre but, mais une finalité car c'est pour lui qu'on mettra en place les actions et celles-ci seront adaptées à la personne et à sa situation singulière. Dans la situation que j'ai décrite, il me semble important de noter ce respect du consentement dont j'ai voulu faire part auprès des patients. J'ai voulu m'assurer du libre choix de ces personnes. Bien sûr, ces derniers avaient déjà accepté ces soins de nombreuses fois (prise de paramètres vitaux et prise de glycémie capillaire), pour autant, le consentement est libre et révoquant à tout moment. Cela fait aussi partie de l'autonomie. Dans la déclaration des droits de l'homme, il est écrit que « l'autonomie est un trait distinctif de la personne humaine et de sa

¹⁴ PAILLARD Christine. 2013. « *Dictionnaire humaniste infirmier* ». Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 33.

¹⁵ Ibid

dignité ».¹⁶ Nous pouvons donc penser que l'autonomie est au centre de la condition humaine. Celle-ci permet de vivre en dignité. L'homme serait donc réduit à son autonomie ? Mill (philosophe) considère que « *chacun doit être autorisé à se développer suivant ses convictions pour autant qu'il n'interfère pas avec la liberté des autres de se développer selon leurs convictions* ». ¹⁷ Nous pouvons en déduire que l'homme a besoin de son autonomie pour se développer en tant que personne et pouvoir évoluer dans la société. Le respect de ses valeurs et de sa liberté à exercer son autonomie sera donc une clef pour se sentir en bien-être physiquement, mentalement et socialement.

Aussi, il est important de noter que chaque être humain est différent. Le dictionnaire humaniste infirmier nous fait part de la singularité de chaque individu.¹⁸ Dans cette définition, il est bien souligné l'importance de faire par soi-même, pour soi-même et selon nos propres besoins, envies et croyances. En effet, cette notion va de pair avec celle de l'accompagnement. Dans l'accompagnement, il faut faire avec la personne, selon ses besoins. Là aussi, pour l'autonomie, chaque individu aura des besoins différents, une façon de propre à elle de penser, ses propres valeurs. Nous devons les respecter, tant que ça n'empêche pas autrui ou nous-même d'exercer sa propre autonomie, il est primordial de la respecter, afin de garantir un bien-être et un équilibre social.

De plus, pour agir en étant consentant, le patient doit être rationnel et acteur de sa prise en charge car il doit pouvoir avoir compris les enjeux de la situation et agir sans être influencé dans son choix. Pour cela, le personnel soignant doit donner au patient une information loyale, appropriée et fondée sur des connaissances scientifiques validées. Nous pouvons donc admettre que l'autonomie du patient va donc avoir des conséquences sur son consentement car cela fera appel à ses valeurs, ses pensées, ses représentations et ses connaissances préalables.

Par ailleurs, appliquer son principe d'autonomie, c'est aussi appliquer sa responsabilité. En effet, prendre une décision c'est prendre sa responsabilité concernant les conséquences qui suivront ce choix.¹⁹

¹⁶ PAILLARD Christine. 2013. « *Dictionnaire humaniste infirmier* ». Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 33.

¹⁷ MILL JS. 1990. *De la liberté*. Paris. Presses pocket.

¹⁸ PAILLARD Christine. 2013. « *Dictionnaire humaniste infirmier* ». Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 33.

¹⁹ BEGUE-SIMON Anne-Marie. 2010. « *Le principe d'autonomie en santé, une approche anthropologique* ». « *Médecine et sciences humaines* ». Mai 2010. P 241-242.

4.1.2 La responsabilité du patient

Le dictionnaire du Larousse nous donne la définition suivante du mot responsabilité : « *Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres* ». ²⁰ Cette définition nous indique que chaque choix que l'ont fait, il y a des conséquences. Quelles soient positives ou négatives, il faut pouvoir les assumer. C'est pour cela, que quand on accompagne un patient vers l'autonomie en lui donnant toutes les cartes en main pour qu'il puisse prendre ces propres décisions, nous devons aussi lui expliquer que ses choix auront des répercussions. Et en tant que soignant, nous devons lui dire, de façon qu'il puisse le comprendre, les conséquences de ses décisions. Prenons un exemple : si un patient est atteint d'un cancer, en grossissant les traits, nous pouvons dire qu'il aura deux solutions devant lui : accepter le traitement proposé par le médecin ou refuser le traitement. En tant qu'infirmière, on devra alors annoncer ce que chaque choix aura comme conséquence. Pour la première solution, ce sera une possible rémission, mais avec les effets secondaires du traitement (alopécie, nausées,...) et pour la seconde solution, ce sera la non rémission, mais pas de soucis d'effet secondaire dû au traitement,... Cet exemple sort du contexte de la situation d'appel, mais il est nécessaire dans la compréhension de l'importance de la responsabilité du patient dans ses choix.

Aussi, dans le cadre de l'accompagnement que l'ont a auprès de la personne soignée, il faut aussi accompagner cette responsabilité. Effectivement, nous sommes en droit de se demander si le patient ne risque pas d'avoir un sentiment de culpabilité, notamment en cas de dégradation de sa maladie. ²¹ Le but de l'OMS est de permettre aux patients, et à leur entourage, de comprendre leur pathologie pour gérer au mieux leur quotidien, quand il s'agit de maladie chronique, afin que le poids de la culpabilité soit amoindri. En philosophie, ce phénomène peut être associé à celle de l'allégorie de la caverne. Dans cette allégorie, un homme est attaché depuis toujours à un bâton, dans une caverne. Il voit juste des ombres projetées devant lui, contre un mur, provenant d'un feu situé derrière lui. L'homme ne connaît que ces ombres, pour lui, c'est sa réalité. Et c'est une réalité. Mais il ne connaît pas les autres réalités. Un jour, l'homme parvient à libérer, il va donc pouvoir accéder à une réalité qu'il ne connaît pas encore. Va-t-il avoir assez de force pour les admettre et les comprendre ? Ou voudra-t-il reconnaître que la réalité des ombres qu'il connaît déjà ? Grâce à cette allégorie, nous pouvons faire le parallèle avec le soin. Souvent, les patients n'ont qu'une

²⁰ LAROUSSE. « *Responsabilité* » [en ligne]. Consultée le 17/03/2019.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>

²¹ HOBİK Laurence. 2011. « *La place de l'éthique dans la responsabilité du patient* ». Soins. Octobre 2011. N°759. P.21.

seule représentation en tête. Il est de notre rôle d'infirmière, d'ouvrir les patients sur d'autres possibilités. C'est l'accompagnement jusqu'à la responsabilité du patient. Une fois toutes les cartes en main, le patient peut refuser nos idées et prendre l'option qu'il connaît. Nous devons, en tant que soignant, accepter les choix de nos patients.

Dans la situation de départ, les patientes ont accepté les soins proposés. Elles ont donc la responsabilité inerrante du soin. Dans ce choix, elles prennent en responsabilité d'avoir un meilleur suivi médical.

Pour accompagner au mieux un patient, pour justifier nos recommandations, il est possible de négocier avec la personne. Cela passe par la communication verbale, la communication non verbale et la relation de confiance établie au préalable avec le patient.

4.2 La négociation

Christophe Dupont (professionnel de l'économie, professeur à l'ESC de Lille) a défini la négociation comme étant « *une rencontre entre des acteurs qui veulent régler leurs divergences par un arrangement* ». ²² Dans le cadre du soin, le patient a la possibilité de participer à sa prise en charge et d'être acteur de sa santé, il a donc le droit de donner son avis et de refuser certains actes. Cependant, parfois, les avis divergent, et bien qu'en tant que soignant, on est conscient de la singularité de chaque individu, notre rôle de soignant nous pousse à faire en sorte que le patient adhère le plus possible aux soins proposés. Dans le métier d'infirmière, notre rôle est de penser au mieux pour la personne. Il faut donc savoir écouter le patient puisque souvent, il connaît mieux ses besoins que nous, malgré notre analyse et notre observation de ce patient. La négociation permet donc la reconnaissance de la personne soignée. En reconnaissant le patient comme une personne capable de raisonner et capable d'autonomie, le patient pourra à son tour reconnaître le soignant comme une aide et non comme un frein à son autonomie. La négociation permet donc le consentement des patients, qui au départ, étaient réfractaire à certains soins ou actes médicaux.

La négociation permet l'équilibre entre les attentes, demandes et besoins du patients mais aussi du soignant car chaque partie a des objectifs différents. La négociation permet de les uniformiser pour aller dans le même sens et avoir les mêmes objectifs finals. Pour parvenir à cette

²² DUPONT Christophe. 2014. « *Négociation dans les soins* » [en ligne]. Consultée le 18/03/2019. <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2014/11/2014-Negociation-dans-les-soins.pdf>

conciliation, il faut adapter la relation avec le patient et son entourage. Cela peut passer par la communication, mais aussi par la communication non verbale.

Dans la situation de départ, je n'ai pas eu de difficultés car la communication était essentiellement verbale pour obtenir leur consentement.

4.2.1 La communication verbale

Le dictionnaire du Larousse définit le terme de communication comme étant « *l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbale entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ». ²³ Dans cette définition, nous pouvons mettre en avant le fait que la communication passe essentiellement par le langage. En effet, nous prêtons souvent plus d'attention au langage oral car c'est le langage le plus utilisé, celui par lequel la majeure partie des informations passent.

Dans le dictionnaire humaniste, il nous est indiqué que la communication passe par un « *émetteur qui envoie un message au récepteur par un canal de transmission. [...] Si le récepteur répond, il devient émetteur, c'est ce qu'on appelle le feed back* ». ²⁴ Grâce à cette explication, nous pouvons constater l'importance plus plusieurs personnes pour pouvoir communiquer. Cela peut paraître futile, mais dans le cadre du soin, il est important d'avoir toujours à l'esprit que dans la communication, le soignant ne peut pas monopoliser la parole sous prétexte qu'il a le savoir. Le patient doit aussi être considéré comme une personne qui a le droit de paroles, notamment lorsqu'il s'agit de la prise en charge de sa santé. La communication rend alors acteur le patient. A l'inverse, lorsque le patient parle, bien que le soignant soit là pour écouter le soigné, il doit lui aussi répondre en retour, reformuler ce que dit le patient pour que ce dernier ne soit pas sans réponse face à ses inquiétudes.

Dans la revue de l'aide-soignante, nous pouvons lire plusieurs conseils pour adopter une communication adaptée entre le soignant et le soigné. ²⁵ Tout d'abord, il faut se présenter à la personne, cela permettra au patient de mettre un nom face à un visage et de l'assimiler à une fonction auquel il pourra se référer. Cela singularise une première fois la relation particulière qui va se créer entre le patient et le professionnel de santé. Ce dernier ne sera plus vu comme le

²³ LAROUSSE. « *Communication verbale* » [en ligne]. Consultée le 18/03/2019.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

²⁴ PAILLARD Christine. 2013. « *Dictionnaire humaniste infirmier* ». Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 57.

²⁵ TOUCHENE Soraya. 2011. « *La communication, un outil de travail et de communication* ». *L'aide-soignante*. Juin-juillet 2011. N°128. P. 10.

soignant dans sa grande globalité avec les représentations que le patient peut avoir des soignants en général, mais il deviendra alors Mathieu l'infirmier par exemple, ou encore Emma l'aide-soignante. Cela personnalise la relation. Ensuite, il faut accueillir le patient, ainsi que son entourage avec des gestes et des paroles bienveillantes et respectueuses afin de rendre le climat le plus rassurant possible. Aussi, il faut s'adresser directement au patient afin d'établir en priorité une relation avec lui et de ne pas le rendre corps objet dans la relation. Il faut écouter activement la personne, reformuler si besoin pour aider la personne à approfondir son idée. Cela en évitant de lui couper la parole. De plus, il faut toujours garantir le secret professionnel au patient et à son entourage pour qu'il se sente en sécurité et en confiance.

En outre, l'important est de retenir que dans la communication verbale, il faut adapter sa parole au patient que l'on a en face de nous. C'est-à-dire qu'on devra adapter notre discours face à une personne selon son âge, sa compréhension, son niveau social, sa culture, ... Chaque patient est différent et à un vécu personnel qui lui permettra de comprendre plus ou moins bien le message qu'on essaye de passer. Adapter sa communication fait aussi partie du métier d'infirmière. Cela dans le but de permettre au patient d'avoir toutes les bonnes informations en tête, sans causer de quiproquo qui pourraient tromper les décisions du patient.

Bien que dans la situation décrite, il y'ai eu une communication verbale. Il existe une communication non verbale bien plus importante. Notamment dans le milieu du soin.

4.2.2 La communication non verbale

Dans l'ouvrage « *communication soignant-soigné* », il est indiqué que la communication non verbale est le « *langage du corps, qui est le seul qui soit sincère* ». ²⁶ Ce langage laisse passer les émotions et les vrais ressentis. Il est difficile, voire impossible de mentir avec son corps. Le langage non verbal passe essentiellement par la distance physique, l'expression faciale, le contact des yeux (fuyant, menaçant, ...), le contact physique, la posture, les gestes et les odeurs (y compris l'apparence physique évoquant une culture). ²⁷ Chaque mimique trahit notre véritable façon de penser. Souvent, on peut voir, par exemple, si une personne est stressée grâce à sa gestuelle significative, comme se ronger les ongles, faire les cent pas... Souvent, dans le cadre des soins, on peut identifier juste avec son expression faciale, la peur d'un patient. Il a le regard inquiet, il se mordille les lèvres, ... C'est assez significatif. Idem pour la douleur. Il arrive souvent qu'un patient

²⁶ BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle. 2003. « *Communication soignant-soigné, repères et pratiques* ». Rosny-sous-Bois. Bréal. P. 57

²⁷ PAILLARD Christine. 2013. « *Dictionnaire humaniste infirmier* ». Noisy-Le-Grand. SETES éditions. P. 59.

n'ose pas dire qu'il a mal pendant un soin, malgré l'insistance de l'infirmière pour que le patient lui fasse part de sa douleur. Donc, pour vérifier la douleur de la personne, on peut regarder son visage. La personne qui souffre fera généralement des grimaces de douleur, aura les traits du visage tirés et fermés. Pour les soignants, souvent on peut remarquer leur bienveillance grâce à la gestuelle. Une personne qui sourira ou qui aura un contact physique rapproché sera plus simple à aborder pour avoir une communication. A l'inverse, une personne qui aura un visage fermé, qui respectera une distance entre elle et le patient, aura plus de difficulté à rentrer en communication avec la personne soignée.

Selon des études, presque 70% de la communication passe par le non verbal.²⁸ C'est la raison pour laquelle il faut adopter une attitude authentique avec la personne soignée car celle-ci peut comprendre, malgré les mots, la non-possibilité de communiquer avec le soignant. D'après le livre communication soignant-soigné, « *le verbale informe, le gestuel établit le contact et parfois se substitue à la parole* ». (Page 53) Nous pouvons donc constater que le langage non verbal est primordial pour établir un bon relationnel entre le soignant et la personne soignée. Prenons un exemple que j'ai pu voir en stage. Une infirmière termine son soin auprès du patient et en sortant de la chambre, celle-ci demande au patient s'il a des questions. Quelle représentation va avoir le patient ? Il risque de penser que l'infirmière n'est pas disposée à écouter ses questions car son corps exprime l'envie de partir de la chambre. Idem, dans la situation de départ qui m'a fait réfléchir sur le thème du consentement. Je suis arrivé, dans la première situation, dans la chambre de la personne avec l'appareil pour prendre les paramètres vitaux. Et dans la seconde situation, je suis arrivé auprès de la patiente avec le matériel pour lui faire sa glycémie capillaire. Bien que je sois arrivé auprès de ces patientes avec le matériel pour gagner du temps dans ma pratique et éviter de retourner le chercher, j'ai, peut-être, inconsciemment fait induire leur réponse positive au consentement. Effectivement, autant j'ai demandé verbalement leur consentement, autant ma communication non verbale induisait le fait que j'allais leur faire le soin car je venais vraiment pour ça. Il faut donc toujours faire attention à sa communication gestuelle. Un autre exemple me vient en tête. Lors de l'un de mes stages en long séjour, une patiente avec une démence infantile refuse les soins de peur d'avoir mal. Elle devenait violente avec les soignants pour qu'ils ne s'approchent plus d'elle. Un jour, en reprenant du poste du soir, je suis mise au courant de cette situation lors des transmissions. Je devais, dans l'après-midi, mettre une perfusion à la dame. Pour

²⁸ CAPRAIS Juliette ; 2017. « *Quelle est la différence entre la communication verbale et non verbale* » [en ligne]. Consultée le 20/03/2019. <https://education.toutcomment.com/article/quelle-est-la-difference-entre-la-communication-verbale-et-non-verbale-4197.html>

éviter qu'elle me rejette, je suis tout d'abord aller la voir sans matériel médical, afin de la rassurer et établir le contact sans élément pouvant déclencher de la colère. A ce moment-là, ma communication non verbale indiquait à la patiente que je venais simplement lui parler. Et une fois le lien établi, j'ai pu instaurer la notion du soin. Durant ce soin, j'ai pu gérer l'impact de ma communication non verbale. Cependant, lors de la situation de départ, j'étais en première année d'école d'infirmière, alors que dans l'exemple donné précédemment, j'étais en troisième année. Il m'a donc fallu du temps pour apprivoiser cette communication non verbale. Et il me reste encore beaucoup à apprendre. Mais l'authenticité auprès des patients reste la priorité pour adopter une bonne communication.

