

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée, encouragée et qui ont contribué à la bonne réalisation de ce Travail de Fin d'Études :

Tout d'abord, toute l'équipe pédagogique de l'institut de formation qui nous ont accompagnés au mieux durant ces trois années de formation intenses. Mais également ma référente pédagogique qui m'a particulièrement soutenue personnellement, ainsi que ma directrice de mémoire, qui m'a aidée dans ce travail.

Tous les professionnels de santé, mon entourage, qui m'ont aidée dans la diffusion et ont accepté de répondre à mon enquête de terrain auprès des soignants, merci à : mes amis, ma mère ainsi que ses collègues, ma belle sœur, Nolwenn.

Merci à ma famille, mes amis, et Manou qui m'ont soutenue durant ces trois années de formation et m'ont accompagnée dans la réalisation de ce travail de fin d'études.

Mais aussi un grand merci à mes lecteurs, ma mère, mon père, mon conjoint, ma tante, et mes amis proches, qui m'ont soutenue durant la réalisation de ce travail et qui ont été très présents lors de ces trois années de formation.

Sommaire

Introduction.....	1
I) Situation d'appel.....	2
II) Analyse de la situation.....	4
III) Question de départ.....	9
IV) Élaboration du cadre conceptuel.....	10
1) Éthique.....	10
<i>a – L'éthique du care</i>	12
<i>b - Consentement du patient</i>	13
<i>c - Valeurs professionnelles</i>	14
<i>d - Respect</i>	15
<i>e – Déontologie</i>	16
2) Posture infirmière.....	17
<i>a - Positionnement soignant</i>	17
<i>b – Positionnement étudiant</i>	18
<i>c- Responsabilités infirmières</i>	19
<i>d - Remise en question professionnelle</i>	20
3) Encadrement.....	21
V) Problématique.....	23
VI) Question et / ou hypothèses de recherche.....	25
VII) Enquête de terrain.....	26
1) Méthodologie.....	26
<i>a - Choix de l'outil</i>	26
<i>b – Choix de la population</i>	26
2) Réajustements.....	27
3) Analyse de l'enquête.....	28
VIII) Synthèse de l'enquête.....	40
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43
ANNEXE 1 - Questionnaire.....	45
ANNEXE 2 - Résultats de questionnaires individuels.....	47
Soignant N°1.....	47
Soignant N°2.....	49
Soignant N°3.....	52
Soignant N°4.....	53
Soignant N°5.....	55
Soignant N°6.....	58
Soignant N°7.....	60
Soignant N°8.....	63
Soignant N°9.....	65
Soignant N°10.....	67
ANNEXE 3 – Abstract.....	69

Introduction

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, nous sommes amenés à effectuer un travail de fin d'études. Il nous permet d'engager une profonde réflexion et d'adopter une posture professionnelle concernant nos pratiques à mettre en application en stage. Ce travail s'appuie sur une situation de stage vécue, ayant pu nous interpeler.

Nous sommes donc partis d'une situation de stage rencontrée lors de la deuxième partie du semestre quatre, au sein d'un établissement d'hospitalisation de santé mentale. Accompagnée d'une étudiante de première année, nous avons dû réaliser une toilette ainsi qu'un sondage urinaire minute chez une patiente qui dormait. Cette patiente de 58 ans était atteinte d'une déficience mentale, elle ne se mobilisait plus, s'exprimait difficilement et présentait un état mental équivalent à celui d'une jeune enfant.

J'ai choisi de traiter cette situation, car ce choix de soin invasif chez une personne dont le sommeil perdurait m'a particulièrement marquée. De plus, réalisé sans le consentement direct de la patiente, il peut soulever la question éthique du respect de la patiente ainsi que la conscience professionnelle. Je trouve également qu'il peut être déstabilisant de transmettre des savoirs à une étudiante lors d'un soin aussi intime.

Nous avons alors choisi par la suite de retenir un thème plus général : **Le consentement du patient atteint de troubles psychiatriques dans la réalisation de soins invasifs.**

Cette thématique prend en compte plusieurs questionnements, sur nos valeurs, notre éthique qui impactent la patiente qui dormait lors de ce soin invasif. Dans cette situation particulière, il a été difficile de se positionner en tant qu'étudiante, future professionnelle et encadrante auprès de l'étudiante de première année.

Ce travail nous amène donc à la réflexion suivante : Quels éléments permettent la réflexion des soignants autour d'un soin invasif qui pose une question éthique ?

Dans ce travail, nous allons tout d'abord présenter la situation d'appel, puis l'analyser. Nous allons ensuite poser une question de départ, pour ensuite élaborer un cadre conceptuel, évoquant la notion d'éthique, de posture infirmière et d'encadrement. Puis, nous annoncerons la problématique, pour ensuite évoquer la question et l'hypothèse de recherche. Nous présenterons l'enquête de terrain, avec la méthodologie, les réajustements ainsi que l'analyse de l'enquête. Nous en déduisons alors la synthèse de cette enquête, puis nous terminerons par une conclusion synthétique.

I) Situation d'appel

Dans la situation que je vais vous décrire, je suis en stage dans un hôpital en santé mentale dans une unité de réhabilitation et pour une durée de cinq semaines . Ce jour-là, lors de ma première semaine de stage de semestre 4, je travaille du matin, de 6h30 à 14h30. J'ai en soins une patiente dont je m'occupe tous les matins.

Mme Y., 58 ans, est une patiente aveugle, qui est en fauteuil confort et ne se déplace pas. Elle a en effet des antécédents de spondylodiscite avec complications qui ont entraîné une paraplégie complète associée à des troubles sphinctériens. C'est une patiente qui a été admise pour une déficience mentale avec phase maniaque, agitation, hétéro-agressivité.

Chaque matin, nous devons faire sa toilette au lit, et sa douche sur un brancard tous les deux jours. Selon le protocole, nous devons également effectuer un sondage urinaire minute après la toilette, quatre fois par jour, à 8h, 15h, 20h et durant la nuit aux alentours de 2h du matin, car elle ne supporte pas sa sonde à demeure. J'ai décidé d'aller la voir après les transmissions aux alentours de 7h40, accompagnée de l'étudiante de première année, afin de réaliser sa toilette et d'effectuer le sondage urinaire minute.

En entrant dans sa chambre, qui est fermée à clé – *en rapport avec sa cécité, son incapacité à se mobiliser et réagir lorsque certains patients rentrent dans sa chambre pour la perturber* -, nous avons tenté de la réveiller, en l'appelant et en la stimulant. Nous avons alors ouvert les volets pour provoquer un réveil plus tranquille. Elle aime la musique ,c'est pourquoi nous avons allumé sa radio afin de la stimuler plus efficacement, mais en vain. Malgré ces tentatives, elle dort toujours profondément. Pendant ce temps, nous préparons le matériel nécessaire pour la toilette, et le sondage sur l'adaptable, puis nous préparons des affaires propres.