Ces deux types de communication sont primordiales pour créer une relation de confiance avec les personnes soignées et leur entourage.

4.2.3 La relation de confiance entre le soignant et le soigné

M. Marzano, dans son ouvrage *« éloge de la confiance »* définit la confiance comme cela : *« faire confiance c'est toujours prendre un risque. L'intelligence est de comprendre qu'en ne faisant jamais confiance on prend un risque encore plus grand : celui de se condamner à une vie sans amour. La confiance est donc aussi dangereuse que fondamentale »*.²⁹ (Cf cours Mme Bodnar). Grâce à cette définition, nous pouvons appuyer l'idée de la fragilité de la confiance que l'on peut accorder. En tant que soignant, il est de notre devoir de tout faire pour créer un climat de confiance auprès de la personne soignée et de son entourage et surtout de garder cette confiance tout au long de la prise en charge. Nous pouvons compléter cette définition avec une citation d'Alexandre Jollien, qu'il a écrite dans son livre intitulé *« le petit traité de l'abandon »* : *« C'est en faisant chaque jour toujours un tout petit peu confiance à la vie que, peu à peu, la confiance se découvre. Il ne s'agit pas d'importer la confiance, mais de voir qu'elle est déjà en nous »*.³⁰ Dans cette citation, nous pouvons comprendre que la confiance vient petit à petit. Toujours en gardant l'idée de quelque chose de fragile, la confiance s'obtient peu à peu. Des personnes peuvent faire rapidement confiance aux autres personnes et à l'inverse, certaines personnes accordent peu leur confiance. Là aussi, il faut accompagner la personne et obtenir sa confiance, en respectant sa singularité. Afin d'appuyer cette idée, voici une citation de D. Servan-Schreiber qu'il a énoncé dans sa chronique *« la confiance, ça s'apprend »* : *« nos peurs, nos forces définissent en partie ce que nous sommes. Nous les apprenons en grande partie de ceux qui nous entourent. Puis nous les*

²⁹ BODNAR Patricia. 2016. *La confiance* : IRFSSA Moulins. Février 2016.

³⁰ Ibid

transmettons. Il convient à chacun de nous créer le moins de peur et le plus de confiance possible ». ³¹ Cette citation nous montre l'importance de l'accompagnement dans le processus qui amène à la relation de confiance. La confiance est influencée par l'environnement familial, social et environnemental de la personne. En tant que soignant, lorsque l'on prend en soin une personne, la confiance qu'elle va nous accorder va être influencé par son état de santé, sa vulnérabilité passagère, par le fait qu'on soit des soignants et qu'on représente, dans l'inconscient collectif, la connaissance... Dans la situation de départ, je me demande si les personnes me faisaient confiance ou si elles étaient soumises à l'influence de mon statut d'étudiant infirmier, donc de soignant. Dans un moment de vulnérabilité comme celui de l'hospitalisation, il est possible que la confiance soit accordée plus facilement à des personnes en qui on a inconsciemment déjà une certaine confiance. Par exemple, lorsque l'on prend un avion, on a confiance dans le pilote alors qu'on ne le connaît pas. Mais on a confiance en ce qui représente, dans les diplômes qu'il a obtenus. C'est pareil pour le corps soignant, et notamment les infirmières. On représente des valeurs et des connaissances qui influencent la confiance, en bien ou en mal.

Par ailleurs, les buts de la confiance dans le soin, c'est « *d'aider autrui à rencontrer son propre regard* », ³² c'est-à-dire, rendre sa place d'homme et d'humain à un patient qui peut parfois se sentir corps objet et plus corps sujet. Ainsi que « *aider autrui à reconquérir son autonomie (physique et psychique)* ». ³³ En d'autres termes, accorder sa confiance à un patient, c'est le considérer en tant que personne. Une fois cette étape franchie, il est alors possible de faire confiance en ses capacités, donc de le laisser réfléchir et agir selon ce qu'il pense juste pour lui. La confiance et la bienveillance vont donc influencer l'autonomie du patient car ce dernier se sentira en sécurité pour être autonome dans sa prise en charge. L'accompagnement réalisé du début jusqu'à la fin de la prise en soin du patient sera alors de qualité car il aura répondu au bien-être et aux besoins de la personne soignée et accompagnée.

Carl Rogers nous indique quelques conseils pour créer une relation de confiance. ³⁴ Premièrement, il faut être congruent, c'est-à-dire être authentique avec la personne soignée, être naturelle pour instaurer un climat de confiance avec le patient. Deuxièmement, il faut être empathique. En tant que soignant, nous devons donc comprendre la personne soignée, comprendre ce qu'elle ressent, mais sans se mettre à sa place. Troisièmement, avoir un regard positif sur la

³¹ BODNAR Patricia. 2016. *La confiance* : IRFSSA Moulins. Février 2016.

³² Ibid

³³ Ibid

³⁴ Ibid

personne. Ne pas sous-estimer ses capacités et toujours la valoriser quand c'est possible. Ne pas la juger ou la rabaisser. Il faut se montrer bienveillant envers le patient pour que celui-ci se sente capable de progresser et d'avancer afin de devenir autonome dans son accompagnement. Cela dans le but qu'il comprenne l'enjeu de sa prise en charge et devienne acteur de celle-ci. D'où l'importance de son consentement dans les soins et de son droit de refus des soins.

5 Phase exploratoire

Afin d'enrichir mes recherches que je vous ai exposés dans la partie conceptuelle de ce travail, j'ai mené une enquête auprès de professionnels de santé. Cela dans le but confirmer ou d'infirmer l'apport théorique avec la réalité du terrain. Le but principal étant de se rendre compte de la réalité du consentement au cœur du soin. Lors des entretiens, de nouvelles informations ont apparues, notamment la façon dont les soignants adaptent le consentement des patients aux différents soins qu'ils doivent prodiguer. Aussi, ces interrogatoires m'ont permis de mettre en évidence si la longueur de la carrière professionnelle en tant qu'infirmière est une source de banalisation du consentement du patient, notamment dans les soins qui peuvent paraître anodins car répétitifs.

5.1 Cadre de l'enquête

Pour mener à bien cette enquête, j'ai interrogé 5 personnes : un infirmier qui travail dans un service de médecine, une infirmière travaillant dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), une infirmière libérale, une étudiante de troisième année d'école d'infirmière et une élève de première année d'école d'infirmière.

Voici un tableau récapitulatif présentant la population interrogée :

Professionnels	Age	Fonction	Expériences	Temps de diplôme
Entretien n°1 : Charlotte	27 ans	Infirmière en maison de retraite depuis 4 ans	-travaille en tant qu'aide-soignante les week-end et vacances pendant ses études -Intérim pendant 1 an. -Maison de retraite dans une autre ville pendant 1 an	5 ans
Entretien n°2 : Tom	25 ans	Infirmier en maladie métaboliques et	A commencé dans le service métabolique et a été formé en hémodialyse 3 mois	4 ans

		hémodialyse depuis 4 ans	après son arrivé. Travail depuis sur les 2 secteurs.	
Entretien n°3 : Elodie	24 ans	Etudiante de 3ème année à l'école d'infirmière. Projet professionnelle : psychiatrie et gériatrie	Divers stages : médecine, gériatrie, chirurgie, pédopsychiatrie, long séjour, lieux de vie, libéral.	
Entretien n°4 : Pauline	24 ans	Etudiante de 1 ^{ère} année à l'école d'infirmière. Projet professionnel non défini	A réalisé pour le moment que 2 stages : gériatrie et maternité	
Entretien n°5 : Christine	Non donné	Infirmière libérale depuis 30 ans	A travaillé à l'étranger. A travaillé dans divers services (pneumologie, cardiologie...), en tant que coordinatrice en maison de retraite et à l'appel médical	40 ans

J'ai tenu à interroger cette diversité de profils infirmier afin d'avoir une vision globale du consentement, dans le métier d'infirmier. En effet, c'est ce métier que je souhaite faire et pouvoir avoir le point de vue des personnes qui ont le diplôme que je convoite, me permet de faire évoluer ma propre vision du métier et permet de comprendre le point de mes futurs collègues. Cela, dans le but de travailler ensemble dans de bonnes conditions. J'ai choisi des profils différents, notamment, selon le lieu d'exercice de la personne et selon le nombre d'année de carrière.

Pour mener à bien ces entretiens, j'ai réalisé un guide d'entretien (cf annexe I). Celui-ci se présente sous forme de tableau, afin que je puisse catégoriser mes questions selon les concepts développés dans la phase conceptuelle de ce travail, mais aussi pour que je puisse mettre des objectifs d'analyse face aux questions posées. J'ai choisi la méthode de l'entretien pour interroger les infirmiers car cette méthode permet d'avoir physiquement la personne en face de nous, ce qui favorise la sincérité et l'authenticité du moment. Aussi, cela permet de capter les petits mouvements faciaux et autres gestuelles faisant partis de la communication non verbale, ce qui me paraît intéressant à analyser. Mes entretiens étaient semi-directifs, pour que les infirmiers interrogés puissent s'exprimer comme ils le souhaitaient, tout en gardant une ligne directrice. La durée des entretiens n'a pas excédé les 15 minutes. Le temps moyen de ceux-ci était d'environ 13 minutes.

En prenant mes rendez-vous avec les professionnels, je ne leur ai pas annoncé le thème de mon mémoire. Je l'ai fait seulement avant de commencer l'entretien. Cela dans le but de ne pas influencer leur réponse. Seule l'élève de troisième année connaissait le thème car étant une amie, je lui en avais déjà parlé. Pour autant, ses réponses m'ont paru très spontanées. Aussi, j'ai retranscrit tous les entretiens réalisés (cf annexes II, III, IV, V, VI). Pour ce faire, j'ai enregistré à l'aide d'un magnétophone les entretiens, puis j'ai réécrit les paroles en écoutant l'enregistrement. Pour améliorer la lecture des retranscriptions des entretiens, j'ai mis les questions en gras, et les réponses sans effets de police.

Après avoir retranscrit tous mes entretiens, j'ai mis en évidence les éléments que j'ai souhaitais analyser en les mettant dans un tableau identique à celui de mon guide d'entretien. A la différence qu'il n'y a pas les questions, mais en face des objectifs, j'ai mis les éléments qui répondent à ces derniers. J'ai fait un tableau pour chaque entretien, puis un autre tableau global pour comparer les réponses de chaque personne interrogée (cf annexes VII, VIII, IX, X, XI, XII). Dans le tableau d'analyse globale, j'ai attribué une couleur pour chaque personne, afin de différencier plus facilement les réponses.

5.2 Analyse des entretiens

5.2.1 Le consentement

Nous pouvons souligner l'importance que les personnes interrogées font du consentement. Certains disent que celui-ci est « *primordial* », qu'il a une « *place essentiel* » dans le soin, une « *place importante* ».

Par les professionnels de santé diplômés, nous pouvons remarquer que le consentement est toujours recherché, mais il n'est pas demandé implicitement. C'est-à-dire que la personne va expliquer le soin qu'elle doit faire, mais si elle fait face à un refus de la part du patient, alors le soignant mettra en place des stratégies afin que le soin se fasse tout de même. Le refus de soin ne sera pas un frein à la réalisation du soin. Il sera l'objet à une négociation.

On peut aussi se rendre compte que les infirmiers diplômés (hormis l'infirmière travaillant en EHPAD) poussent beaucoup plus le patient à donner son accord, voire même à le prendre sans vraiment demander, lorsque le soin paraît important pour le soignant. Dans l'entretien numéro 2 que j'ai pu réaliser, l'infirmier m'a évoqué le fait que dans son service, il « *pousse* » les patients à accepter les soins d'hygiène car pour lui, ils sont nécessaires à la bonne cicatrisation des plaies

chroniques. On voit donc l'importance des représentations du soignant dans la valeur qu'il donne au consentement. Les infirmiers veulent bien accepter le refus de soin et accepter de demander l'avis du patient, mais souvent, un jugement de valeur peut se faire lorsque les deux parties ne partagent pas les mêmes valeurs et les mêmes normes. Alors, le soignant prend souvent le dessus et insiste pour que le patient reçoive ce soin.

Nous pouvons aussi nous apercevoir qu'il existe une certaine routine dans les soins. Effectivement, certains des soignants interrogés ne redemande pas systématiquement le consentement pour des soins chroniques. A contrario, l'infirmière travaillant en EHPAD et l'étudiante de première année demandent toujours le consentement lors des soins. On peut supposer que pour l'étudiante, chaque soin qu'elle réalise est une nouvelle pratique. Je me souviens de ma première année d'école, j'avais une angoisse de faire peur aux patients. Pour moi, une glycémie capillaire était un acte invasif. Et bien qu'il le soit réellement, j'ai appris, avec le temps, à le faire sans avoir une peur irraisonnée de faire mal au patient. On peut donc se demander si, pour l'étudiante de première année, il n'existe pas encore de banalisation du soin. Aussi, pour l'infirmière travaillant en EHPAD, elle le dit elle-même, c'est une habitude qu'elle a prise de toujours demander le consentement aux patients, même pour les actes réalisés quotidiennement et même parfois plusieurs fois par jour.

De plus, les personnes interrogées évoquent le fait que le consentement permet au patient d'être acteur de sa prise en charge. On peut donc noter que les professionnels interrogés ont consciences des conséquences induites pas la demande du consentement auprès du patient.

Par ailleurs, l'étudiante de troisième année souligne un point important. Souvent, ce sont les patients eux-mêmes qui nous demande de ne plus demander leur consentement. C'est une autre façon, pour le patient, d'être acteur de sa santé. On peut supposer que celui-ci a une confiance totale dans le corps médical, que si celui-ci lui a expliqué l'intérêt de faire chaque soin, alors il les fera tous pour retrouver une bonne santé ou pour maintenir son état de santé constant et ne pas se détériorer.

5.2.2 L'autonomie

Tous font le lien entre consentement et autonomie du patient car pour eux, le patient fait un choix, donc il est autonome dans sa façon de penser. « *C'est pouvoir exprimer ce qu'ils veulent et ne veulent pas* ». Cependant, pour faire ce lien, j'ai dû expliquer aux infirmiers diplômés que, comme vu dans la partie conceptuelle, l'autonomie n'est pas que physique, mais elle passe aussi

par la pensée. Les infirmiers diplômés ont donc du mal à faire le lien entre l'autonomie et le consentement car ils associent directement l'autonomie au physique et exclu la pensée. L'un des rôles des infirmiers est de maintenir l'autonomie de la personne. Et souvent, dans les services, ce principe est respecté et mis au premier plan dans la prise en charge des patients. Mais, au vu de cette non conscience de l'autonomie de penser, on peut se demander si celle-ci est respectée. On peut donc se demander si le personnel soignant fait réellement le lien entre le consentement et l'autonomie. Et surtout, si les soignants demandent toujours le consentement des patients, afin de favoriser l'autonomie de ces derniers. L'autonomie est-elle donc totalement respectée dans les soins ?

5.2.3 La responsabilité

Lorsque nous analysons les entretiens, nous pouvons nous rendre compte que le lien entre la responsabilité et le patient est fragile. En effet, certains infirmiers enlèvent aux patients la notion de responsabilité. Effectivement, souvent, la responsabilité est donnée au soignant, à celui qui fait le geste. Dans l'entretien numéro 2, l'infirmier enlève totalement la responsabilité au patient et la relie qu'au soignant qui effectue le soin. En enlevant cette responsabilité au patient, on peut se demander s'il se rend réellement compte de l'importance du consentement et de sa place primordiale dans le soin. Ce même infirmier dit « *pousser* » les patients pour les soins d'hygiène. Il prend donc la responsabilité du soin en totalité en enlevant celle des patients.

Or, comme nous l'avons vu précédemment dans la phase conceptuelle, le patient prononce un choix « *si c'est son choix, c'est sa responsabilité* », alors il est responsable des conséquences qui peuvent se passer, quelles soient positive ou négatives. Souvent, cette notion est associée au refus de soin. Les soignants indiquent qu'il est important d'expliquer les conséquences que le refus de soin aura sur la santé du patient. Mais tous oublie l'importance d'expliquer les conséquences que le consentement au soin aura. Comme vu dans la partie conceptuelle, chaque soin a de répercussions sur la santé. Et pour prendre une décision en toute liberté, le patient doit connaître toutes les possibilités et toutes les conséquences liées à celles-ci. Rendre acteur le patient de sa prise en charge et de la responsabilité de ses choix, c'est aussi le rendre responsable des réussites. Cela peut le valoriser et le pousser à devenir encore plus acteur de sa santé.

5.2.4 La négociation

Chaque personne interrogée a déjà dû négocier avec un patient. Nous pouvons aussi constater que même l'étudiante de première année a fait face à une situation où elle a dû négocier. La négociation fait donc partie intégrante du soin. « *Je pense qu'on a dans la vie de tous les jours* ».

L'infirmier en médecine me dit que pour négocier, il essaye de se mettre à la place du patient pour tenter de comprendre les besoins du patient. Ce même infirmier dit aussi « *généralement, pour tout ce qui est soins d'hygiène, je ne demande pas forcément. Je l'impose d'ailleurs souvent* ». Nous pouvons se demander si cet infirmier n'a pas tendance à généraliser les soins qu'il prodigue en se référant à ses attentes personnelles et professionnelles. Il dit que pour soigner des plaies, l'hygiène est importante. C'est une chose vraie. Mais sa conscience professionnelle fait passer le soin en tant qu'acte, avant de demander l'avis et surtout le consentement du patient. On peut se demander si effectivement le consentement du soigné est secondaire dans ce genre de situation. Cependant, si on se réfère à la loi, chaque soin doit se faire après que le patient est donné son consentement libre et éclairé. L'étudiante de troisième année dit elle aussi une chose importante « *j'essaye toujours de comprendre et on essayait de trouver un compromis* ». Dans cette phrase, j'interprète que les soignants essayent de comprendre le refus ou le non consentement. Pour autant, ils essayent toujours de négocier le soin pour que le patient accepte en tout ou partie le soin. Sauf si le patient reste sur ses positions, son libre consentement est en équilibre bancal. L'objectif du soignant de faire le soin est plus forte. On peut se demander si les soignants ne font pas preuve d'un pouvoir inconscient auprès des patients pour arriver à leur fin. Ou que les patients sont confrontés sans le savoir à une soumission à l'autorité ou à une soumission librement consentie. En effet, dans l'imaginaire collectif, le soignant représente le savoir médical. On peut imaginer qu'une sorte de supériorité se fait naturellement. Alors, que, comme dit dans l'entretien numéro 2, le patient est une personne comme le soignant. Une égalité dans la relation doit donc être mise en place. Mais, bien que celle-ci soit mise le plus possible en avant par les soignants. Nous pouvons nous interroger sur l'égalité exacte de cette relation.

De plus, lors des entretiens, j'ai demandé aux personnes interrogées ce qu'elles ressentent lors des moments où elles doivent négocier avec les patients. Les termes revenant le plus sont « *compliqué* », « *frustrant* ». La négociation est donc jugée par le soignant comme quelque chose de négative car c'est un frein au soin, qui est le but final du soignant. C'est d'ailleurs pour arriver à cette finalité que les soins sont autant négociés. Nous pouvons nous demander si la négociation n'est pas vécue comme un pouvoir, une force par le soignant face au patient.

5.2.5 La communication verbale

Toutes les personnes interrogées utilisent la communication comme moyen de rentrer en relation avec les patients. Cet élément ne m'étonne pas. Mais il est tout de même important de le remarquer. Effectivement, j'ai écrit mon questionnaire en supposant que tous les soignants interrogés parlaient avec leurs patients, mais certains soignants que j'ai pu rencontrer en stage ne mettent pourtant pas la communication verbale au centre de leur soin, ou ignorent la place primordiale de la communication verbale.

La communication verbale est la base du soin et la base de toute relation humaine. Dans l'entretien numéro 5, l'infirmière a dit que l'aspect relationnel doit être mis en avant. L'aspect technique doit, lui, être mis en seconde position. En effet, la communication verbale est la base du soin. On ne peut pas effectuer un soin sans communication verbale. On peut d'ailleurs remarquer que lorsque les soignants interrogés doivent négocier, ils utilisent automatiquement la parole pour se mettre en relation avec les patients. Idem pour la demande de consentement. Les soignants utilisent instinctivement le langage pour rentrer en contact avec le soigné. La communication verbale est une des bases de l'humanité.

5.2.6 La communication non verbale

L'infirmier du service de médecine a tout de suite assimilé la communication non verbale à un patient qui ne communique pas. J'ai dû lui expliquer que par communication non verbale, j'entend surtout la gestuelle du soignant. Les mimiques qu'il a. Cela tend à me demander si cet infirmier a conscience de sa propre communication non verbale. Une fois ma question expliquée, cet infirmier me dit qu'il sourit aux personnes, qu'il essaye de ne pas se mettre en position de force face aux patients. L'étudiante de troisième année a aussi tout de suite assimilé la communication non verbale au patient non communiquant. Elle a même rajouté « *c'est compliqué [...] on ne sait pas s'ils sont d'accord ou pas* ».

Par ailleurs, tous utilisent dans la communication non verbale le regard et le sourire. Le regard serait donc le reflet de nos émotions. C'est avec le regard que passe la majeure partie du discours que l'on veut transmettre. Le regard est une chose importante pour la congruence de la pensée et de la parole. Le sourire, lui, permet de confirmer implicitement une communication positive et bienveillante. Comme vu dans la partie conceptuelle, ce sont des outils de communication non verbale qui sont conseillés dans le magazine « *aide-soignante* ».

De plus, les soignants utilisent aussi naturellement le touché dans leur communication non verbale. C'est donc un aspect important dans le soin. Effectivement, dans le métier d'infirmier, on est amené à toucher des corps pour pouvoir les soigner. En conséquence, prendre la main d'une personne ou avoir un contact physique avec le patient devient quelque chose de naturel. C'est une communication particulière. Aussi, il est important de noter que cette communication doit s'adapter à la personne soignée car certaines personnes n'acceptent pas le contact physique. Il faut donc prendre en compte la singularité du patient.

Lorsque j'ai posé la question aux interrogés sur la concordance entre leur communication verbale et non verbale. Tous m'ont répondu que la concordance entre les deux est un automatisme. Ils ont du mal à s'auto juger là-dessus. Mais pour autant, ils pensent tous que leur communication verbale est en lien avec leur communication non verbale. Cependant, comme je l'ai expliqué dans la partie conceptuelle. Dans la situation de départ, je ne pensais pas que mes communication verbale et non verbale n'étaient pas concordantes. C'est grâce à ce travail que je me suis rendu compte que ma demande de consentement auprès des patients était faussé par mon attitude envers eux (je venais directement avec le matériel médical). Nous pouvons donc nous interroger sur la concordance réelle entre le verbal et le non verbal des soignants envers les patients. Ces derniers renvoient-ils l'image qu'ils souhaitent auprès des patients ?

5.2.7 La relation de confiance

Chaque intervenant est d'accord pour dire que la relation de confiance se met en place petit à petit. Cela prend du temps. Elle n'est pas acquise tout de suite. Aussi, tous sont d'accord pour dire que la confiance passe en grande partie par la communication. Cette dernière est donc au cœur du soin. Elle permet d'adapter notre approche envers le patient. La communication non verbale joue aussi un rôle dans la relation de confiance car c'est elle qui montrera au patient la disponibilité du soignant. Par exemple, comme dit dans l'entretien numéro 2, le personnel médical doit avoir « *une attitude agréable, douce, un ton de voix posé et [...] c'est se montrer disponible* ». La relation de confiance découlera donc, comme vu dans la partie conceptuelle, de la communication verbale et non verbale.

De plus, l'étudiante infirmière de troisième année met en avant une notion importante : « *le consentement, c'est la base de la relation de confiance* ». En effet, la confiance que le patient aura en nous passe par le respect de ses choix. Si on ne respecte pas l'avis du patient, comment peut-on respecter la personne dans son intégralité ?

Aussi, les qualités mises en avant sont l'authenticité, le respect, la disponibilité. Ces quelques qualités montrent l'importance de la bienveillance envers les patients et du regard toujours positif que le soignant doit avoir envers le soigné. L'étudiante de troisième année rajoute une notion qui complète cela : « *il ne faut pas se forcer parce que sinon le patient n'aura pas confiance en nous. Il faut être en accord avec ce qu'on fait* ». Ce passage montre l'importance de l'authenticité dans la relation pour arriver à construire une relation de confiance. On peut aussi compléter le fait qu'elle dise qu'il ne faut pas se forcer avec ce que dit l'étudiante de première année « passer par quelqu'un d'autre ». Tous les interrogés m'ont dit que si la relation de confiance était difficile à s'instaurer entre le soignant et le soigné, le professionnel peut toujours passer la main à un collègue pour que le patient ait confiance dans au moins un membre de l'équipe soignante. On peut se demander alors si un soin peut se faire sans l'instauration d'une relation de confiance au préalable.

6 De la problématique Générale à la question de recherche

6.1 Problématique Générale

Avant de rentrer à l'institut en soins infirmiers, j'ai travaillé en tant qu'ASH (agent de service hospitalier) faisant fonction d'aide-soignante. Pendant cette expérience professionnelle, on me rappelait de toujours respecter l'autonomie des patients. Je ne savais pas encore à ce moment là que l'autonomie du patient n'était pas que physique mais qu'elle était aussi dans sa pensée. Aussi, au début de mes études d'infirmière, j'ai appris que le consentement des patients était inscrit dans les textes de loi. A ce titre, il était pour moi indispensable de le demander avant chaque soin. Je ne voyais aucune contre indication à cette demande, sauf bien entendu celles prévues par la loi (les situations d'urgences, les personnes sous protection juridiques...). Or, durant mon premier stage de première année, la situation que j'ai décrite en situation de départ m'est arrivée. Tous mes idéaux de soins ont été bouleversés. Je me suis remise en question et je me suis beaucoup interrogé sur cette situation qui était totalement à l'opposé de mes représentations et de mes valeurs professionnelles. Les stages que j'ai pu réaliser par la suite et l'enseignement théoriques dont j'ai pu bénéficier ont fait que alimenter mon questionnement. C'est donc tout naturellement que j'ai choisit cette situation pour démarrer mon mémoire.

Ma première idée lors du début de ce travail était le fait que les soignantes qui m'ont dit de ne pas demander le consentement aux patients m'avaient dit ça par routine. En effet, les soins que je devais prodiguer, au moment où on m'a dit cela, étaient des soins dits "banales". Effectivement,

en tant qu'infirmière, on réalise des prises de paramètres vitaux tous les jours et idem pour les glycémies capillaires. De mon côté, je débutais ma formation, j'étais encore dans la découverte du métier. Je réalisais mes premiers soins infirmiers. Tout me paraissait nouveau. La routine n'était pas présente pour moi. C'est pour cela que j'ai voulu interroger des infirmiers et des étudiantes infirmières afin d'évaluer l'impact de la routine et de la banalisation des soins au cours de la formation, puis par la suite au cours de la carrière professionnelle. De plus, lorsque j'ai analysé les différents entretiens, je me suis rendu compte qu'en effet, l'étudiante de première année demande le consentement aux patients pour tous les soins qu'elle réalise. Au contraire, les autres personnes interrogées ne demandent pas le consentement au patient pour tous les soins. Excepté l'infirmière travaillant en EHPAD. Elle se dit sensible à cela. On peut se demander d'où cela vient. De l'institut où elle a été formé ? De ses expériences professionnelles ? De sa vie personnelle ? De son propre sujet de mémoire ? Je n'ai à ce jour pas la réponse à ce questionnement.

Par ailleurs, lors de ma recherche théorique, j'ai été surprise par deux choses importantes qui ont eu, depuis, un impact sur ma pratique professionnelle. La première étant le fait que je ne m'étais jamais rendu compte de la responsabilité du patient dans son droit au consentement. Je me rendais compte que la demande de consentement faite au patient rendait ce dernier acteur de sa santé, mais je ne me rendais pas compte que cette demande impliquait la responsabilité du patient. La deuxième découverte que j'ai faite grâce à ce travail, c'est le fait que ma communication non verbale n'était pas en cohérence avec ma communication verbale lors de la situation de départ. Je me suis donc aperçu que je pouvais avoir une communication non verbale non adaptée à mes paroles. Bien sûr, cette non cohérence n'est pas voulu. Lors des entretiens que j'ai mené, il était donc pour moi primordial de savoir si les soignants étaient conscient de cette non concordance. D'après les réponses que j'ai eu, on peut se demander si les soignants sont conscients qui leur ait possible de ne pas être congruent entre leurs gestes et leur parole.

De plus, les entretiens que j'ai réalisé m'ont permis de faire évoluer une fois de plus ma pensée. Ils m'ont permis de comprendre que la place du consentement des patients est au centre du soin, mais que pour autant, le consentement est souvent détourné pour que les soignants puissent réaliser leur objectif de soin. Les entretiens m'ont permis de mettre en évidence la non connaissance des soignants entre le consentement et la responsabilité du patient. On peut alors se demander si les soignants ne diminuent pas la responsabilité des patients et la place que dans les soins qu'ils prodiguent. Aussi, l'une des choses que j'ai pu observer lors des entretiens, c'est le manque de lien que font les soignants entre leur communication verbale et leur communication non verbale. En d'autres termes, ils pensent que ce lien est automatique. Or, comme nous avons

pu l'observer dans la partie conceptuelle, la communication verbale n'est pas toujours cohérente avec la communication non verbale. C'est ce dernier point que j'aurai aimé approfondir car il est pour moi le plus intéressant et pour lequel j'ai à ce jour le moins de réponse et le moins d'action à mettre en place.

6.2 Question de recherche

Enfin, si un jour j'ai la possibilité de poursuivre mon travail, je partirai de la question de recherche suivante : en quoi la communication non verbale des infirmiers facilite la mise en place de la relation de confiance ?

7 Conclusion

Ce mémoire de fin d'étude se termine après un nombre d'heure de travail incalculable. Des heures de réflexion qui m'ont permises de faire évoluer ma pensée professionnelle. Avant l'écriture de ce travail, je pensais que tout était soit tout noir ou soit tout blanc. Mais je me suis rendu compte que la réalité est un mélange de cela. En effet, le consentement est une notion importante dans notre métier qui est celui d'infirmière. On ne peut pas réaliser tous les actes que l'on souhaite sur une personne sans que celle-ci soit d'accord. C'est une règle fondamentale. Pour autant, je me suis rendu compte que les patients pouvaient eux-mêmes demander qu'on ne leur demande pas leur consentement à chaque acte, notamment dans les pathologies chroniques. Et surtout, je ne m'étais jamais rendu compte de la responsabilité qu'à le patient lorsqu'il donne, ou non, son consentement. Bien sûr que cet aspect du consentement est prévenu par des lois. Mais il n'en reste pas moins. Je me suis donc aussi rendu compte de l'importance de l'accompagnement du corps soignant envers le soigné pour qu'il puisse prendre une décision réellement libre et éclairée. Je ne mesurais pas le poids que le consentement avait dans le soin. Il ne s'agit pas d'une simple question. Le consentement a un sens : celui de rendre le patient acteur de sa santé et cela a des conséquences sur sa prise en charge (observance du traitement, suivi des conseils, ...).

Ce mémoire m'a appris à être rigoureuse dans mon travail. J'ai mis beaucoup de temps avant de me consacrer pleinement, mais à ce jour, je suis fière du résultat. Je suis fière de tout le travail accompli. Jamais je n'aurais pensé réussir un travail aussi abouti. J'aurais aimé travailler dessus encore plus longtemps, mais savoir que je suis capable de réaliser ce travail me donne des ailes pour continuer à aller plus loin dans mes études. La chose pour laquelle je suis le plus fière dans mon travail, ce sont les premières pages (page de garde, remerciements, dédicaces). Cette partie

de mon mémoire me ressemble parfaitement. C'est toute cette partie qui singularise totalement mon mémoire à mon image. Il n'y a pas une ligne de cette partie que je regrette. Et surtout, je suis fier d'avoir pu personnaliser la page de garde avec un dessin de mon copain.