A ce moment-là, nous décidons d'aller voir les soignants pour connaître les directives à suivre. L'infirmière nous a confirmé que nous devons impérativement réaliser le sondage urinaire ; il est en effet important de respecter les horaires. Elle nous a également conseillé de ne laver uniquement que le visage et la région intime. Nous sommes donc retournées dans la chambre de Mme Y., qui dormait toujours aussi bien.

L'étudiante qui m'accompagne, va réaliser la toilette et également le sondage ; elle organise son matériel sur l'adaptable sur le côté gauche du lit. Pendant ce temps, je me place sur le côté droit du lit, afin de l'aider, de sécuriser la patiente, mais aussi pour l'encadrer. L'étudiante commence par passer un gant de toilette sur le visage de la patiente, puis elle réalise la toilette

intime, non sans difficultés, du fait de la raideur des jambes de la patiente, puis la tourne sur le côté afin de laver le siège et changer sa protection. Il nous a semblé que Mme Y. s'est légèrement réveillée à la fin de la toilette, car nous l'avons vu s'étirer, mais elle est restée endormie et paraissait apaisée sans réellement prêter attention à notre présence .

Par la suite, l'étudiante commence la réalisation de la pose de la sonde, pendant que je l'observe et la guide. Malgré l'aide et les conseils que je lui apporte, elle ne réussit pas à poser la sonde. Je lui propose donc d'intervenir et je finis la pose, afin qu'elle puisse observer et écouter mes conseils. Nous avons ensuite habillé Mme Y, puis utilisé le lève-personne afin de la lever. Nous avons mis la sangle de transfert, puis nous l'avons accrochée au lève-personne, et nous l'avons installée sur son fauteuil confort. A ce moment-là, une infirmière nous rejoint pour nous proposer de l'aide. Une fois le transfert terminé avec l'aide de la soignante, celle-ci emmène Mme Y. en salle à manger vers 8h15, et nous finissons d'aider pour le petit-déjeuner. Ce n'est seulement qu'à la fin de la séance de restauration des autres patients, que Mme Y. s'est réellement réveillée.

II) Analyse de la situation

Cette situation nous amène à plusieurs réflexions. Tout d'abord, nous évoquerons dans cette situation la notion de respect du patient et de son consentement sur la réalisation du soin. En effet, dans la situation présente, c'est un soin prescrit qui nécessite de respecter des horaires précis, à savoir 8h, 15h, 20h et 2h du matin. Il était nécessaire pour la dame d'effectuer le soin à ce moment sinon les autres sondages auraient été décalés et l'organisation des soignants perturbée. Il fallait donc prendre en compte les éventuels risques du report de ce soin.

Pour le Centre national de ressources textuelles et lexicales, le respect est un *«sentiment qui incite à traiter quelqu'un avec égard, considération, en raison de son âge, de sa position sociale, de sa valeur ou de son mérite»*¹. Dans notre situation, la patiente n'a pas pu être sollicitée à cause de son sommeil profond et son intimité n'a donc pas été totalement respectée. La patiente a plutôt tendance à beaucoup dormir à cause de ses thérapeutiques liées à sa maladie : elle doit prendre plusieurs neuroleptiques et anxiolytiques qui ont pour effets secondaires principaux de provoquer insomnie, somnolence et fatigue, ce qui favorise son sommeil. Nous devons toujours essayer d'agir avec le consentement des patients pour réaliser leur soin. Habituellement la patiente ne le refusait jamais, malgré quelques tentatives d'esquives parfois taquines. Nous l'avons donc malgré tout réalisé sans son consentement ponctuel, car nous avons finalement considéré dans cette situation qu'il était possible de le faire. Cependant, l'acte qui peut parfois occasionner une gêne pour le patient, devient par contre souvent gênant pour le personnel soignant qui peut considérer comme irrespectueux d'intervenir pendant le sommeil.

Nous allons maintenant développer brièvement la notion d'adaptation. Dans cette situation, nous nous sommes adaptées à l'état d'endormissement et de rigidité du corps, pour mener notre soin à son terme. Nous avons dû agir sans aucune aide ni communication de la part de la patiente. Cela rend plus difficile les gestes techniques,. Mais nous sommes malgré tout parvenues à réaliser la pose de la sonde urinaire minute. Nous nous sommes également adaptées pour la réalisation de la toilette.

1 CNRTL – Respect [En ligne]

Nous allons maintenant aborder la notion de dépendance. Pour A. Memmi, la dépendance est *«une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin»*². Mme Y est aveugle, elle est en fauteuil confort, nous réalisons ses transferts avec un lève-malade, et nous l'aidons complètement dans la réalisation de ses actes de la vie quotidienne. Elle est donc totalement dépendante pour ses mouvements, même les plus simples, à cause de sa cécité. Ses antécédents somatiques qui ont laissé des séquelles sur sa vessie, sont une cause de dépendance supplémentaire. Cela rend les soins plus longs à réaliser.

Le consentement correspond à *«un acte moral, intellectuel et librement éclairé d'un individu qui s'engage concrètement et prend des décisions en connaissance des conséquences. Le patient est capable, après avoir reçu les informations nécessaires à sa prise de décision, de gérer sa maladie et de participer à sa thérapie, atout majeur de réussite. Il peut donc également refuser les thérapies ou les soins proposés»*. Concernant les notions de collaboration et d'encadrement, elles sont très utiles dans cette situation. Le concept de collaboration se définit, d'une façon générale, comme *«étant un ensemble de visions, de cultures, et de stratégies réunies dans un réseau pour mettre en place des projets communs, dans la cadre d'un processus d'intégration impliquant l'existence de représentations et de valeurs partagées par différents acteurs»*. L'état de la patiente nécessite systématiquement l'intervention de deux personnes. Nous avons donc collaboré avec ma collègue de manière étroite, en particulier pour réaliser les mouvements du corps. Nous avons par exemple synchronisé nos mouvements. Nous avons également sollicité les conseils d'une infirmière qui a collaboré d'une certaine manière puisqu'elle nous a confirmé l'obligation de prise en charge malgré l'état d'endormissement de notre patiente.

L'encadrement est une *«action pédagogique visant à organiser les conditions d'accueil en stage, à diriger et accompagner un stagiaire afin d'assurer au mieux l'apprentissage de sa future fonction. Cet encadrement est effectué conjointement par le personnel soignant et enseignant»*. Dans mon cas, il s'agit avant tout d'une transmission de savoir-faire par l'observation. L'élève a pu observer le geste technique. Mon objectif premier était cependant de lui laisser la réalisation de l'acte, mais les conditions particulières m'ont amenée à changer d'idée. La stagiaire a pu

cependant voir la réalisation de l'acte agrémenté de mes explications qui faciliteront son apprentissage de la technique pour ce soin.