Cependant, ce travail n'a pas été toujours simple à réaliser. J'ai eu des difficultés. La première grande difficulté a été de me mettre à fond dans le travail de ce mémoire. Effectivement, la tâche à accomplir me paraissait tellement immense que je n'osais pas commencer. J'ai réussi grâce à l'aide de ma guidante de mémoire, Mme Faure, qui a su trouver les mots pour me motiver. Aussi, commencer la mise en page finale du travail m'a permis de voir le potentiel de ce mémoire et m'a motivé pour rendre un travail qui me ressemble et qui est vraiment personnalisé. Par ailleurs, la deuxième grande difficulté que j'ai rencontrée a été quand l'infirmière libérale, que je devais interroger initialement, a annulé notre rendez-vous au dernier moment. Heureusement, j'ai pu rapidement prendre un autre rendez-vous avec une autre infirmière libérale, qui a bien volontier accepté la demande d'entretien.

En somme, je suis fier d'avoir pu consacrer autant de temps à la confection de ce mémoire et au métier d'infirmière. Ce métier que j'ai choisi il y a plusieurs années déjà est une vraie passion et ce mémoire m'a permis de m'en souvenir. Une fois diplômé, je souhaiterais encadrer des étudiants, en étant référente du tutorat dans le service où j'exercerais. Aussi, pour leur expliquer l'importance du consentement, j'aimerais bien leur montrer mon travail pour qu'ils se rendent compte de la place primordiale du consentement dans le soin. Cela dans le but qu'ils considèrent toujours les patients comme des personnes et non comme des pathologies. Permettre aux patients d'être acteur de leur santé est de notre responsabilité de soignant.

Annexes

Annexe I : guide d'entretien

Pouvez-vous vous présenter succinctement ? (Prénom ? Age ? Nombre d'année de diplôme ? Service où vous travaillez actuellement et où vous avez travaillé ? Avez-vous été qu'infirmière ?) ?

Question inaugurale : Quelle place accordez-vous au consentement aux soins ?

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Questions de relance
Accompagnement	Autonomie	-Vérifier le lien que l'infirmier fait entre le consentement et l'autonomie -Savoir si l'infirmier demande toujours le consentement dans tous les soins pour vérifier s'il existe une banalisation de certains soins	- Pensez-vous que le consentement aux soins favorise l'autonomie -Demandez-vous le consentement pour tous les soins ? (Si non, quels soins ?)
	Responsabilité	-Savoir si l'infirmier met en lien le consentement des patients avec sa responsabilité	-Pensez-vous que le consentement d'un patient pour un soin engage sa responsabilité ? Pourquoi ?

Négociation	Communication verbale	<p>-Savoir si la négociation est souvent présente dans le cadre du soin ou non</p> <p>-Savoir si la communication verbale que les infirmiers ont est adaptées.</p>	<p>-Avez-vous déjà eu des situations où vous avez dû négocier avec un patient ? (Si oui, laquelle ? Qu'avez-vous ressenti ?)</p> <p>Que mettez-vous en place dans la communication verbale pour négocier le soin ?</p>
	Communication non verbale	<p>-Connaitre les outils de communication non verbale qu'utilise les infirmières pour négocier un soin</p> <p>-Savoir si les soignants ont adopté des solutions pour ne pas faire passer implicitement des informations aux patients</p>	<p>Que mettez-vous en place dans la communication non verbale pour négocier le soin ?</p> <p>Arrivez-vous à maîtriser votre communication non verbale pour qu'elle soit en cohérence avec votre communication verbale ? Si non pourquoi ? Si oui comment ?</p>

	Relation de confiance soignant-soigné	<p>-Identifier les actions mise en place par le soignant pour mettre en place une relation de confiance</p> <p>-Savoir si les infirmiers connaissent les qualités nécessaires à la bonne mise en place d'une relation de confiance pour ensuite pouvoir les adopter</p>	<p>-Comment pensez-vous que la relation de confiance peut s'installer ?</p> <p>-Quelles sont les qualités d'un soignant nécessaire à la mise en place d'une relation de confiance ? Quelles sont les éléments (actions) nécessaire à la mise en place d'une relation de confiance ?</p>
--	---------------------------------------	---	---

Annexe II : entretien numéro 1

Pouvez-vous vous présenter succinctement ? (Prénom ? Age ? Nombre d'année de diplôme ? Service où vous travaillez actuellement et où vous avez travaillé ? Avez-vous été qu'infirmière ?) ?

Je m'appelle Charlotte, j'ai 27 ans, ça fait 5 ans que je suis diplômée. J'ai été diplômée à Moulins. En sortant du diplôme, j'ai fait un peu d'intérim pendant un an parce que je ne savais pas encore ce que je voulais faire. J'ai travaillé pendant un an en maison de retraite à Nevers et là ça fait un peu moins de 4 ans que je travaille ici, en EHPAD. En sortant du BAC j'ai fait l'école d'infirmière, mais j'ai quand même pendant mes études travaillé en tant qu'aide-soignante dans les lieux de stage où j'ai travaillé. Pendant les trois ans d'études, j'ai fait surtout de l'EHPAD, en remplacement, pendant les vacances, pendant les week-ends.

Quelle place accordez-vous au consentement aux soins ?

Alors le consentement, surtout en maison de retraite, moi je vais surtout parler de la maison de retraite. (Hésitation). Pour moi, en maison de retraite c'est primordial parce que c'est l'une des dernières choses qui leur reste aux personnes-âgées, c'est pouvoir exprimer ce qu'ils désirent... (hésitation) Ouais leur consentement. (Hésitation). Voilà. C'est... comment dire... (hésitation). Ya pas d'autre façon de répondre, dans notre métier c'est la base quoi. C'est... (hésitation) On ne peut pas faire un soin sans que la personne soit d'accord, à moins que... à moins que... pour son bien quoi, mais là faut négocier (soufflement). Mais je pense que les autres questions seront par rapport à ça.

Pensez-vous que le consentement aux soins favorise l'autonomie ?

Bonne question... Il faut que j'analyse. Euh ben ça dépend quel soin on va lui faire, à priori, parce-que... (hésitation). Je ne comprends pas la question enfaite.

Reformulation de la question : est-ce que le consentement aux soins favorise l'autonomie dans le sens autonomie de penser et autonomie d'agir ?

Ah oui. Euh... (hésitation) Ben oui, c'est ce que je disais, c'est la dernière chose qu'ils leur reste ici, c'est pouvoir exprimer ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas. Donc je pense que dans la mesure où ils le peuvent, parce qu'il y a certains qui ne le peuvent pas, mais oui on respecte l'autonomie.

Est-ce que vous demandez le consentement pour tous les soins ?

Oui, moi oui, pour moi c'est...(hésitation), c'est une habitude. Même quand on fait une prise de sang, je demande « *je peux y aller* ». Tu vois ? C'est ça aussi. Je demande à chaque fois.

Même pour une glycémie capillaire par exemple ?

Ouais, c'est pareil. Non mais c'est vrai que je ne suis pas parfaite mais pour ça... (hésitation). Après c'est différent quand les personnes sont à l'unité Alzheimer. On leur demande si on peut piquer mais parfois ils ne savent pas répondre, ils ne comprennent pas, donc là c'est vrai qu'on n'attend pas forcément le oui. Là c'est plus compliqué.

Réexplication du sujet de mon mémoire en disant qu'il est accès sur les personnes sans troubles cognitifs pouvant interférer leur consentement.

Pensez-vous que le consentement d'un patient pour un soin engage sa responsabilité ? Pourquoi ?

Ben oui je pense que ça engage sa responsabilité parce-que... (hésitation) c'est quand même de lui dont il s'agit, de sa santé donc quelque par oui, mais comment dire... (hésitation). C'est sa responsabilité s'il me dit oui ou non pour un soin, mais il n'est pas responsable si je lui fais un soin que je ne devrais pas lui faire. Il n'est pas responsable d'avoir dit « *oui* ». Je ne sais pas si c'est dans ce sens là que tu pose ta question mais je vais dire que... (hésitation), lui il est responsable dans la mesure où il a confiance en moi et en ce que je lui dis... Par exemple je viens lui faire une prise de sang. Je lui demande s'il est d'accord, il me dit « *oui* » mais après il ne me pose pas la question « *pourquoi vous me faites la prise de sang ?* », « *est-ce que le médecin la prescrit ?* » Tu vois ce que je veux dire ?

Reformulation de la question : lorsqu'un patient donne son accord, il est responsable. Comme dans un refus de soin, il est responsable des conséquences.

Oui comme par exemple, si on envoie un patient à l'hôpital, il ne veut pas de soin et qu'il veut partir. Il signe une décharge. Il est responsable de ça. Effectivement. Ça serait plus dans le refus qu'il y'aurait problème. Quand il accepte, normalement ça se passe plutôt bien. Mais c'est vrai que dans le refus ça peut être problématique. Par exemple, si une personne refuse de prendre son traitement et qu'il est en hypertension et que... (hésitation). Là ça peut être problématique. Donc il est responsable de... (hésitation) de ce qui se passera après.

Avez-vous déjà eu des situations où vous avez dû négocier avec un patient ? (Si oui, laquelle ? Qu'avez-vous ressenti ?

Euh... (longue hésitation). Alors, je vais prendre l'exemple d'une personne qui est ici en maison de retraite et qui refuse systématiquement ses traitements. Et... (hésitation), c'est très problématique justement parce qu'elle fait de l'hypertension et elle vomit, enfin ça la rend malade donc c'est compliqué. Donc là ce qu'on ressent, ben c'est surtout qu'on essaye plusieurs choses pour essayer de la faire accepter. On lui écrase les médicaments ou on essaye de lui expliquer en quoi c'est important de le prendre. Mais bon, si elle refuse toujours de le prendre on essaie de le cacher un petit peu dans la nourriture, mais elle le sent, donc voilà, on entame vraiment de la négociation, on parle de sa fille, on lui dit que « *si sa fille était là, elle ne serait pas contente* ». Parfois ça marche, mais quelquefois ça ne marche toujours pas. Et là effectivement, en ce moment elle refuse tout en bloc. On a essayé de lui mettre dans du nutella mais ça ne passe pas trop non plus. Du coup, ben là faut être un petit peu... On est démuni, on se sent démuni. On appelle le médecin qui nous dit « *ben ouais mais si elle refuse on ne peut pas lui mettre de force dans la bouche* », ce qui est vrai. Donc, ben on est obligé de faire avec quoi. Ya des jours où elle accepte et des jours où elle n'accepte pas. Donc comment je me sens ? Je me sens démuni, impuissante. On a tout essayé, on passe la main, on essaye que quelqu'un d'autre y aille mais ça ne marche pas forcément non plus (soupir). Passer le relai, passer à différents moments de la journée aussi quelquefois on essaye.

Que mettez-vous en place dans la communication non verbale pour négocier le soin ?

Ben le toucher, le regard surtout, mais c'est vrai que c'est une dame qui aime bien qu'on lui sourit, qu'on parle d'autre chose aussi, mais non verbale on a dit. Quelquefois qu'on lui touche, qu'on lui caresse les mains. Je pense que c'est ça qu'ils attendent aussi, c'est un peu de réconfort. Le réconfort ça passe par le sourire, les regards. Parfois ils nous demandent des bisous, des câlins. Ça peut aider. Parfois ça peut aider face à un refus de soin.

Arrivez-vous à maîtriser votre communication non verbale pour qu'elle soit en cohérence avec votre communication verbale ?

Si non pourquoi ? Si oui comment ?

En général, c'est un truc qui se fait, je pense, automatiquement. C'est-à-dire... (longue hésitation), que les gestes vont avec la parole en générale. C'est vrai que quand tu veux faire accepter quelque chose à quelqu'un tu ne peux pas... (hésitation) faire la gueule, parler méchamment. Ça va de pair. Tu prends la personne, tu lui parles doucement, tu la caresse, tu la touches, tu te rapproches, tu lui souris. Ça c'est un truc qui se fait automatiquement je pense, sans s'en rendre compte. Et puis c'est vrai que même dans la vie de tous les jours, ça va

ensemble quoi. Pour tout ce que tu veux faire, je pense que c'est comme ça. Enfin c'est comme ça que je le vois.

Comment pensez-vous que la relation de confiance peut s'installer ?

La relation de confiance, ça c'est quelque chose qui ne se fait pas automatiquement. C'est un truc qui se fait sur le temps déjà je pense. (Hésitation). Je pense qu'il faut faire plusieurs choses pour la personne pour qu'elle est confiance en nous, c'est-à-dire quand elle a une demande, on... (hésitation) répond à cette demande tout de suite ou assez rapidement déjà. Donc... (hésitation) quand on répond à cette demande généralement plusieurs fois, ils commencent à avoir confiance. Et puis justement, il faut se montrer... (hésitation) bienveillant, écouter, attentif. Je pense que ça aussi ça leur donne confiance. Et puis le fait de nous voir régulièrement aussi ça leur donne confiance parce que c'est vrai que les personnes qui viennent d'arriver, quand c'est la première fois qu'ils nous voient... (hésitation). On ne peut pas avoir tout de suite confiance en nous. Et je pense que de nous voir régulièrement ça aide. Euh... (longue hésitation) Et puis voilà, de nous connaître aussi, quelque fois parler un petit peu de sa vie privée, de discuter de leur vie privée à eux, c'est vrai que ça donne aussi une confiance.... (Hésitation) Et c'est cette confiance, ça aide quand on a un refus de soin. De parler de la vie privée ou notre vie privée ça peut aider le refus de soin justement. Mais la confiance c'est sûr que c'est... (hésitation) primordiale. Enfin moi je sais que si je n'ai pas confiance en quelqu'un, je n'ai pas trop envie que... (hésitation) qu'il me fasse un soin, qu'il me pique. Surtout que moi j'ai peur des prises de sang, mais dès que je vois quelqu'un je suis un peu retissante. Donc je comprends qu'eux ce soit pareil. Ils ont besoin (hésitation) de nous connaître un petit peu mieux.

Annexe III : entretien numéro 2

Pouvez-vous vous présenter succinctement ? (Prénom ? Age ? Nombre d'année de diplôme ? Service où vous travaillez actuellement et où vous avez travaillé ? Avez-vous été qu'infirmière ?).

Alors, je m'appelle Tom, j'ai 25 ans, ça fait 4 ans que je suis infirmier. Euh... (hésitation) J'ai commencé dans un service qu'on appelle les maladies métaboliques. C'est-à-dire, c'est de la néphrologie, diabète, endocrino, et euh... (hésitation) trois mois après le diplôme, j'ai été formé en hémodialyse, donc du coup je fais les deux services, hémodialyse et pôle métabolique du coup. Depuis 4 ans. J'ai toujours été infirmier.

Quelle place accordez-vous au consentement aux soins ?

Ben c'est une place essentielle déjà, parce qu'un patient qui est consentant il te laissera, donc d'ores et déjà... (hésitation), beaucoup plus de possibilités pour faire ton soin, il sera plus ouvert à... (hésitation) aux soins que t'as à lui prodiguer. Après, euh... le consentement, faut toujours chercher à le demander à ton patient, donc à l'avoir. Ton but c'est de l'obtenir. Dans un sens, si tu demande tout le temps l'avis du patient, si tu lui demande « *est-ce que je peux vous rentrer un pieu comme ça dans le bras ?* » (Mime avec ses mains une chose grande), il te dira « *non* ». Donc faut bien expliquer avant le consentement à quoi ça sert, ce que lui ça va lui provoquer et voilà. C'est généralement le consentement, tu le verras quand tu travailleras et t'as peut-être déjà du le voir en stage, c'est compliqué à avoir j'ai l'impression. Après moi je suis d'en un service où les soins sont quand même très invasifs. C'est assez douloureux ce qu'on a à leur faire. Donc euh... (hésitation), le consentement il est plus compliqué à obtenir que dans d'autres services je pense.

Pensez-vous que le consentement aux soins favorise l'autonomie ?