Dans cette situation, j'ai dû encadrer et conseiller l'étudiante de première année dans la réalisation du soin. Si la situation a gêné la stagiaire, le sommeil de Mme Y a finalement facilité mon explication sur la technique du soin. J'ai pu l'accompagner tout au long de son soin, la guider dans chaque étape de l'acte. Je l'ai observé et lui ai donné des conseils afin qu'elle puisse réussir au mieux son geste.

De plus, dans cette situation, il est important de parler de collaboration. Nous devons nous concerter et être en accord sur nos pratiques. Nous devons prendre les décisions conjointement avec l'étudiante de première année et avons dû travailler ensemble pour la toilette et la pose de la sonde, avec le relais que j'ai décidé par la suite.

Pour finir, dans cette situation, la notion d'évaluation permet l'observation de l'étudiante de première année sur le geste effectué et sa correction si nécessaire.

L'encadrement des infirmières sur les sondages urinaires que j'ai pu effectuer et valider à plusieurs reprises m'a permis de transmettre mon savoir à l'étudiante de première année et ainsi attribuer une valeur à sa pratique pour orienter un jugement. De plus, elle a pu observer et porter un jugement sur ma pratique lorsque j'ai pris le relais sur la pose de la sonde urinaire.

Pour poursuivre avec la notion d'encadrement, cette situation fait ressortir la posture professionnelle et étudiante. Au sein de cette situation particulière, nous avons pu observer le positionnement bien clair et précis de l'infirmière encadrante présente ce jour-là. Nous avons donc pu remarquer que la demande de l'infirmière concernant la réalisation du soin était bien précis. Le positionnement de l'infirmière à ce moment-là était bien défini, et elle n'a pas eu besoin de demander conseil à un autre soignant, ni de nous demander notre avis en tant qu'étudiantes qui allions réaliser le soin. Ici nous pouvons également énoncer la posture réflexive qui se traduit habituellement par une posture évitant la réalisation de pratiques par habitude ou hiérarchie. C'est pourquoi dans la situation cette notion peut poser question : en effet, ce soin en particulier est réalisé par habitude sans forcément prendre en compte la situation dans sa globalité.

De plus, le rôle du professionnel de santé est également de former les étudiants et cela engage sa responsabilité. L'infirmière a pu me laisser en autonomie sur ce soin que j'avais déjà

réalisé et validé à plusieurs reprises, et c'était également l'occasion pour moi d'encadrer une autre étudiante. Il est du rôle de l'étudiant d'encadrer les nouveaux professionnels ou étudiants comme dans cette situation présente, qui du reste a pu être plus difficile à mettre en place au vue du soin délicat à réaliser. Il peut s'avérer difficile de se positionner dans de telles situations en tant qu'étudiant, sachant la position ferme de l'infirmière et l'inconnu de la suite de notre stage si nous exprimons notre positionnement.

L'analyse de la situation permet une remise en question personnelle mais également en groupe afin d'améliorer ses pratiques soignantes. Or, l'infirmière ne nous a pas forcément par la suite expliqué son choix d'effectuer rapidement le sondage urinaire. Au sein de l'équipe, infirmière, aide-soignants et étudiants, n'ont donc pas forcément eu l'occasion d'en parler afin de comprendre leur fonctionnement propre.

Pour finir, nous allons évoquer la notion d'éthique ; c'est la science de la morale. Le Dictionnaire culturel en langue française précise que *«l'éthique appliquée est l'étude des choix concrets de nature morale dans les domaines de l'action sociale, techno-scientifique, et économique»*³. Dans notre situation, nous avons sollicité le personnel soignant car nous n'étions pas tout à fait certains de devoir réaliser le soin pendant le sommeil de Mme Y. Cette situation très particulière nous a donc surprises, et la notion éthique pouvait se poser. Cependant, certaines conditions particulières nous amènent à prendre des décisions de bon sens qui ne respectent pas totalement l'éthique comme on le voudrait.

Nous pouvons nous questionner sur les démarches à adopter dans cette situation, tout en respectant le patient. Nous avons réalisé le sondage urinaire sans consentement direct du patient, car il était possible, selon l'infirmière présente ce jour là, de réaliser cet acte à ce moment. De plus, cet acte est une prescription médicale à appliquer à certains horaires définis par les infirmières, ce qui est fondamental à respecter. Mais, cela pouvait éventuellement déranger Mme Y., ainsi que le personnel soignant, de devoir intervenir dans ces conditions pour faire un soin, ce qui peut être qualifié comme irrespectueux pour la patiente. Dans ce cas-là, nous pourrions envisager ce soin comme étant un geste invasif. Nous savions avec l'étudiante de première année qu'il lui fallait réaliser son sondage le matin. Mais, nous nous sommes interrogées sur l'urgence

3 DCLF - Éthique [En ligne]

de ce soin. En effet, ce matin là, les soignants étaient en nombre, et avec l'autre élève, nous étions disponibles pour la réalisation du sondage. Nous pouvons alors nous questionner sur la possibilité de réaliser le soin après le réveil de la patiente, peu de temps après la fin du petit déjeuner, aux alentours de 9h15.

Le consentement du patient est demandé dans chaque situation, mais il n'est souvent pas explicite. Régulièrement, les soignants n'expliquent pas systématiquement le déroulé complet de chaque soin qui va être réalisé. Si le patient le refuse, le soignant tente toujours des stratégies de détournement afin qu'il se fasse malgré tout. En règle générale, le refus de soin explicité par le patient n'est pas un frein à la réalisation du soin, qui est donc au cœur de négociations. Ici, ce soin était réalisé quotidiennement ; la patiente en avait l'habitude. Le consentement était toujours recueilli même s'il était parfois difficile de l'obtenir du fait de sa pathologie. Mais, la patiente étant endormie, l'infirmière encadrante présente a tout de même tenu à ce que l'on réalise l'acte.

Dans ce cas-là, le respect de la patiente est mis en jeu, car nous avons tout de même réalisé un soin invasif, ce qui nous ramène également à notre propre déontologie. Nous pouvons nous demander s'il était dans l'intérêt de la patiente de réaliser ce soin malgré tout. En effet, il était nécessaire de réaliser le sondage urinaire pour respecter les horaires et éviter d'éventuelles complications urinaires. Or, ce n'est pas forcément un soin qui nécessitait forcément une urgence absolue. En effet, nous savons que la patiente s'est réveillée environ une demi-heure après notre premier passage dans sa chambre. Nous savons également qu'elle allait se réveiller dans tous les cas quelques minutes suivant notre passage, et dans ces conditions l'attente du soin ne compromettait pas la santé de la patiente.