Ben je dirais que de toute façon, ton patient c'est le premier acteur dans sa prise en charge. Donc oui, mais enfaite, l'autonomie... Je n'aurais pas dit l'autonomie. Question un peu bizarre (rire).

Reformulation de la question : quand je parle d'autonomie, c'est l'autonomie de penser et d'agir comme la personne le veut.

Ah ben oui, dans ce cas oui, oui complètement. Complètement parce que le patient il a quand même le choix de te dire si oui ou non il accepte ce que tu veux lui faire. Donc oui dans ce sens là ça favorise l'autonomie du patient.

Demandez-vous le consentement pour tous les soins ? (Si non, quels soins ?)

(Réfléchit) Et bien en y réfléchissant, je pense que non à force. C'est-à-dire que (hésitation) en général un soin invasif, je vais lui expliquer ce que je vais lui faire. De là, enfaite le consentement, je ne demande pas « *est-ce que je peux vous mettre une sonde gastrique ?* ». Je vais vers le patient, je lui explique à quoi ça va lui servir, euh... (hésitation), de quoi il souffre, voilà. Et là le consentement enfaite... (hésitation), t'obtiens surtout un non s'il a quelque chose à te dire, sinon il dira forcément « *d'accord* ». Après, pour ce qui est d'une toilette, des trucs comme ça, je ne demande pas forcément. « *Bonjour* » d'abord, c'est essentiel. « *C'est l'heure de la toilette, vous me donnez un coup de main* ». Mais après je ne demande pas forcément tout le temps le consentement au patient. Après s'il n'a pas envie de faire ses soins, il a totalement

le droit de me dire non, dans ce cas-là, on discute. Tout est dans la communication toute façon. Tu ne vas pas forcer un patient à faire quelque chose qu'il n'a pas envie de faire. Donc tu recherches sans forcément le demander, je pense.

Et pour quels types de soins vous ne demandez pas le consentement ?

Comme je t'ai dit, pour les soins d'hygiène et de confort. Maintenant on... (hésitation), y a quand même un décalage entre notre anciens et nous maintenant, c'est-à-dire que nous on prend des douches tous les jours. Nos anciens, la douche, s'ils l'ont connu, c'était le dimanche, c'était plus la petite toilette du chat. Dans notre région c'est surtout des paysans donc ce n'est pas forcément quelque chose d'acquis l'hygiène tous les jours. Moi généralement je ne demande pas. Après moi c'est des chroniques, donc ils sont habitués à ce qu'on fasse la toilette tous les matins. Généralement, pour tout ce qui est soins d'hygiène, je ne demande pas forcément. Je l'impose d'ailleurs souvent. Quand les patients sont en état d'incurie, je ne leur demande pas forcément leur avis, je leur explique que l'hygiène c'est quand même important pour soigner des plaies et pour euh... (longue hésitation). Ouais, voilà, pour améliorer leur état de santé, ça passe déjà par une bonne hygiène. Donc c'est quand même essentiel d'aller se laver. Donc je pousse beaucoup plus que je demande l'avis du patient pour ça. Sinon tout le reste je demande forcément. Je cherche à savoir s'ils sont d'accord ou pas.

Pensez-vous que le consentement d'un patient pour un soin engage sa responsabilité ? Pourquoi ?

Sa responsabilité, non je ne pense pas forcément. Quand on parle de responsabilité, généralement c'est euh... (hésitation) C'est si jamais ça ne se passe pas bien, c'est trouver à qui est la faute. Donc la faute, ça ne sera pas forcément au patient, ce sera plus au soignant si ça ne se passe pas bien. En termes de responsabilité, je pense que c'est plus de l'ordre de celui qui fait le soin, plutôt que celui qui doit le subir. Je pense. Encore une fois, je ne pense pas être bien... (ne finit pas sa phrase).

Avez-vous déjà eu des situations où vous avez dû négocier avec un patient ? (Si oui, laquelle ? Qu'avez-vous ressenti ?).

Oui, quasiment tous les jours (rire). Donc euh... généralement, comme je l'ai dit, nous on fait des soins généralement invasifs en hémodialyse. On parle de te mettre un cathéter, de te mettre un abord en voie centrale donc c'est toujours un petit peu douloureux quand même. On rentre des aiguilles qui sont d'un calibre assez élevé, donc quand tu vois ça pour la première fois, c'est

particulier. Après la négociation, ça passe tout par la communication. Faut que tu mettes à l'aise ton patient. Tout par de là, si tu as une bonne communication verbale avec ton patient, il sera plus amène d'accepté s'il a toutes les clefs en main. Faut bien expliquer à quoi sert le soin, comment on va procéder. Evidement, ne pas lui mentir. Passer une sonde gastrique, ça fait mal. Euh... (hésitation). Une simple prise de sang, ça fait mal. Donc si t'explique bien correctement ce que ça provoque, à quoi lui ça va lui servir, en théorie, la négociation elle est vite faite. C'est quand même assez rare qu'un patient te dise « non, non, non ». Il dit « non » parce qu'il a peur d'avoir mal, mais au-delà de ça, il a envie d'être soigné donc généralement le non dure pas très longtemps non plus.

Et quand il y a des situations de négociation comme ça, quelles émotions vous avez ressenties ?

Ben moi j'ai quand même tendance à essayer de me mettre à la place du patient, alors tu n'y arrive pas, mais tu... enfin voilà... tu dis « *est-ce que moi de mon côté, j'aimerais qu'un infirmier vienne et m'oblige à ça ?* », la réponse c'est généralement non. Donc toi comment tu te sens... (hésitation). Ben au début quand tu débute, tu as tendance à dire « *bon ben il ne veut pas, il ne veut pas* ». Après, (hésitation), c'est quand même essentiel de prodiguer un soin quand il est prescrit, donc tu te sens... (longue hésitation). Faut essayer quoi de... Tout expliquer. T'es pas là pour te sentir mal, t'es pas là pour te sentir comme un bourreau dès que tu fais un soin qui fait mal à un patient. Faut être au clair avec sois même et au clair avec le patient. Il n'y a pas de situation que je me souvienne où je me suis senti vraiment mal en obligeant plus ou moins un patient à subir un soin que j'ai à lui faire, mais y a des jours où ce n'est pas super simple non plus. Quand t'as des situations un petit peu... où tu ne dois pas utiliser la force, mais un petit peu appuyer ta décision... Ouais ce n'est pas tous les jours faciles quoi.

Que mettez-vous en place dans la communication non verbale pour négocier le soin ?

Si t'as un patient qui ne communique pas ?

Reformulation de la question : dans la gestuelle, dans l'approche que vous avez avec les personnes.

Ben déjà moi je suis quelqu'un de souriant, donc généralement, tout ce que je propose ça passe en moyenne (rire). Mais déjà, voilà, faut arriver, faut être souriant, ne faut pas se mettre en position de force par rapport à ton patient parce que tu es un humain tout comme lui. Comme je l'ai souvent répété, l'hôpital c'est un milieu hostile, un milieu inconnu pour la plupart de la

population. Donc t'es pas là pour mettre des obligations et que ça se passe mal. La communication non verbale, après tu parles... (hésitation). T'évite d'être trop fermé, tu capte l'attention, donc le regard de ton patient. Après c'est tout des règles, comme des règles de politesse que t'as dans la vie de tous les jours. Dire bonjour, être souriant, poli, avoir un langage clair, ne pas être fermé dans son coin les bras croisés. Voilà. C'est se rendre disponible. T'as la gestuelle. Même pour passer ton concours d'infirmier, on te disait « *faut pas croiser les bras, être en position où tu peux recevoir toutes les questions* », même les critiques de tes patients. Au niveau de la gestuelle, il faut paraître ouvert et disponible.

Arrivez-vous à maîtriser votre communication non verbale pour qu'elle soit en cohérence avec votre communication verbale ?

Si non pourquoi ? Si oui comment ?

Oui, après moi c'est quelque chose qui me semble... (hésitation) logique. Après, moi je suis quelqu'un qui parle beaucoup, qui est assez souriant donc ma gestuelle après elle suit si tu veux. Si t'es un peu plus fermé, je pense que t'as des... si t'es pas sûr de toi, t'as des gestes qui sont plus imprécis, donc qui mettent plus mal à l'aise le patient, donc là la communication elle est rompue. Après, moi je pense que c'est adapté entre ce que je laisse transparaître, donc ma gestuelle et le vocabulaire que j'emploie, je pense que c'est en corrélation.

Comment pensez-vous que la relation de confiance peut s'installer ?

Ben déjà la relation de confiance, comment elle s'installe ? C'est comme je l'ai dit, c'est un simple bonjour, c'est être agréable. Infirmier, ce qu'il faut savoir, bonne mise à part le fait que t'essaie de sauver des vies ou de les maintenir dans les meilleures conditions possibles, tout ce que tu vas faire en moyenne, ça va faire mal, ça ne va pas être agréable et ça fait peur à ton patient. Donc si en plus, grossièrement tu tire la gueule, t'es désagréable, t'es... ton patient il ne voudra pas te parler, il ne se tournera pas vers toi s'il a des questions. La relation de confiance s'installe par le discours tout simplement. Le discours et l'attitude de l'infirmier. Le patient, c'est toujours mieux quand il est agréable lui aussi en face. Après quand t'as mal, quand t'es angoissé, que t'es dans l'inconnu, t'as pas toutes les clefs en main pour être agréable non plus. Donc ce sera plus à l'infirmier, et toute l'équipe soignante, je dis infirmier parce qu'on est entre infirmier, mais les aides-soignantes, les médecins, tout le personnel paramédical se doivent d'avoir une attitude agréable, douce, un ton de voix posé et (hésitation) une fois de plus c'est se montrer disponible. Le patient il va avoir des questions et il faut être en mesure d'y répondre. Donc être sûr de soi, sûr de ce qu'on t'a apporté. Et évidemment c'est accepté de recevoir toutes

les questions possibles, il n'y a pas de questions bêtes, toutes les craintes. C'est là qu'il faut tenter de les apaiser un maximum pour que ton soin se passe du mieux possible.

Annexe IV : entretien numéro 3

Peux-tu te présenter succinctement ? (Prénom ? Age ? Année d'école d'infirmière ? Ce que tu as fait avant l'école) ?

Je m'appelle Elodie, j'ai 24 ans, je suis étudiante infirmière en 3ème année. Avant ça, j'ai fait un BEP carrières sanitaires et sociales, un BAC sciences et technologies de la santé et du social, une prépa aux concours, deux ans de prépa aux concours. J'ai travaillé un petit peu en remplacement en maison de retraite et en tant qu'aide à domicile. Et voilà. Et j'aimerais travailler... (hésitation). Il y a plusieurs services qui m'intéressent, notamment auprès de personnes âgées, en EHPAD... (hésitation) ou en psychiatrie. Voilà.

Quelle place accorde-tu au consentement aux soins ?

Euh... (réflexion) ben une place importante. Euh... (réflexion) parce-que c'est un peu compliqué... (hésitation), si on n'a pas le consentement de la personne, si la personne elle n'est pas d'accord, les soins seront beaucoup plus compliqués. La personne elle n'aura pas confiance en nous et la prise en charge sera compliquée tout au long. Enfin ça me paraît... (hésitation) essentiel. Elle est vague la question. Je ne sais pas quoi dire d'autre. C'est une place importante, mais quelle place...

Pense-tu que le consentement aux soins favorise l'autonomie ?

Euh... oui parce-que si le patient... (hésitation). Comment dire ? Si le patient est consentant, qu'il donne son consentement, c'est un choix donc faire un choix c'est déjà lui montrer qu'il a une autonomie, qu'il n'est pas là à l'hôpital, ou en maison de retraite d'ailleurs, qu'il n'est pas là... (hésitation), qu'il a encore sa place en tant que personne, qu'il peut encore faire des choix et être autonome quoi. Il n'est pas là pour tout accepter. Et le fait qu'il soit... qu'il donne ou non son consentement, déjà s'il n'est pas consentant, essayer de savoir pourquoi, négocier avec lui, trouver des solutions. Donc du coup, ça le rend autonome parce-que peut être qu'il ne sera pas consentant pour faire le soin de telle manière mais peut-être qu'il le sera pour faire d'une autre manière. Et du coup ça le rend acteur de ses soins. Voilà.

Demandes-tu le consentement pour tous les soins ? (Si non, quels soins ?)

J'essaye de le demande au maximum, mais je pense que pour certains soins on ne demande pas forcément, enfin je ne demande pas forcément. Par exemple, en maison de retraite, où les stages... (réflexion) pour les personnes diabétiques, à qui on t va faire une glycémie trois fois par jour. Euh... (hésitation). Parfois je n'arrive en disant pas forcément « *est-ce que je peux vous faire votre glycémie capillaire ?* », mais des fois en disant « *je viens vous faire votre glycémie capillaire* ». Donc forcément, la personne me tend le doigt mais peut-être que ça induit sa... (hésitation). La façon dont je pose la question peut induire sa réponse. Peut-être que s'il est diabétique, il n'a peut-être pas envie aujourd'hui à midi, parce-qu'il est fatigué, qu'on lui fasse sa glycémie. Donc je pense qu'on devrait tout le temps demander. Mais après quand c'est des personnes qui ont des maladies chroniques et qui ont des soins répétés, je pense qu'au bout d'un moment, en tant que soignant, parfois on ne demande pas forcément parce-que voilà. Après faut en avoir conscience pour se réajuster et puis essayer de demander au mieux. Mais en tout cas je pense que j'essaye tout le temps parce-que même pour les toilettes... J'avais une petite dame, à chaque fois je lui demandais « *je peux faire votre toilette ?* » et elle me disait « *oui ben vous n'allez pas me demandez tous les jours* ». Donc voilà (rire). Donc faut vraiment s'adapter à la personne parce-que quand quelqu'un me dit ça, le lendemain je ne vais pas lui redemander.

Pense-tu que le consentement d'un patient pour un soin engage sa responsabilité ? Pourquoi ?

Euh... ben oui parce-qu'après... (hésitation). Je ne sais pas quoi dire comme exemple, mais c'est son choix, donc forcément si c'est son choix, c'est sa responsabilité. S'il n'est pas d'accord pour faire ce soin... après faut qu'il soit au courant des risques que ça encoure s'il refuse ce soin. Par exemple, y a un patient qui nous refuse une glycémie capillaire, faut bien qu'il soit au courant qu'il risque de faire une hypo et qu'on ne soit pas au courant et que du coup les conséquences que ça peut engendrer. Mais après c'est lui, c'est sa responsabilité, c'est ses choix. Comme nous, dans la vie de tous les jours, on est responsable de nos actes. Voilà.

As-tu déjà eu des situations où tu as dû négocier avec un patient ? (Si oui, laquelle ? Qu'as-tu ressenti ?).

Euh... (réflexion). Négocier avec un patient... ? (Longue hésitation). Ben je pense qu'on a dans la vie de tous les jours. Par exemple, des gens qui ne voulaient pas faire leur toilette spécialement. On va essayer de négocier, en leur demandant pourquoi, des fois en discutant ça va être « *est-ce que vous voulez bien juste que je vous débarbouille ?* ». Je sais pas « *que je vous*

débarbouille la figure et que... Qu'on s'habille quoi ? ». Pour la toilette en EHPAH, quand les gens sont fatigués, ils refusent. Après, qu'est-ce que j'ai ressenti ? Ben ça peut être un peu frustrant parce-qu'on peut se dire « *mince, on le laisse comme ça, ça fait deux jours qu'il refuse la toilette* ». Y a une dame comme ça qui a refusé de se lever toute la semaine. Alors c'est assez frustrant parce-que du coup on se disait « *est-ce qu'on a bien compris pourquoi elle ne voulait pas se lever ?* ». Mais... (hésitation), j'essaye toujours de comprendre et on essayait de trouver un compromis. Mais on peut dire que ça peut être frustrant. Voilà.

Que mets-tu en place dans la communication verbale pour négocier le soin ?

Euh... La communication verbale, qu'est-ce que je mets en place ? Ben j'essaye de comprendre pourquoi il refuse déjà. Pourquoi ? est-ce qu'il est fatigué ? Ou je ne sais quoi. J'essaye de reformuler ce qu'il me dit parce-qu'on ne comprend pas forcément. Et puis de montrer, je ne sais pas... De parler sur un ton calme, de pas m'énerver, lui montrer que je suis disponible parce que sinon ça va être compliqué de négocier en lui criant dessus. Mais ça arrive, y a des gens qui font ça (soupir). Euh... Voilà.

Que mets-tu en place dans la communication non verbale pour négocier le soin ?