En lien avec le concept suivant de posture infirmière que nous allons voir, nous pouvons donc nous questionner sur la bonne posture infirmière et surtout d'étudiante à adopter.

III) Question de départ

Suite à cette description et l'analyse de cette situation, nous pouvons nous poser la question suivante :

En quoi un soin invasif ,avec la présence d'une autre étudiante, chez un patient atteint de troubles psychiatriques, implique la notion d'éthique ?

IV) Élaboration du cadre conceptuel

Dans cette situation complexe, plusieurs concepts peuvent ressortir. L'analyse nous a permis d'amorcer le travail de réflexion notamment concernant la notion d'éthique qui peut poser question ici. De plus, de manière générale, le soignant mais également l'étudiant infirmier doivent être en capacité de se positionner dans n'importe quelle situation. Enfin, la notion d'encadrement est selon moi aussi importante et intéressante à travailler ici, dans une situation difficile à gérer en tant qu'étudiants.

Pour débiter cette partie de réflexion, nous pouvons tout d'abord nous positionner sur la notion de soin. Comment est-il défini, et comment est-il utilisé dans différentes situations. Il est défini, selon le Dictionnaire Littré comme *«une application de l'esprit à une chose, à faire quelque chose, à veiller et faire en sorte que... Le Prendre soin, avoir soin de quelqu'un signifie aussi pourvoir à son salut, à ses besoins, à ses nécessités, à sa fortune»*⁴. C'est un acte relevant du devoir de prendre en charge des personnes, d'y veiller, et de s'en préoccuper.

1) Éthique

Le concept d'éthique soulève une partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale, qui sont à la base de la conduite de quelqu'un, dans différents domaines d'action. L'éthique est la science de la morale. L'éthique en médecine appartient à une tradition datant du Vème siècle avant JC, basé sur le Serment d'Hippocrate. Celui-ci est un fondateur de la profession médicale et des prémices des bases de la médecine. Les principes de l'éthique actuelle sont donc principalement d'abord basés sur ce serment d'Hippocrate, mais aussi sur les questionnements de l'évolution de la société, d'où l'émergence de la bioéthique. Celle-ci est définie, selon de CCNE comme *«une réflexion sur les progrès de la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé»*⁵. D'après le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, le dictionnaire culturel en langue française précise que *«l'éthique appliquée est l'étude des choix concrets de nature morale dans les domaines de l'action sociale, technoscientifique, économique (exemple la bioéthique, la recherche en sciences infirmières, la génétique, l'euthanasie...)»*⁶.

4 Dictionnaire Littré – Soins [En ligne]

5 CCNE – Bioéthique [En ligne]

6 Dictionnaire des concepts en soins infirmiers Paillard C. - Éthique [En ligne]

Les quatre grands principes de cette notion universelle sont les principes de bienfaisance, de non malfaisance, d'autonomie, mais aussi de justice. D'après le Serment d'Hippocrate⁷, le principe de bienfaisance *«dans toutes les maisons où j'entrerai, ce sera pour le soulagement des malades»*, la non-malfaisance *«primum non nocere»* (*«d'abord ne pas nuire»*), l'autonomie *«J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences»*, et *«Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions»*, et enfin le principe de justice *«Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire»*.

Les situations de soins nous obligent parfois à effectuer une démarche réflexive qui doit intégrer une dimension éthique. Ils appuient leurs réflexions sur des notions sociologiques, philosophiques, déontologiques, anthropologiques. C'est un questionnement professionnel qui implique tous les professionnels de santé et qui peut susciter différentes opinions et donc des conflits de valeurs ou de principes. En règle générale, on ne trouve pas une seule réponse ou positionnement possible. C'est pourquoi il est important d'en parler entre professionnels afin de confronter différents points de vue et d'adopter les meilleures conduites possibles. L'éthique peut parfois dans certaines situations nous interpeller et ainsi heurter nos pratiques et valeurs.

En tant que professionnels de santé, nous devons donc adopter une juste distance afin de prendre le recul nécessaire pour analyser la situation et ne pas nous laisser envahir par nos émotions. Pour Cécile Bolly *«l'ouverture aux émotions est indispensable pour aider chaque soignant à prendre conscience de la part de soi même qu'il implique dans le soin et pour oser s'y engager tout au long de sa pratique»*⁸. Selon les recommandations de l'HAS, l'éthique a pour objectif *«de rechercher les modalités qui facilitent la mise en œuvre d'un questionnement allant vers une réflexion éthique sereine et distanciée au sein d'un service ou d'un établissement ainsi que les bénéfices apportés par cette démarche aux usagers, à leurs proches et aux professionnels»*⁹.

Ainsi, la démarche éthique amorce donc la réflexion des soignants. Entrer dans cette démarche implique d'accepter et de savoir confronter ses valeurs, d'amorcer un questionnement mais ne pas le prendre pour acquis, rechercher la cohérence dans nos actions, accepter d'être

7 Serment d'Hippocrate – Éthique [En ligne]

8 Cécile Bolly – Juste distance [En ligne]

9 HAS – Éthique [En ligne]

confronté à des incertitudes, et ainsi tenter de trouver un sens aux actes. Plusieurs étapes sont à différencier, la description de la situation, identifier le questionnement éthique ainsi que les repères cliniques, juridiques et organisationnels, puis les différentes options possibles, choisir une orientation, et mettre en œuvre l'orientation prise et l'évaluation.

a – L'éthique du care

Traduit de l'anglais, care signifie prêter attention à, se soucier de, prendre soin et donc également soigner. La pratique du care prend donc en compte deux dimensions dans l'exercice infirmier : soigner, dans une dimension donc technique et de compétence, et le prendre soin, dans une dimension relationnelle et d'empathie.

L'éthique du care est une notion provenant des États-Unis, mais également reprise par M.-F Collière¹⁰ pionnière de cette notion en France.

Philippe Svanda nous expose clairement la difficulté de cerner cette éthique du care à plusieurs dimensions. En effet, *«L'une correspond à une disposition individuelle, perceptive (faire attention à, se soucier de, ...) et l'autre renvoie d'avantage à l'idée d'activité, voire de travail (dans le sens de s'occuper de..., procurer des soins)»*¹¹. J. Tronto exprime l'éthique du care comme *«une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie»*¹².

10 M.-F Collière – éthique [En ligne]

11 Philippe Svanda – Éthique du care [En ligne]

12 J. Tronto – Éthique du care [En ligne]

b - Consentement du patient

Dans la continuité, l'éthique prend également en compte la notion du recueil de consentement du patient. Il peut être défini selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers comme étant un acte intellectuel, moral, librement éclairé d'un individu, qui prend des décisions en connaissance des conséquences. La personne soignée doit être active dans sa prise en soin et doit y être au cœur.