Ben déjà, ça je trouve que c'est compliqué justement parce-qu'il y a des patients qui ne parlent pas, donc on ne sait pas trop s'ils sont d'accord ou pas. Ce n'est pas le sujet. Mais c'est un peu compliqué. Mais pour ces patients là on va mettre en place une communication non verbale en leur demandant « *serrez moi la main si vous voulez que je vous fasse la toilette* ». Je ne suis pas sûr qu'on le fasse tout le temps mais voilà. Sinon, qu'est-ce que je mets en place en communication non verbale ? Le regard, je regarde la personne quand je lui parle, je ne lui tourne pas le dos. Euh... (hésitation). Je me mets face à elle, à sa hauteur. Si y a des chaises je m'assois à la hauteur de la personne. Et le toucher. Moi je sais que je que je tiens les mains des personnes quand je leur parle. Quasi tout le temps, sauf les personnes qui ne veulent pas. Mais en général je tiens les mains des personnes pour les rassurer et pour leur montrer qu'on est là vraiment, que là tout de suite on est là pour parler, qu'on n'est pas à l'autre bout de la chambre, à la porte.

Arrive-tu à maîtriser ta communication non verbale pour qu'elle soit en cohérence avec ta communication verbale ?

Si non pourquoi ? Si oui comment ?

Ben je ne sais pas (rire). Je trouve que ça s'est compliqué parce-qu'on ne se voit pas. Moi j'essaye mais on ne se voit pas à l'extérieur. Des fois on fait des choses, dans la communication non verbale, on ne se rend pas compte des actes qu'on fait. C'est un peu un automatisme, donc... c'est compliqué. Est-ce que j'y arrive ? Je ne sais pas.

Comment pense-tu que la relation de confiance peut s'installer ?

Ben en étant à l'écoute du patient. En lui montrant que justement on respecte ses choix. S'il n'est pas consentant et qu'on fait quelque chose dont il n'est pas d'accord... Pour moi ce n'est pas possible d'avoir une relation de confiance. Donc faut déjà avoir le consentement, c'est la base de la relation de confiance. L'écoute, l'authenticité... Y a des patients avec qui ça passe moins, alors on essaye que ce soit notre collègue qui y aille parce qu'on ne va pas se forcer quoi, à faire des choses qu'on n'a pas envie. Même des soins qu'on n'est pas d'accord parce que le médecin a prescrit ça mais on n'est pas d'accord, ben je pense qu'il ne faut pas se forcer parce que sinon le patient n'aura pas confiance en nous. Il faut être en accord avec ce qu'on fait. Et ça se construit petit à petit. Voilà.

Quelles sont les qualités d'un soignant nécessaire à la mise en place d'une relation de confiance ?

Euh... l'écoute. Euh... (réflexion). Ben l'écoute, l'authenticité, la remise en question parce que voilà, on n'est pas forcément d'accord avec les choix du patient. Ça demande aussi de se remettre en question. De connaître ses limites ou de se remettre en question en disant « *ben ça je ne l'ai peut-être pas fait correctement, ben je vais me réajuster pour la prochaine fois* ». Euh... (hésitation), donc voilà. C'est accepter ses erreurs, se remettre en question, ses limites. Euh... (réflexion). Le respect du patient, le respect de sa dignité, le respect de ses choix. Voilà.

Annexe V : entretien numéro 4

Peux-tu te présenter succinctement ? (Prénom ? Age ? Année d'école d'infirmière ?) ?

Je m'appelle Pauline, j'ai 24 ans. Je suis en 1^{ère} année d'école d'infirmière. Mon premier stage je l'ai fait en long séjour et le deuxième en maternité.

Quelle place accordes-tu au consentement aux soins ?

Euh... (Hésitation) j'accorde une très grande place. Je pense que c'est nécessaire que les patients donnent leur consentement. Voilà.

Pense-tu que le consentement aux soins favorise l'autonomie ?

Oui je pense aussi. Enfaite, ce qui est bien c'est de leur demander s'ils veulent faire tout seul, ça favorise leur autonomie. Tu vois ce que je veux dire ?

Reformulation de la question : dans la question, je parle surtout de l'autonomie dans la façon de penser.

Ah. Ben du coup, oui je pense pareil.

Demandes-tu le consentement pour tous les soins ? (Si non, quels soins ?)

Oui. Il me semble que j'ai demandé le consentement à chaque fois. Ben quand j'ai fait une prise de sang j'ai demandé, pour rester dans la chambre regarder un soin j'ai demandé, donc oui je pense que je demande.

Et même à chaque fois que tu fais une glycémie capillaire ? Même quand tu la fais plusieurs fois par jour ?

Ben je pense que je viendrais quand même poser la question « *est-ce que je peux venir vous faire votre glycémie capillaire maintenant ? ou quand ça vous arrange* ».

Pense-tu que le consentement d'un patient pour un soin engage sa responsabilité ? Pourquoi ?

Oui je pense que ça engage sa responsabilité parce-que c'est lui-même, enfin c'est... (Hésitation). Est-ce que tu peux me reposer la question ?

Pense-tu que le consentement d'un patient pour un soin engage sa responsabilité ? Pourquoi ?

Reformulation : est-ce que tu penses que le patient est responsable quand il accepte ou non un soin ?

Ben oui et non. C'est nous qui faisons le soin donc c'est quand même nous qui sommes responsable quoi. Même s'il donne son consentement (rire).

As-tu déjà eu des situations où tu as dû négocier avec un patient ? (Si oui, laquelle ? Qu'as-tu ressenti ?).

Euh... (Réflexion). Je n'en ai pas le souvenir. (Réflexion) Où j'ai dû négocier... (Réflexion). Ah si, une fois j'ai dû négocier pour prendre la température d'une dame. Et ça a été très compliqué parce-que je ne voulais pas aller contre elle. Et ben j'ai attendu, je lui ai expliqué. Enfin après j'étais avec d'autre personne. Après en lui expliquant avec des mots simples, elle a

bien voulu. Mais c'était un peu long. C'est stressant comme situation. C'est stressant, angoissant, on ne sait pas trop comment faut réagir.

Que mets-tu en place dans la communication verbale pour négocier le soin ?

Dans le verbale ? Et ben la politesse. Leur dire « *s'il-vous-plait* », « *est-ce que ça vous dérange pas* ». Ne pas les forcer quoi.

Que mets-tu en place dans la communication non verbale pour négocier le soin ?

Et ben le sourire, un regard franc. Le regard qui sourit (rire).

Arrives-tu à maîtriser ta communication non verbale pour qu'elle soit en cohérence avec ta communication verbale ?

Si non pourquoi ? Si oui comment ?

Oui je pense que c'est cohérent. Ben c'est mieux. Enfin avec le sourire, c'est une forme de politesse, comme le « *s'il-vous-plait* ». Parce-que si t'es fermé, je pense qu'ils acceptent moins.

Comment pense-tu que la relation de confiance peut s'installer ?

Euh... en allant les voir souvent. Et puis pareil, en passant par la politesse. Leur sourire quand on est les croise. Leur faire un petit coucou quand ils sont dans la chambre. Juste en passant par la porte tu vois.

Quelles sont les qualités d'un soignant nécessaire à la mise en place d'une relation de confiance ?

Alors... les qualités (réflexion). Ben toujours la même chose. J'ai l'impression de me répéter, ça craint (rire). Ben ouais pareil, le sourire, la politesse, ne pas être brusque, prendre son temps, enfin essayer de prendre son temps du moins (rire). Puis, si on a des difficultés à instaurer une relation de confiance, passer par quelqu'un d'autre, qui explique qu'on est là pour eux. Voilà.

Annexe VI : entretien numéro 5

Pouvez-vous vous présenter succinctement ? (Prénom ? Age ? Nombre d'année de diplôme ? Lieu où vous travaillez actuellement et où vous avez travaillé ? Avez-vous été qu'infirmière ?) ?

(Rire). Non je ne te dirai pas mon âge. Alors je m'appelle Christine. Je suis diplômé depuis 40 ans. J'ai toujours exercé mon métier. J'ai exercé partout dans le monde. Aussi bien dans

l'Amérique du sud, dans le Moyen-Orient. J'ai fait à peu près tous les services. J'ai fait infirmière en entreprise. J'ai travaillé pour l'appel médical. J'ai fait de la pneumologie, de la cardiologie, de la chirurgie d'urgence. Je suis passé à peu près partout. J'ai été aussi coordinatrice en maison de retraite. Et ça fait trente ans que je suis en libéral. Le choix du libéral, c'était surtout un choix par rapport à mes enfants parce-que ça me laisser le temps pour m'organiser sur mon planning par rapport à mes enfants. Ça m'a permis d'élever mes enfants.

Quelle place accordez-vous au consentement aux soins ?

Alors, ce qui se passe, c'est que nous en libérale, à partir du moment où les gens nous ont appelés, c'est qu'on suppose qu'ils sont... (hésitation) consentent dans leurs soins. Donc ce n'est pas comme à l'hôpital où si tu veux, tu as une chaîne de succession de soins, de délégation qui fait qu'après... (hésitation), les gens ne sont pas forcément toujours au courant de ce qu'on va leur faire. Tandis que nous, c'est quand même les gens qui nous appellent eux-mêmes pour faire leurs soins, donc on suppose qu'ils sont consentants. Après, y a effectivement le problème des personnes âgées, donc des fois ce sont les enfants qui nous appellent pour faire les soins. Alors, le consentement, c'est vrai qu'on ne leur demande pas toujours. Alors tout dépend des soins. Par contre, si y a des gens qui nous refusent des soins, euh... (hésitation), ce qu'on fait, c'est qu'on leur explique les tenants et les aboutissants de si on ne fait pas les soins, on leur explique quelle importance ça peut avoir pour eux, pour leur pathologie et par contre on n'insiste pas. Enfin, je veux dire, si on va reproposer les choses, mais si on a un refus catégorique, on ne va pas s'acharner dessus, on ne va pas les obliger à faire les soins, ça c'est sûr.

Pensez-vous que le consentement aux soins favorise l'autonomie ?

Ah ben complètement. Si les gens ils adhèrent pas à leur programme, c'est sûr que... (hésitation). C'est comme l'arrêt du tabac, je veux dire, si les gens ils veulent... (hésitation), ils ont décidé qu'ils n'arrêteraient pas de fumer, tu peux leur mettre tous les patchs que tu veux, toute façon, ils continueront de fumer. Dans les soins, pour nous, c'est la même chose.

Demandez-vous le consentement pour tous les soins ? (Si non, quels soins ?)

A partir du moment où les gens nous appellent, on suppose qu'ils sont consentants, sinon ils ne nous appelleraient pas. Voilà. Donc on ne va pas leur reposer la question quand on arrive chez eux. « *Est-ce que vous êtes sûr que vous voulez qu'on fasse votre pansement ?* ». On suppose que s'ils nous ont appelé par téléphone avant, c'est qu'ils voulaient qu'on vienne faire leur pansement, suivre leur prescription. Puisqu'on travaille uniquement sur prescription médicale

quad même. Donc comme c'est eux qui nous donnent la prescription médicale, ils sont parfaitement au courant de ce qu'on va leur faire.

Pensez-vous que le consentement d'un patient pour un soin engage sa responsabilité ? Pourquoi ?

Engage sa responsabilité ? Quelle responsabilité ?

Reformulation de la question : comme le consentement est un choix, si le patient accepte ou refuse un soin, il est responsable des conséquences qu'il y aura ?

S'il refuse le soin, à partir du moment où on lui a expliqué pourquoi il avait besoin de ce soin, c'est sûr que c'est de sa responsabilité s'il y a des conséquences s'il y a du refus.

Avez-vous déjà eu des situations où vous avez dû négocier avec un patient ? (Si oui, laquelle ? Qu'avez-vous ressenti ?)

Oui c'est arrivé... C'est arrivé. Y a des gens qui comprennent pourquoi des fois on fait des visites pour voir si tout se passe bien, si la prise des médicaments... C'est souvent des gens qui sont entre deux. C'est-à-dire qu'ils ne sont ni très bien, ni très mal. C'est-à-dire qu'ils ont encore quelques capacités cognitives, mais ils en ont perdu quelques-unes autres, ce qui fait qu'ils n'ont pas compris vraiment l'intérêt de notre présence. Donc des fois on a l'impression de s'imposer un peu, mais on sait qu'ils n'ont pas tous les tenants et tous les aboutissants de ce soin. Donc c'est vrai que des fois on force un petit peu. Mais on sait bien que quand ils sont en début d'Alzheimer, euh... (hésitation). Alors bien sûr, on pourrait dire qu'il a dit non, sauf qu'il a Alzheimer quoi, donc il ne se rend pas bien compte non plus de l'intérêt qu'on soit là pour vérifier ses médicaments par exemple. Parce-que ce qui se passe souvent dans les débuts d'une pathologie comme celle-là, c'est que les gens ils ont oubliés qu'ils ont pris la dose de médicament, donc ils en reprennent une deuxième dose. Donc souvent on insiste un peu, surtout quand on sait qu'il y a déjà eu des problèmes avec cette personne-là, qu'il y a déjà eu des surdosages en médicament, notamment des anticoagulants. Donc on insiste fortement pour être présente, soit sur la prise des médicaments, soit sur le remplissage du pilulier et des choses comme ça. On force un peu notre présence des fois, c'est vrai.

Que mettez-vous en place dans la communication verbale pour négocier le soin ?

Souvent on rabâche, c'est-à-dire qu'on explique à chaque fois notre présence, pourquoi on est là, ce qu'on va faire, pourquoi c'est bien. Et parfois on dit que c'est le médecin qui a décidé que... Parce-que répéter cinquante fois la même chose aussi. Des fois on fait plus court, on dit

« *écoutez, c'est le médecin qui a décidé qu'il fallait absolument qu'on vienne* ». C'est comme ça qu'on négocie le plus souvent. En disant que ce n'est pas de notre fait, que ce n'est pas nous qui avons décidé de venir et de faire les choses. C'est qu'il y a une prescription médicale. Et s'il y a une prescription médicale, c'est qu'il y a certainement un problème.

Que mettez-vous en place dans la communication non verbale pour négocier le soin ?

Non verbale... Alors en communication non verbale... (longue réflexion). Ça sera peut-être de téléphoner avant de venir. Ça nous arrive souvent de prévenir les gens qu'on va venir pour qu'ils soient moins surpris. C'est une façon de les amadouer un peu. C'est une façon de leur donner l'impression qu'ils sont encore maîtres de leur situation. On les prévient, on leur dit « *écoutez on va venir... Si ça ne vous dérange pas* ». On met des formes. « *On viendra dans une demi-heure préparer votre pilulier* ». C'est une façon de leur donner l'impression qu'ils ont encore les tenants et les aboutissants, qu'ils peuvent encore avoir le choix. Mais on sait qu'on viendra quand même.

Arrivez-vous à maîtriser votre communication non verbale pour qu'elle soit en cohérence avec votre communication verbale ?

Si non pourquoi ? Si oui comment ?

C'est compliqué comme question.

Reformulation : j'imagine plus dans la communication non verbale l'aspect gestuelle de la communication. Par exemple, en stage, j'ai pu voir des infirmières demander à un patient s'il avait des questions, mais en ayant la main sur la poignée de porte. Le verbal veut dire que l'infirmière est ouverte aux questions, mais le non verbal exprime l'envie de l'infirmière de partir de la chambre.

Moi, ce que je me rappellerai toujours, c'est que quand j'ai commencé mes études d'infirmière, ce qui me choquait beaucoup, c'est qu'à chaque fois qu'un soignant rentrait dans une chambre, c'était toujours la même question « *ça va ?* ». Ça, ça m'horripiler. Parce que leur ça va, ça ne veut rien dire. Enfaite, ça veut dire « *je ne sais pas quoi te demander* ». Alors c'est tellement bateau. Alors des fois y a des gens qui vont répondre « *ça va* », mais y a plein de gens qui enfaite... (hésitation). Le « *ça va ?* » est tellement conformiste que ça veut dire quelque part « *je te demande ça, mais quelque part ça ne m'intéresse pas* ».

Comment pensez-vous que la relation de confiance peut s'installer ?