La loi du 4 mars 2002 précise que le patient est avant tout une personne qui doit être respectée, qui a la possibilité d'accéder aux soins les plus appropriés et garantit la meilleure sécurité sanitaire possible. De plus, la loi définit que *«Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus»*¹³. Après cela, le patient peut prendre des décisions par lui-même et ainsi gérer sa maladie e donc participer à sa thérapie. Il est également de son droit de refuser tout soin.

De plus, la loi du 27 septembre 2013¹⁴ modifie certaines dispositions de celle du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes en soins psychiatriques et aux modalités de prise en charge. Le renforcement des droits et des garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement, ainsi que la consolidation des procédures applicables aux mesures de soins psychiatriques sans consentement, et modalités de prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux sont les éléments prépondérants de cette loi.

Les étudiants doivent également être vigilants, sous la surveillance de l'infirmier de proximité, au recueil du consentement du patient. Le code de déontologie infirmier du 25 novembre 2016 précise que, *«Lors des stages cliniques des étudiants, l'infirmier veille à obtenir le consentement préalable de la personne, pour l'examen ou les soins qui lui sont dispensés par l'étudiant ou en sa présence. L'étudiant qui reçoit cet enseignement doit être au préalable informé par l'infirmier de la nécessité de respecter les droits des malades ainsi que les devoirs des infirmiers énoncés par le présent code de déontologie.»*¹⁵.

13 Loi 4 mars 2002 (Kouchner) - relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [En ligne]

14 Loi du 27 septembre 2013 - droit et protection en soins psychiatriques [En ligne]

15 Code de déontologie 25 novembre 2016 -infirmier [En ligne]

De plus, l'infirmier a l'obligation de tenir informé le patient concernant les soins qui lui sont prodigués. Le code de déontologie du 25 novembre 2016 précise que *«L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées. Seules l'urgence ou l'impossibilité peuvent dispenser l'infirmier de son devoir d'information.»*.

La loi du 5 juillet 2011 réforme celle de 1990¹⁶, elle est relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. La loi énonce par ailleurs le principe du consentement et l'exception des soins sans consentement mais définit également ses modalités d'application. Dans ce cas-là, la loi pose le fait qu'il est préférable de réaliser un soin sans consentement plutôt que de ne pas réaliser des soins qui pourraient porter préjudice au patient.

c - Valeurs professionnelles

Les valeurs professionnelles correspondent à des actes et pensées qui nous semblent justes, selon notre propre jugement, éducation et croyances. S.T Fry définit les valeurs professionnelles comme étant une *«norme ou qualité désirée, considérée comme importante et à laquelle on attache un certain prix. Les valeurs s'expriment par les normes ou par les comportements que l'intéressé fait siens ou s'efforce de maintenir. Les valeurs sont organisées, chez chacun d'entre nous, en un système hiérarchisé par ordre d'importance.»*¹⁷. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), estime que la valeur correspond à une *«qualité physique, intellectuelle, morale d'une personne qui la rend digne d'estime»*¹⁸. Pour le Dictionnaire Larousse, les valeurs se caractérisent par *«ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre»*¹⁹.

Les différentes valeurs dominantes qui peuvent être retrouvées sont l'autonomie, la dignité, l'intégrité, l'empathie, le bien-être, la sécurité, la justice, l'équité, la tolérance, le respect, la patience, l'écoute, ainsi que la communication.

16 Loi 5 juillet 2011 – protection des personnes en soins psychiatriques [En ligne]

17 S.T Fry – Valeurs professionnelles [En ligne]

18 CNRTL – Valeur [En ligne]

19 Dictionnaire Larousse – Valeurs [En ligne]

d - Respect

De façon générale, le respect se caractérise selon le Centre National de ressources textuelles et lexicales comme étant un *«sentiment qui incite à traiter quelqu'un avec égards, considération, en raison de son âge, de sa position sociale, de sa valeur ou de son mérite.»*²⁰. Margot Phaneuf précise que *«Il y a d'abord la dignité de la personne elle-même comme être appartenant à la famille humaine. Nous devons la respecter dans son corps et dans sa personne, ce qui signifie de respecter son intimité et son individualité car tous les être humains sont différents.»*²¹.

Pus précisément, Amouroux complète cette notion par, *«C'est la gestion de leur vie quotidienne que les malades sont les plus perturbés. Ils perdent en effet tout ce qui fonde habituellement leur identité, pour endosser «l'identité maladie» qui envahit tout leur champ spatial, temporel et relationnel. Soigner, c'est libérer, faire renaître et retrouver l'espérance.»*²². Le respect est essentiel à la relation de confiance qui s'établit entre l'infirmière et la personne soignée. Le respect relève d'une réflexion prenant en compte la notion d'éthique professionnelle, juridique mais aussi psychologique, en lien avec l'engagement pédagogique.

La Haute Autorité de la Santé²³ a établi des critères en lien avec le respect du droit du patient. En effet, le respect de la dignité, l'écoute, l'intimité, la prévention de la maltraitance sont organisés et mis en place en priorité. De plus, le dialogue avec le patient et son entourage, la recherche de la satisfaction du patient ainsi que son dossier de confidentialité sont également importants dans les différents critères.

La loi du 5 juillet 2011²⁴ précise les droits et la protection des patients en soins psychiatriques mais également leur prise en charge. En effet, l'application de cette loi faisant suite de celle du 27 juin 1990 a pour but de consolider les droits des patients tout en garantissant leur respect et leurs libertés. C'est pourquoi, ils doivent régulièrement être informés de leur état de santé dans la continuité de leur prise en charge individuelle.

20 CNRTL – respect [En ligne]

21 Margot Phaneuf – respect [En ligne]

22 Amouroux – respect [En ligne]

23 HAS – critères respect et droit du patient [En ligne]

24 Loi du 5 juillet 2011 – protection des patients en psychiatrie [En ligne]

e – Déontologie

La déontologie se caractérise pour le Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, comme étant un *«ensemble de règles qui régissent la conduite des membres d'une profession. L'expression est couramment employée pour les professions organisées en ordre. Celui-ci établit un code de déontologie, vérifie qu'il est respecté et sanctionne les manquements.»*²⁵.