Alors euh... (réflexion). Je pense qu'il faut faire une routine, surtout chez les personnes âgées. C'est-à-dire que créer une routine, arriver toujours à peu près à la même heure pour créer une forme d'accoutumance. On sait très bien que les personnes âgées aiment pas les personnes nouvelles parce que ça les rend inconfortables. Donc ils aiment bien tout ce qui est routinier. Manger à la même heure, le mardi c'est la pédicure, le mercredi c'est le médecin... Donc ils aiment bien avoir une routine. Faut rentrer dans une espèce de routine pour rentrer dans leur cercle. Ma façon de faire c'est ça, c'est de créer une routine. C'est-à-dire, qu'au début on a une ordonnance pour une toilette, on ne va pas arriver chez les gens en disant « *bon ben j'ai une ordonnance, déshabillez-vous... C'est la douche alors je t'astique parce-que sur la prescription c'est marqué toilette hein* ». Non. On commence déjà par discuter avec les gens en leur disant que... mais on ne va pas se précipiter sur eux comme ça, les attraper par les cheveux et les flanquer sous la douche. Voilà. Surtout que les personnes âgées... Les douches... Alors sauf si y a urines ou selles qui nécessitent une urgence pour faire la toilette. Il faut interpréter l'ordonnance. Y a certains soins, comme des pansements tous les jours, parfois ce n'est pas nécessaire de les faire tous les jours. C'est mieux de les laisser deux jours. Il faut savoir rentrer dans la vie des gens sans les brusquer.

Quelles sont les qualités d'un soignant nécessaire à la mise en place d'une relation de confiance ?

Déjà il faut du temps, et ça, malheureusement, du temps on n'en a pas à l'hôpital. C'est vrai que ça demande du temps. Voilà. Des fois, il faut même plus laisser tomber le côté technique, tu vois, et commencer par le côté relationnel, au lieu de sa jeter sur le pansement, sur le machin. Parce-que la guérison ça commence par là quand même.

Annexe VII : Tableau d'analyse par entretien. Entretien numéro 1

Question inaugurale : « *primordial* », « *exprimer ce qu'ils désirent* », « *dans notre métier, c'est la base* », « *on ne peut pas faire un soin à une personne sans son accord* »

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Questions de relance
Accompagnement	Autonomie	<p>-Vérifier le lien que l'infirmier fait entre le consentement et l'autonomie</p> <p>-Savoir si l'infirmier demande toujours le consentement dans tous les soins pour vérifier s'il existe une banalisation de certains soins</p>	<p>« <i>Ben oui</i> », « <i>c'est pouvoir exprimer ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas</i> », « <i>c'est la dernière chose qu'il leur reste ici</i> », « <i>oui, on respect l'autonomie</i> »</p> <p>« <i>Oui, moi oui</i> », « <i>c'est une habitude</i> », « <i>c'est vrai que je ne suis pas parfaite, mais pour ça...</i> »</p>
	Responsabilité	<p>-Savoir si l'infirmier met en lien le consentement des patients avec sa responsabilité</p>	<p>« <i>Ben oui je pense que ça engage sa responsabilité parce-que... (hésitation) c'est quand même de lui dont il s'agit, de sa santé donc quelque par oui</i> », « <i>C'est sa responsabilité s'il me dit oui ou non pour un soin, mais il n'est pas responsable si je lui fais un soin que je ne devrais pas lui faire</i> », « <i>lui il est responsable dans la mesure où il a confiance</i> »</p>

			<i>en moi et ce que je lui dis », « ça serait plus dans le refus qu'il y'aurai problème. Quand il accepte, normalement ça se passe plutôt bien », « dans le refus ça peut être problématique », « il est responsable de... (hésitation) de se passera après ».</i>
Négociation	Communication verbale	<p>-Savoir si la négociation est souvent présente dans le cadre du soin ou non</p> <p>-Savoir si la communication verbale que les infirmiers ont est adaptées.</p>	<i>« On essay plusieurs choses pour essayer de la faire accepter », « si elle refuse toujours de le prendre on essaie de le cacher un petit peu dans la nourriture », « on entame vraiment de la négociation, on parle de sa fille », « parfois ça marche, mais quelquefois ça ne marche toujours pas », « on est démuni, on se sent démuni », « je me sens démuni, impuissante », « on passe la main, on essaye que quelqu'un d'autre y aille mais ça ne marche pas forcément non plus (soupir) », « passer à différents moments de la journée aussi quelquefois on essaye », « on parle d'autre chose »</i>

	<p>Communication non verbale</p>	<p>-Connaitre les outils de communication non verbale qu'utilise les infirmières pour négocier un soin</p> <p>-Savoir si les soignants ont adopté des solutions pour ne pas faire passer implicitement des informations aux patients</p>	<p><i>« Ben le toucher, le regard surtout », « qu'on lui sourit », « lui caresse les mains », « c'est un peu de réconfort », « le réconfort ça passe par le sourire, les regards. Parfois ils nous demandent des bisous, des câlins. Ça peut aider. Parfois ça peut aider face à un refus de soin », « Tu prends la personne, tu lui parles doucement, tu la caresse, tu la touches, tu te rapproches, tu lui souris »</i></p> <p><i>« C'est un truc qui se fait, je pense, automatiquement », « quand tu veux faire accepter quelque chose à quelqu'un tu ne peux pas... (hésitation) faire la gueule, parler méchamment. Ça va de pair »,</i></p>
--	----------------------------------	--	---

	<p>Relation de confiance soignant-soigné</p>	<p>-Identifier les actions mise en place par le soignant pour mettre en place une relation de confiance</p> <p>-Savoir si les infirmiers connaissent les qualités nécessaires à la bonne mise en place d'une relation de confiance pour ensuite pouvoir les adopter</p>	<p><i>« C'est quelque chose qui ne se fait pas automatiquement », « c'est un truc qui se fait sur le temps », « quand on répond à cette demande généralement plusieurs fois, ils commencent à avoir confiance », « nous voir régulièrement », « nous connaître aussi, quelque fois parler un petit peu de sa vie privée, de discuter de leur vie privée à eux », « et c'est cette confiance, ça aide quand on a un refus de soin », « la confiance, c'est sûr que c'est... (hésitation) primordiale », « ils ont besoin (hésitation) de nous connaître un petit peu mieux »</i></p> <p><i>« Bienveillant, écouter, attentif »</i></p>
--	--	---	---

Annexe VIII : Tableau d'analyse par entretien. Entretien numéro 2

Question inaugurale : « Place essentielle », « beaucoup plus de possibilités pour faire ton soin », « plus ouvert », « toujours chercher à le demander », « ton but, c'est de l'obtenir », « c'est compliqué à avoir j'ai l'impression ».

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Questions de relance
Accompagnement	Autonomie	<p>-Vérifier le lien que l'infirmier fait entre le consentement et l'autonomie</p> <p>-Savoir si l'infirmier demande toujours le consentement dans tous les soins pour vérifier s'il existe une banalisation de certains soins</p>	<p>« Ton patient c'est le premier acteur dans sa prise en charge », « oui complètement », « il a quand même le choix de te dire si oui ou non il accepte ce que tu veux lui faire », « ça favorise l'autonomie du patient »</p> <p>« Et bien en y réfléchissant, je pense que non à force », « je vais lui expliquer ce que je vais lui faire », « t'obtiens surtout un non s'il a quelque chose à te dire, sinon il dira forcément d'accord », « après s'il n'a pas envie de faire ses soins, il a totalement le droit de me dire non, dans ce cas-là, on discute. Tout est dans la communication toute façon », « tu recherches sans forcément le demander », « c'est des chroniques, donc ils sont habitués à ce qu'on fasse la toilette tous les matins », « je l'impose d'ailleurs souvent »</p>

	Responsabilité	-Savoir si l'infirmier met en lien le consentement des patients avec sa responsabilité	<i>« Non je ne pense pas forcément », « c'est plus de l'ordre de celui qui fait le soin, plutôt que celui qui doit le subir »</i>
Négociation	Communication verbale	-Savoir si la négociation est souvent présente dans le cadre du soin ou non -Savoir si la communication verbale que les infirmiers ont est adaptées.	<i>« Oui, quasiment tous les jours », « la négociation, ça passe tout par la communication », « si tu as une bonne communication verbale avec ton patient, il sera plus amène d'accepté s'il a toutes les clefs en main », « ne pas lui mentir », « tendance à essayer de me mettre à la place du patient », « t'es pas là pour te sentir mal », « il n'y a pas de situation que je me souviens où je me suis senti vraiment mal », « mais y a des jours où ce n'est pas super simple non plus ».</i>

	Communication non verbale	<p>-Connaitre les outils de communication non verbale qu'utilise les infirmières pour négocier un soin</p> <p>-Savoir si les soignants ont adopté des solutions pour ne pas faire passer implicitement des informations aux patients</p>	<p>« Faut être souriant », « ne faut pas se mettre en position de force par rapport à ton patient », « tu es un humain tout comme lui », « t'évite d'être trop fermé, tu capte l'attention, donc le regard de ton patient », « dire bonjour, être souriant, poli, avoir un langage clair, ne pas être fermé dans son coin les bras croisés », « se rendre disponible »</p> <p>« Oui, après moi c'est quelque chose qui me semble... (hésitation) logique », « ma gestuelle après elle suit »</p>
	Relation de confiance soignant-soigné	<p>-Identifier les actions mise en place par le soignant pour mettre en place une relation de confiance</p> <p>-Savoir si les infirmiers connaissent les qualités nécessaires à la bonne mise en place d'une relation de confiance pour ensuite pouvoir les adopter</p>	<p>« C'est être agréable », « s'installe par le discours tout simplement », « le discours et l'attitude de l'infirmier », « attitude agréable, douce, un ton de voix posé et une fois de plus c'est se montrer disponible »</p>

Annexe IX : Tableau d'analyse par entretien. Entretien numéro 3

Question inaugurale : « Une place importante », « si la personne elle n'est pas d'accord, les soins seront beaucoup plus compliqués », « la personne elle n'aura pas confiance en nous et la prise en charge sera compliquée », « c'est une place importante ».

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Questions de relance
Accompagnement	Autonomie	<p>-Vérifier le lien que l'infirmier fait entre le consentement et l'autonomie</p> <p>-Savoir si l'infirmier demande toujours le consentement dans tous les soins pour vérifier s'il existe une banalisation de certains soins</p>	<p>« Oui », « c'est un choix donc faire un choix c'est déjà lui montrer qu'il a une autonomie », « il a encore sa place en tant que personne », « ça le rend acteur de ses soins »</p> <p>« J'essaye de le demander au maximum », « pour certains soins on ne demande pas forcément », « la façon dont je pose la question peut induire sa réponse », « faut vraiment s'adapter à la personne ».</p>
	Responsabilité	<p>-Savoir si l'infirmier met en lien le consentement des patients avec sa responsabilité</p>	<p>« Oui », « c'est son choix, donc forcément si c'est son choix, c'est sa responsabilité », « qu'il soit au courant des risques que ça encoure s'il refuse ce soin »</p>

Négociation	Communication verbale	<p>-Savoir si la négociation est souvent présente dans le cadre du soin ou non</p> <p>-Savoir si la communication verbale que les infirmiers ont est adaptées.</p>	<p><i>« Je pense qu'on a dans la vie de tous les jours », « en leur demandant pourquoi », « ça peut être un peu frustrant », « j'essaye toujours de comprendre et on essayait de trouver un compromis », « j'essaye de comprendre pourquoi il refuse », « reformuler ce qu'il me dit », « parler sur un ton calme, de pas m'énervé, lui montrer que je suis disponible ».</i></p>
	Communication non verbale	<p>-Connaitre les outils de communication non verbale qu'utilise les infirmières pour négocier un soin</p> <p>-Savoir si les soignants ont adopté des solutions pour ne pas faire passer implicitement des informations aux patients</p>	<p><i>« C'est compliqué justement parce-qu'il y a des patients qui ne parlent pas », « le regard », « je me mets face à elle, à sa hauteur », « je tiens les mains des personnes quand je leur parle ».</i></p> <p><i>« Je ne sais pas », « c'est un peu un automatisme »</i></p>

	Relation de confiance soignant-soigné	<p>-Identifier les actions mise en place par le soignant pour mettre en place une relation de confiance</p> <p>-Savoir si les infirmiers connaissent les qualités nécessaires à la bonne mise en place d'une relation de confiance pour ensuite pouvoir les adopter</p>	<p>« En étant à l'écoute du patient », « on respecte ses choix », « le consentement, c'est la base de la relation de confiance », « il ne faut pas se forcer ».</p> <p>« L'écoute, l'authenticité, la remise en question », « connaître ses limites », « accepter ses erreurs », « le respect du patient, le respect de sa dignité, le respect de ses choix ».</p>
--	---------------------------------------	---	--

Annexe X : Tableau d'analyse par entretien. Entretien numéro 4

Question inaugurale : « J'accorde une très grande place », « c'est nécessaire »

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Questions de relance
Accompagnement	Autonomie	-Vérifier le lien que l'infirmier fait entre le consentement et l'autonomie	« Oui »

		-Savoir si l'infirmier demande toujours le consentement dans tous les soins pour vérifier s'il existe une banalisation de certains soins	« <i>Oui je pense que je demande</i> »
	Responsabilité	-Savoir si l'infirmier met en lien le consentement des patients avec sa responsabilité	« <i>Oui et non</i> », « <i>c'est nous qui faisons le soin donc c'est quand même nous qui sommes responsable</i> »
Négociation	Communication verbale	-Savoir si la négociation est souvent présente dans le cadre du soin ou non -Savoir si la communication verbale que les infirmiers ont est adaptées.	« <i>Une fois j'ai dû négocier</i> », « <i>ça a été très compliqué parce que je ne voulais pas aller contre elle</i> », « <i>stressant, angoissant, on ne sait pas trop comment faut réagir</i> » « <i>Mots simples</i> », « <i>politesse</i> »

	Communication non verbale	<p>-Connaitre les outils de communication non verbale qu'utilise les infirmières pour négocier un soin</p> <p>-Savoir si les soignants ont adopté des solutions pour ne pas faire passer implicitement des informations aux patients</p>	<p>« <i>Le sourire, un regard franc. Le regard qui sourit</i> ».</p> <p>« <i>Oui je pense que c'est cohérent</i> », « <i>si t'es fermé, je pense qu'ils acceptent moins</i> »</p>
	Relation de confiance soignant-soigné	<p>-Identifier les actions mise en place par le soignant pour mettre en place une relation de confiance</p> <p>-Savoir si les infirmiers connaissent les qualités nécessaires à la bonne mise en place d'une relation de confiance pour ensuite pouvoir les adopter</p>	<p>« <i>En allant les voir souvent</i> », « <i>la politesse</i> », « <i>ne pas être brusque, prendre son temps</i> », « <i>passer par quelqu'un d'autre</i> ».</p>

Annexe XI : Tableau d'analyse par entretien. Entretien numéro 5

Question inaugurale : « *Nous en libérale, à partir du moment où les gens nous ont appelés, c'est qu'on suppose qu'ils sont consentent* »

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Questions de relance
Accompagnement	Autonomie	-Vérifier le lien que l'infirmier fait entre le consentement et l'autonomie -Savoir si l'infirmier demande toujours le consentement dans tous les soins pour vérifier s'il existe une banalisation de certains soins	« <i>Ah ben complètement</i> » « <i>Qu'on ne leur demande pas toujours</i> », « <i>qu'on leur explique les tenants et les aboutissants de si on ne fait pas les soins</i> », « <i>comme c'est eux qui nous donnent la prescription médicale, ils sont parfaitement au courant de ce qu'on va leur faire</i> »
	Responsabilité	-Savoir si l'infirmier met en lien le consentement des patients avec sa responsabilité	« <i>Quelle responsabilité ?</i> », « <i>c'est de sa responsabilité s'il y a des conséquences s'il y a du refus</i> »

Négociation	Communication verbale	<p>-Savoir si la négociation est souvent présente dans le cadre du soin ou non</p> <p>-Savoir si la communication verbale que les infirmiers ont est adaptées.</p>	<p><i>« Oui c'est arrivé », « des fois on a l'impression de s'imposer un peu, mais on sait qu'ils n'ont pas tous les tenants et tous les aboutissants de ce soin », « des fois on force un petit peu ».</i></p> <p><i>« Souvent on rabâche », « on explique à chaque fois notre présence, pourquoi on est là, ce qu'on va faire, pourquoi c'est bien », « en disant que ce n'est pas de notre fait, que ce n'est pas nous qui avons décidé de venir et de faire les choses »</i></p>
	Communication non verbale	<p>-Connaitre les outils de communication non verbale qu'utilise les infirmières pour négocier un soin</p> <p>-Savoir si les soignants ont adopté des solutions pour ne pas faire passer implicitement des informations aux patients</p>	<p><i>« Téléphoner avant de venir », « c'est une façon de leur donner l'impression qu'ils sont encore maitres de leur situation ».</i></p>

	Relation de confiance soignant-soigné	<p>-Identifier les actions mise en place par le soignant pour mettre en place une relation de confiance</p> <p>-Savoir si les infirmiers connaissent les qualités nécessaires à la bonne mise en place d'une relation de confiance pour ensuite pouvoir les adopter</p>	<p>« Je pense qu'il faut faire une routine », « commence déjà par discuter avec les gens », « on ne va pas se précipiter sur eux comme ça »</p> <p>« Il faut du temps », « il faut même plus laisser tomber le côté technique », « commencer par le côté relationnel »</p>
--	---------------------------------------	---	--

Annexe XII : Tableau d'analyse globale

Légende :

En rouge →
entretien n°1

En bleu →
entretien n°2

En rose →
entretien n°3

En jaune →
entretien n°4

En vert →
entretien n°5

Question inaugurale : « primordial », « exprimer ce qu'ils désirent », « dans notre métier, c'est la base », « on ne peut pas faire un soin à une personne sans son accord ». « Place essentielle », « beaucoup plus de possibilités pour faire ton soin », « plus ouvert », « toujours chercher à le demander », « ton but, c'est de l'obtenir », « c'est compliqué à avoir j'ai l'impression ». « Une place importante », « si la personne elle n'est pas d'accord, les soins seront beaucoup plus compliqués », « la personne elle n'aura pas confiance en nous et la prise en charge sera compliquée », « c'est une place importante ». « J'accorde une très grande place », « c'est nécessaire ». « Nous en libérale, à partir du moment où les gens nous ont appelés, c'est qu'on suppose qu'ils sont consentent »

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Questions de relance
Accompagnement	Autonomie	<p>-Vérifier le lien que l'infirmier fait entre le consentement et l'autonomie</p> <p>-Savoir si l'infirmier demande toujours le consentement dans tous les soins pour vérifier s'il existe une banalisation de certains soins</p>	<p>« Ben oui », « c'est pouvoir exprimer ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas », « c'est la dernière chose qu'il leur reste ici », « oui, on respecte l'autonomie »</p> <p>« Ton patient c'est le premier acteur dans sa prise en charge », « oui complètement », « il a quand même le choix de te dire si oui ou non il accepte ce que tu veux lui faire », « ça favorise l'autonomie du patient »</p> <p>« Oui », « c'est un choix donc faire un choix c'est déjà lui montrer qu'il a une autonomie », « il a encore sa place en tant que personne », « ça le rend acteur de ses soins »</p> <p>« Oui »</p> <p>« Ah ben complètement »</p> <p>« Oui, moi oui », « c'est une habitude », « c'est vrai que je ne suis pas parfaite, mais pour ça... »</p> <p>« Et bien en y réfléchissant, je pense que non à force », « je vais lui expliquer ce que je vais lui faire », « t'obtiens surtout un non s'il a quelque chose à te dire,</p>

			<p>sinon il dira forcément « d'accord » », « après s'il n'a pas envie de faire ses soins, il a totalement le droit de me dire non, dans ce cas-là, on discute. Tout est dans la communication toute façon », « tu recherches sans forcément le demander », « c'est des chroniques, donc ils sont habitués à ce qu'on fasse la toilette tous les matins », « je l'impose d'ailleurs souvent » « J'essaie de le demander au maximum », « pour certains soins on ne demande pas forcément », « la façon dont je pose la question peut induire sa réponse », « faut vraiment s'adapter à la personne ». « Oui je pense que je demande » « Qu'on ne leur demande pas toujours », « qu'on leur explique les tenant et les aboutissants de si on ne fait pas les soins », « comme c'est eux qui nous donnent la prescription médicale, ils sont parfaitement au courant de ce qu'on va leur faire »</p>
	Responsabilité	-Savoir si l'infirmier met en lien le consentement des patients avec sa responsabilité	« Ben oui je pense que ça engage sa responsabilité parce-que... (hésitation) c'est quand même de lui dont il s'agit, de sa santé donc

		<p>quelque par oui », « C'est sa responsabilité s'il me dit oui ou non pour un soin, mais il n'est pas responsable si je lui fais un soin que je ne devrais pas lui faire », « lui il est responsable dans la mesure où il a confiance en moi et ce que je lui dis », « ça serait plus dans le refus qu'il y'aurai problème. Quand il accepte, normalement ça se passe plutôt bien », « dans le refus ça peut être problématique », « il est responsable de... (hésitation) de se passera après ».</p> <p>« Non je ne pense pas forcément », « c'est plus de l'ordre de celui qui fait le soin, plutôt que celui qui doit le subir »</p> <p>« Oui », « c'est son choix, donc forcément si c'est son choix, c'est sa responsabilité », « qu'il soit au courant des risques que ça encoure s'il refuse ce soin »</p> <p>« Oui et non », « c'est nous qui faisons le soin donc c'est quand même nous qui sommes responsable »</p> <p>« Quelle responsabilité ? », « c'est de sa responsabilité s'il y a des conséquences s'il y a du refus »</p>
--	--	---

Négociation	Communication verbale	<p>-Savoir si la négociation est souvent présente dans le cadre du soin ou non</p> <p>-Savoir si la communication verbale que les infirmiers ont est adaptées.</p>	<p>« On essaye plusieurs choses pour essayer de la faire accepter », « si elle refuse toujours de le prendre on essaie de le cacher un petit peu dans la nourriture », « on entame vraiment de la négociation, on parle de sa fille », « parfois ça marche, mais quelquefois ça ne marche toujours pas », « on est démuni, on se sent démuni », « je me sens démuni, impuissante », « on passe la main, on essaye que quelqu'un d'autre y aille mais ça ne marche pas forcément non plus (soupir) », « passer à différents moments de la journée aussi quelquefois on essaye », « on parle d'autre chose »</p> <p>« Oui, quasiment tous les jours », « la négociation, ça passe tout par la communication », « si tu as une bonne communication verbale avec ton patient, il sera plus amène d'accepté s'il a toutes les clefs en main », « ne pas lui mentir », « tendance à essayer de me mettre à la place du patient », « t'es pas là pour te sentir mal », « il n'y a pas de situation que je me souviens où je me suis senti vraiment mal », « mais y a des</p>
-------------	-----------------------	--	---

		<p><i>jours où ce n'est pas super simple non plus ».</i></p> <p><i>« Je pense qu'on a dans la vie de tous les jours », « en leur demandant pourquoi », « ça peut être un peu frustrant », « j'essaie toujours de comprendre et on essayait de trouver un compromis », « j'essaie de comprendre pourquoi il refuse », « reformuler ce qu'il me dit », « parler sur un ton calme, de pas m'énerver, lui montrer que je suis disponible ».</i></p> <p><i>« Une fois j'ai dû négocier », « ça a été très compliqué parce que je ne voulais pas aller contre elle », « stressant, angoissant, on ne sait pas trop comment faut réagir »</i></p> <p><i>« Oui c'est arrivé », « des fois on a l'impression de s'imposer un peu, mais on sait qu'ils n'ont pas tous les tenants et tous les aboutissants de ce soin », « des fois on force un petit peu ».</i></p>
--	--	--

	<p>Communication non verbale</p>	<p>-Connaitre les outils de communication non verbale qu'utilise les infirmières pour négocier un soin</p>	<p>« Ben le toucher, le regard surtout », « qu'on lui sourit », « lui caresse les mains », « c'est un peu de réconfort », « le réconfort ça passe par le sourire, les regards. Parfois ils nous demandent des bisous, des câlins. Ça peut aider. Parfois ça peut aider face à un refus de soin », « Tu prends la personne, tu lui parles doucement, tu la caresse, tu la touches, tu te rapproches, tu lui souris »</p> <p>« Faut être souriant », « ne faut pas se mettre en position de force par rapport à ton patient », « tu es un humain tout comme lui », « t'évite d'être trop fermé, tu capte l'attention, donc le regard de ton patient », « dire bonjour, être souriant, poli, avoir un langage clair, ne pas être fermé dans son coin les bras croisés », « se rendre disponible »</p> <p>« C'est compliqué justement parce-qu'il y a des patients qui ne parlent pas », « le regard », « je me mets face à elle, à sa hauteur », « je tiens les mains des personnes quand je leur parle ».</p> <p>« Le sourire, un regard franc. Le regard qui sourit ».</p>
--	----------------------------------	--	---

		<p>-Savoir si les soignants ont adopté des solutions pour ne pas faire passer implicitement des informations aux patients</p>	<p>« Souvent on rabâche », « on explique à chaque fois notre présence, pourquoi on est là, ce qu'on va faire, pourquoi c'est bien », « en disant que ce n'est pas de notre fait, que ce n'est pas nous qui avons décidé de venir et de faire les choses »</p> <p>« C'est un truc qui se fait, je pense, automatiquement », « quand tu veux faire accepter quelque chose à quelqu'un tu ne peux pas... (hésitation) faire la gueule, parler méchamment. Ça va de pair »,</p> <p>« Oui, après moi c'est quelque chose qui me semble... (hésitation) logique », « ma gestuelle après elle suit »</p> <p>« Je ne sais pas », « c'est un peu un automatisme »</p> <p>« Oui je pense que c'est cohérent », « si t'es fermé, je pense qu'ils acceptent moins »</p> <p>« Téléphoner avant de venir », « c'est une façon de leur donner l'impression qu'ils sont encore maîtres de leur situation ».</p>
--	--	---	---

	<p>Relation de confiance soignant-soigné</p>	<p>-Identifier les actions mise en place par le soignant pour mettre en place une relation de confiance</p>	<p>« C'est quelque chose qui ne se fait pas automatiquement », « c'est un truc qui se fait sur le temps », « quand on répond à cette demande généralement plusieurs fois, ils commencent à avoir confiance », « nous voir régulièrement », « nous connaître aussi, quelque fois parler un petit peu de sa vie privée, de discuter de leur vie privée à eux », « et c'est cette confiance, ça aide quand on a un refus de soin », « la confiance, c'est sûr que c'est... (hésitation) primordiale », « ils ont besoin (hésitation) de nous connaître un petit peu mieux »</p> <p>« C'est être agréable », « s'installe par le discours tout simplement », « le discours et l'attitude de l'infirmier », « attitude agréable, douce, un ton de voix posé et une fois de plus c'est se montrer disponible » « En étant à l'écoute du patient », « on respecte ses choix », « le consentement, c'est la base de la relation de confiance », « il ne faut pas se forcer ».</p> <p>« En allant les voir souvent », « la politesse », « ne pas être</p>
--	--	---	--

		<p>-Savoir si les infirmiers connaissent les qualités nécessaires à la bonne mise en place d'une relation de confiance pour ensuite pouvoir les adopter</p>	<p><i>brusque, prendre son temps », « passer par quelqu'un d'autre ». « Je pense qu'il faut faire une routine », « commence déjà par discuter avec les gens », « on ne va pas se précipiter sur eux comme ça »</i></p> <p><i>« Bienveillant, écouter, attentif »</i> <i>« L'écoute, l'authenticité, la remise en question », « connaître ses limites », « accepter ses erreurs », « le respect du patient, le respect de sa dignité, le respect de ses choix ».</i> <i>« Il faut du temps », « il faut même plus laisser tomber le côté technique », « commencer par le côté relationnel »</i></p>
--	--	---	--

Bibliographie

Ouvrages

- BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle. 2003. « *Communication soignant-soigné, repères et pratiques* ». Rosny-sous-Bois. Bréal.
- LANDRU Sylvie. 2013. *Législation, éthique, déontologie*. France. Vuibert.
- MILL JS. 1990. *De la liberté*. Paris. Presses pocket.
- PAILLARD Christine. 2018. « *Dictionnaire des concepts en science infirmières* ». 4ème édition. Noisy-Le-Grand. SETES éditions.

Articles de périodiques

- BEGUE-SIMON Anne-Marie. 2010. « *Le principe d'autonomie en santé, une approche anthropologique* ». « *Médecine et sciences humaines* ». Mai 2010.
- HOBİK Laurence. 2011. « *La place de l'éthique dans la responsabilité du patient* ». *Soins*. Octobre 2011. N°759.
- TOUCHENE Soraya. 2011. « *La communication, un outil de travail et de communication* ». *L'aide-soignante*. Juin-juillet 2011. N°128.

Cours

- BODNAR Patricia. 2016. *La confiance* : IRFSSA Moulins. Février 2016.

Pages internet

- BABELIO. 2019. *Patrick Verspieren*. Consultée le 15/03/2019 [en ligne].
<https://www.babelio.com/auteur/Patrick-Verspieren/66201>.
- CAPRAIS Juliette ; 2017. « *Quelle est la différence entre la communication verbale et non verbale* » [en ligne]. Consultée le 20/03/2019.
<https://education.toutcomment.com/article/quelle-est-la-difference-entre-la-communication-verbale-et-non-verbale-4197.html>

- DUPONT Christophe. 2014. « *Négociation dans les soins* » [en ligne]. Consultée le 18/03/2019. <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2014/11/2014-Negociation-dans-les-soins.pdf>

-FRANCE ASSOS SANTE. 2019. *Charte de la personne hospitalisée : les droits du patient* [en ligne]. Consultée le 15/03/2019. <https://www.france-assos-sante.org/66-millions-dimpatients/patients-vous-avez-des-droits/charte-de-la-personne-hospitalisee/>.

-LAROUSSE. « *Communication verbale* » [en ligne]. Consultée le 18/03/2019

- LAROUSSE. « *Responsabilité* » [en ligne]. Consultée le 17/03/2019. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>

-LEGIFRANCE. 2012. *Code de la santé publique* [en ligne]. Consultée le 15/03/2019.

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. 2009. *Diplôme d'état d'infirmier, référentiel de compétence* [en ligne]. Consultée le 15/03/2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf.

-ONISEP. 2017. *L'infirmier/ère*. Consulté le 15/02/2019. <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/infirmier-infirmiere>

Dessin de page de garde réalisé par Mickaël MARCHIORETTO, réalisé pour ce travail.

Le consentement aux soins au cœur de l'accompagnement

Institut en soins infirmiers de la croix-rouge de Moulins

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

UE 6.2S6 : anglais

Cécile LAURENT

Résumé :

Le consentement aux soins au cœur de l'accompagnement.

L'auteure de ce mémoire de fin d'étude a voulu mettre en avant le droit du consentement des patients dans les soins. Pour mener à bien ce travail, elle a décidé d'exclure de sa recherche les patients présentant un trouble cognitif pouvant avoir des conséquences sur le consentement et les personnes sous obligations de soins. L'auteure a mené des entretiens semi-directifs auprès de trois infirmières et deux étudiantes infirmières.

Dans ce travail, l'auteure a voulu expliquer les étapes nécessaires pour que le consentement soit libre et éclairé. Ces étapes impliquent le travail de l'équipe soignante, notamment celle des infirmières. Ces différentes phases sont l'accompagnement et la négociation. Avec l'accompagnement découle les concepts d'autonomie et de responsabilité. Et avec la négociation, découle les concepts de communication verbale, communication non verbale et de relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Après avoir mené à bien les entretiens, l'auteure a mis en parallèle les apports théoriques recherchés précédemment, avec les apports de la pratique du métier d'infirmier et de la place que ces derniers font au consentement lors des soins. Finalement, des similitudes et des divergences font leur apparition.

Mots clefs : consentement, accompagnement, autonomie, négociation, soins, infirmier, patient.

Abstract :

The consent to care at the heart of the accompaniment.

The author of this final thesis wanted to highlight the right of consent of patients in care. To carry out this work, she decided to exclude from her research patents with a cognitive disorder that could have consequences for the consent and the persons with care obligations. The author conducted semi-structured interviews with three nurses and two nursing students.

In this work, the author wanted to explain the necessary steps to make the consent free and clear. These steps involve the work of the health care team, including the nurses. These different steps are accompaniment and negotiation. With accompaniment, the concepts of autonomy and responsibility emerge. And with negotiation, the concepts of verbal communication, nonverbal communication and the relationship of trust between the health care team and the patient.

After completing the interviews, the author compared the theoretical contributions previously sought with the contributions of the practice of the nursing profession and the place they make to consent during care. Finally, similarities and divergences appear.

Keys words : consent, accompaniment, autonomy, negotiation, care, nurse, patient.