Le décret du 25 novembre 2016²⁶ portant sur le code de déontologie des infirmiers énonce leurs devoirs envers les patients, précise les modalités d'exercice de la profession et les rapports en inter-professionnalité. Plusieurs sections régissent ce décret : les devoirs généraux aux infirmiers inscrits au tableau de l'ordre effectuant des actes professionnels et aux étudiants, le respect des proches du patient, du secret professionnel, la non discrimination, ainsi que la moralité. Les infirmiers ont également un devoir envers les patients, d'agir en permanence dans leur intérêt. Puis, l'infirmier a des devoirs envers ses confrères et autres professionnels de santé. Enfin, sont exposées les règles relatives aux modes d'exercices.

De plus, le Conseil International des Infirmières caractérise la déontologie des infirmières sur quatre différents plans de responsabilités *«promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance.»*

25 Dictionnaire encyclopédique de l'éducation – déontologie [En ligne]

26 Code de déontologie 25 novembre 2016 – décret infirmier [En ligne]

2) Posture infirmière

Une notion importante qui émerge également de cette situation et de cette analyse est la posture infirmière. Au sein de ce concept, nous allons pouvoir évoquer au regard de la situation présente, la posture professionnelle soignante et réflexive, mais aussi l'émergence de la posture d'étudiant infirmier, et les responsabilités infirmières. «*Savoir où l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on le fait, oser sans cesse la question du sens et agir en conséquence*»²⁷. Le positionnement de manière générale est qualifié selon Le dictionnaire le Petit Larousse (1990) comme «*se placer en un lieu, à un rang précis, déterminé*»²⁸. C'est donc un professionnel qui prend une place spécifique dans son environnement de travail, une situation donnée.

a - Positionnement soignant

De manière générale, la posture professionnelle du soignant peut être désignée comme la place que l'on souhaite occuper dans la vie professionnelle, et est adaptée à chaque situation donnée. Elle se construit d'abord tout au long de notre formation infirmière mais également durant toute notre activité professionnelle. C'est pourquoi, il est important de préciser que cette notion englobe toutes nos connaissances, qu'elles soient théoriques ou pratiques, que l'on doit être en mesure d'appliquer dans nos actions sur le terrain.

Selon Claire Jouffray, le positionnement professionnel correspond à «*un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini*»²⁹. Elle peut être différente d'une situation à une autre, en fonction des circonstances. La posture définit également la manière d'occuper son poste. Être en capacité de se positionner en tant que professionnel est un choix qui prend en compte l'éthique du soignant, et s'accompagne d'une capacité à s'adapter en fonction de la situation et donc un certain nombre de compétences. A travers le positionnement professionnel les soignants peuvent en faire ressortir leurs valeurs professionnelles envers les autres. Le positionnement professionnel peut se définir selon Didier

27 Dictionnaire des concepts en soins infirmiers [En ligne]

28 Petit Larousse – posture [En ligne]

29 Claire Jouffray – positionnement professionnel - [En ligne]

Dubasque comme *«savoir où l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on le fait, poser sans cesse la question du sens et agir en conséquences»*³⁰.

De plus, la posture réflexive du professionnel se traduit pour Grégory Voz³¹ ainsi que Jacques Cornet³² par *«une posture visant une transformation se travaillant, et permet de s'appropriier des savoirs théoriques et pratiques»*. Une posture réflexive selon Marielle Boissart revient à *«adopter une posture énonciatrice critique»*. C'est d'abord principalement une posture qui évite de réaliser des pratiques simplement par l'habitude ou la hiérarchie.

b – Positionnement étudiant

La place de l'étudiant est primordiale lors d'un stage, afin de lui permettre de s'intégrer au sein de l'équipe, mais également de développer sa propre future posture professionnelle. L'étudiant infirmier a le droit et le devoir de s'intégrer et se positionner au sein d'une équipe soignante. Il est systématiquement sous la responsabilité de l'infirmier encadrant. L'échange et la confrontation de différentes idées, savoirs-faire, sur les différentes pratiques, est également une forme de positionnement. Il peut être difficile pour un étudiant de se positionner dans ce sens-là.

Nous devons également en tant que professionnel mais surtout en tant qu'étudiant savoir nous adapter aux différentes situations. Pour le Centre national de ressources textuelles et lexicales, il s'agit d'une *«caractéristique de l'intelligence, c'est une aptitude à évoluer à partir d'une situation, qu'elle soit positive ou négative. Cette capacité vise la transformation d'un acte vers un autre, relationnel ou technique et insiste sur les possibilités de réajustements nécessaires pour vivre naturellement de nouvelles situations»*.

L'étudiant infirmier, grâce à la théorie mais également aux années de formation et de stage, doit être en capacité au fur et à mesure d'établir un travail de cheminement pour construire son propre positionnement professionnel. Cela doit passer par les différents stages effectués, en observant et analysant les différentes situations auprès des professionnels de santé, savoir repérer les bonnes pratiques et les axes à améliorer. Tout cela lui permet de former son propre positionnement et sa pensée professionnelle, ce qui fera également ressortir son identité soignante.

30 Didier Dubasque – positionnement professionnel [En ligne]

31 Grégory Voz – posture réflexive [En ligne]

32 Jacques Cornet – posture réflexive [En ligne]

Mais, nous pouvons régulièrement observer les difficultés des étudiants à trouver leur juste place de stagiaire au sein d'une équipe pluridisciplinaire et auprès des infirmiers. En effet, nous devons toujours faire ce qu'il nous semble juste en accord avec nos valeurs, nos acquis et connaissances et ainsi nous positionner au sein de l'équipe et en toute situation, mais tout en gardant au maximum notre place de stagiaire. Ce positionnement n'est pas évident à adopter, car il nous faut trouver ce juste milieu entre nos valeurs et vécus, et ceux des infirmiers encadrants, qui remplissent nos bilans de stage.

c- Responsabilités infirmières

De manière générale, la responsabilité engage la morale et relève des règles sociales entre les individus. Le Dictionnaire infirmier en psychiatrie précise que la responsabilité morale *«Repose sur la notion de devoir à l'égard des autres, sans attendre de réciprocité ou de retour. Le sens de la responsabilité génère ici l'action. [...]. Le jeu de la responsabilité est celui de l'obligation réfléchie, de la parole prise et donnée. Les soignants ont ici, pour responsabilité, la surveillance des personnes soignées placées dans leur service. Dès lors, toute négligence peut constituer une faute et engager la responsabilité pénale ou disciplinaire.»*³³.

La notion de responsabilité s'exprime à travers le code de la santé publique traduisant notamment des lois récentes concernant le système de santé : la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, et la loi du 22 avril 2005 concernant les droits des malades et la fin de vie. La loi du 4 mars 2002³⁴ a pour but d'améliorer la prise en soins des malades et leurs droits, tout en définissant au mieux le rôle des professionnels de santé. Quant à la loi Léonetti du 22 avril 2005³⁵, elle encadre les bonnes pratiques concernant la fin de vie des patients et précise donc également les conduites soignantes.

Selon le code de déontologie des infirmiers du décret du 25 novembre 2016³⁶, les modalités d'exercice de la profession précisent notamment les différentes responsabilités infirmières. *«L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes*

33 Dictionnaire infirmier en psychiatrie – responsabilité morale [En ligne]

34 Loi 4 mars 2002 - Droit des malades, responsabilités [En ligne]

35 Loi 22 avril 2005 Léonetti – Droits de malades et fin de vie [En ligne]

36 Code de déontologie infirmière – responsabilités [En ligne]

professionnels qu'il est habilité à effectuer.», ce qui induit l'impossibilité pour le professionnel d'effectuer des actes qui ne relèvent pas de ses compétences .

En découlent ensuite les responsabilités de son rôle propre, prescrit, et lors d'application de protocoles. *«Dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés. Il tient compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différents soins possibles.»* L'infirmier doit donc être en capacité de répondre aux besoins des patients tout en étant en capacité d'avoir un esprit critique dans le but d'adapter ses actes propres, et prescrits.

L'infirmier a également la responsabilité d'encadrement et de coordination auprès des professionnels déjà en poste ou arrivant et des étudiants. *«L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité.»* Il est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. *« Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.»* Enfin, l'infirmier est capable d'assurer les règles d'hygiène, l'usage des thérapeutiques et dispositifs médicaux, de partage d'informations ,de conseils, et surtout le secret professionnel.

d - Remise en question professionnelle

Pour terminer concernant le positionnement professionnel, nous allons étudier un dernier élément primordial dans la compréhension de ce travail, qui est la capacité de remise en question professionnelle ainsi que la conscience professionnelle. La remise en question d'une manière générale est un travail à effectuer sur soi-même pour évaluer, changer, modifier des actes lors de situations difficiles à gérer.

Ce cheminement peut s'effectuer seul ou accompagné par d'autres personnes capables de nous aider dans ce travail. Au sein d'unités de soin, les différents professionnels, qu'ils soient infirmiers, aides-soignants, médecins, cadres de santé peuvent et doivent se concerter, discuter des questionnements et interrogations sur différentes situations afin d'être en capacité de se remettre en question et ainsi changer leur pratique personnelle ou collective.

La conscience correspond selon le Dictionnaire culturel en langue française à la *«reconnaissance intime que le «moi» a de son propre état, de ses idées, de ses impressions, et à la faculté de discernement du bien et du mal, à l'appréciation de la valeur morale, des actes et des situations. Dans les deux cas, elle désigne un «lieu» intérieur où l'on décide et juge «en son âme et conscience».*³⁷. Paulo Freire désigne ce terme général *«la prise de conscience de sa propre condition est un prélude à la recherche de maîtrise de son milieu, de sa transformation et de son développement.»*³⁸. L'inconscience collective est qualifiée par le Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers comme étant *«l'ensemble de souvenirs, de croyances, de rites, d'informations, réels ou imaginaires, transmis par un groupe à ses membres, acquis communs à un groupe ou à une société, qui conditionnent les réactions des personnes du groupe et le groupe lui-même.»*³⁹.

37 Dictionnaire culturel en langue française – conscience [En ligne]

38 Paulo Freire – généralité de la conscience personnelle [En ligne]

39 Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers – inconscience collective [En ligne]

3) Encadrement

La notion d'encadrement peut s'effectuer à différents niveaux, entre un professionnel et un stagiaire, un étudiant infirmier et aide-soignant, ou encore entre deux étudiants infirmiers. Ce concept met en évidence la transmission de savoirs du professionnel de santé, mais également l'accompagnement des étudiants durant leur stage. Selon l'auteur Le Boterf, le professionnel doit agir et réagir avec pertinence en situation, combiner des ressources et les mobiliser dans un contexte pour construire des compétences, transposer ces compétences à d'autres situations, apprendre, s'engager, mais aussi se positionner⁴⁰. Il s'agit d'assurer un accompagnement des formés dans les limites d'un cadre pour permettre leur professionnalisation. Selon le décret du 29 juillet 2004 relatif au code de la santé publique: *«Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : formation initiale et formation continue du personnel infirmier; des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé, encadrement des stagiaires en formation»⁴¹.*

Le professionnel de proximité assure le suivi et la formation de l'étudiant. Le tuteur de stage est quant à lui responsable de l'encadrement pédagogique et assure l'évaluation de ses compétences, il évalue sa progression régulièrement et propose des réajustements, assure l'acquisition de ses compétences, mais également répond aux éventuels questionnements.

Le formateur référent pédagogique de stage assure une coordination tout d'abord avec l'établissement accueillant l'étudiant. Il doit assurer la continuité et accompagner les professionnels de santé avec qui il doit communiquer dans l'application du référentiel de compétences et des outils de suivi. Le formateur doit également contribuer à la formation clinique et l'analyse des pratiques étudiantes et ainsi réguler les difficultés éventuelles.

Au sein du référentiel de compétences de l'étudiant, l'infirmier a un rôle d'encadrement envers les étudiants en stage. Le déroulé de cette notion, le portfolio se compose ainsi : Le maître de stage est responsable de l'organisation et du suivi de l'encadrement de l'étudiant en stage. Il accueille et intègre l'étudiant tout en s'assurant de la qualité de cet encadrement et en réglant les difficultés éventuelles.

40 Le Boterf – positionnement compétences [En ligne]

41 Décret 29 juillet 2004 – code de la santé publique, encadrement de l'infirmier [En ligne]

Quant au positionnement étudiant concernant l'encadrement, il construit progressivement ses compétences avec l'ensemble des professionnels. Il prépare donc en amont des objectifs de stage qu'il doit s'efforcer d'atteindre et réajuster au besoin, des objectifs personnalisés en fonction de chaque étudiant. Ils doivent tenir compte du niveau de formation et des compétences. De plus, il doit renseigner son portfolio en lien avec les professionnels. Les compétences de l'étudiant à acquérir sont inscrites au sein du référentiel de formation des étudiants relatifs à l'arrêté de 2009 du diplôme infirmier⁴². Les professionnels les plus aptes à évaluer ces compétences sont le tuteur et le professionnel de santé de proximité. Également, un item au sein de la compétence 10 du portfolio précise l'acquisition de l'encadrement d'un stagiaire ou d'un nouveau professionnel de santé. L'étudiant doit donc être en capacité de transmettre ses savoirs à son niveau d'études et d'acquis⁴³.

De plus, le rôle propre de l'infirmière encadrante est de vérifier la bonne réalisation et réflexion lors des soins réalisés. L'encadrement et la coordination de professionnels de santé est également régi par le code de déontologie infirmier, où «*L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse [...] d'aides-soignants, [...] d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité.*»⁴⁴.

42 Arrêté de 2009 du diplôme infirmier – compétences étudiants [En ligne]

43 Portfolio étudiant – compétence 10 infirmière [En ligne]

44 Code de déontologie infirmière – rôle d'encadrant [En ligne]

V) Problématique

Le cadre conceptuel a contribué à la bonne compréhension de notre travail de recherche réalisé jusqu'ici. En lien avec notre questionnement « Comment gérer avec une autre étudiante, la notion d'éthique auprès d'un patient atteint de troubles psychiatriques dans un contexte de soins invasifs ? », nous avons pu montrer l'importance des responsabilités infirmières mais aussi étudiantes, avec le respect de la prescription médicale ainsi que des horaires précis.

Mais, en lien avec la conscience professionnelle, la remise en question soignante personnelle et en équipe doit être constamment mobilisée lors de notre exercice soignant. Elle permet d'analyser ses pratiques et ainsi de porter un regard critique pour améliorer ses pratiques soignantes.

De plus, nous pouvons relever que la déontologie médicale et infirmière est déjà prédéfinie mais se construit également tout au long de notre parcours, avec notamment nos valeurs soignantes personnelles et professionnelles.

L'analyse de la notion d'éthique est la partie prépondérante dans ce cadre conceptuel car la situation met également en jeu la conscience ainsi que la responsabilité professionnelle avec tout le respect que l'on doit faire preuve envers la personne soignée.

Enfin, nous pouvons dire que l'éthique ainsi que le consentement et le respect du patient sont tous des éléments indispensables dans le milieu du soin et englobent les autres règles à adopter et à construire tout au long de notre expérience professionnelle.

Cela touche donc directement notre éthique, mais en effet, elle peut être liée à la notion de valeur et donc questionnée. Ici, nos valeurs professionnelles acquises mais aussi personnelles sont mises en jeu. Avec l'étudiante de première année, nous avons nos propres valeurs, qui peuvent différer de celles de l'infirmière encadrante ce jour-là. L'expérience de l'infirmier présent sur le terrain nous permet de suivre son jugement sur les situations et les techniques de soins à réaliser. Mais, dans ce cas présent, les directives de l'infirmière peuvent être remises en question car cela touche à l'intégrité du patient. En tant qu'étudiante, nous avons toutes les deux suivi ses conseils, le manque d'expérience nous dirigeant vers l'écoute de l'infirmière dans les soins à réaliser.

Malgré ces éléments, nous ne savons pas comment les équipes peuvent réussir à gérer leur propre vécu dans ces situations délicates et comment elles s'évaluent et effectuent une remise en question individuelle et collective. Quel cheminement effectuent ces soignants pour analyser et améliorer leurs pratiques, tout en incluant et accompagnant les étudiants présents lors de ces situations en stage ?

Tous ces éléments permettent de construire une problématique à partir de l'analyse et de notre questionnement de départ. Nous pouvons donc dans ces conditions nous demander comment réagir et se positionner face à un soignant expérimenté qui nous indique d'effectuer un soin invasif pouvant soulever une question d'éthique, du côté soignant mais surtout du patient, qui est au cœur de cette réflexion.

VI) Question et / ou hypothèses de recherche

Au cours de ce travail, plusieurs éléments importants peuvent amorcer notre réflexion concernant les différentes hypothèses ou questions. Cette étude est cruciale afin de tenter de comprendre au mieux le déroulement de la situation. C'est pour cela que nous allons pouvoir exposer notre question ainsi que notre hypothèse de recherche qui émerge de ce travail réalisé jusqu'ici.

Nous allons donc grâce à l'analyse déjà effectuée émettre une question de recherche :
Quels éléments permettent la réflexion autour d'un soin invasif qui pose une question éthique auprès des soignants ?

Au sein de ce travail et de son analyse, nous pouvons penser que dans la situation présente, les soignants sont confrontés à un manque de temps et / ou de personnel. Cela nécessite donc impérativement de respecter les horaires de soins ainsi que la prescription médicale, au risque de décalage et de désorganisation, mais également pour le patient, qui pourrait avoir des conséquences urinaires.

VII) Enquête de terrain

1) Méthodologie

a - Choix de l'outil

Dans le cadre des recherches pour ce travail autour du consentement du patient atteint de troubles psychiatriques dans des soins invasifs, nous avons réalisé une enquête qualitative sous forme de questionnaire aux professionnels de santé dans le secteur psychiatrique et non psychiatrique.

Au sein de cette enquête, le questionnaire était orienté pour la plupart sur des questions semi-directives. En effet, certaines questions posées se montraient directives, mais avec la possibilité d'étayer ces réponses, utiles à notre enquête si besoin. Au préalable nous avons donc effectué une série de questions dans le but d'enrichir notre réflexion et étayer les connaissances dans ce domaine. De plus, ce travail a pour objectif de répondre au questionnement suivant : de quelle façon les soignants recueillent le consentement du patient et quel est leur cheminement lorsqu'un événement particulier vient le perturber ?

Avec l'analyse de ces informations, nous pourrions confirmer ou non notre hypothèse de départ, mais ce travail pourra également nous permettre d'enrichir notre recherche et réflexion personnelle.

b – Choix de la population

Ici, nous allons donc exposer l'intérêt du questionnaire mené auprès des différents professionnels de santé. La population à laquelle nous allons nous intéresser est principalement des professionnels de santé dans le secteur de la psychiatrie, infirmiers, aides-soignants. Il est également intéressant de s'attacher aux positions du médecin et ou psychiatre mais également du psychologue.

De plus, le choix de différents professionnels au sein d'établissements de santé diversifiés permet d'observer une population et des patients spécifiques ,différents dans les divers services, avec leur propre mode de fonctionnement. Il est également intéressant dans ce travail de pouvoir observer et analyser les différents points de vue et méthodes de travail des différents

professionnels de santé. Nous pouvons obtenir des professionnels, des approches et expériences différentes en ce qui concerne le consentement du patient. Nous allons ensuite, après retour des questionnaires, retranscrire et centraliser les informations reçues pour mieux les analyser et en faire ressortir l'essentiel pour notre travail.

2) Réajustements

Durant cette enquête, nous avons remarqué que certaines questions ont été plus difficiles pour quelques soignants, et donc compliquées à interpréter pour nous.

Tout d'abord, plusieurs questions ouvertes avaient été posées aux soignants dans ce questionnaire. Le service, la fonction du soignant ainsi que leurs nombres d'années d'expérience étaient plus appropriés sous forme de question à choix multiple, afin de faciliter le recueil des données et analyser de façon globale.

De plus, la formulation de la question trois concernant les soins récurrents ou ponctuels ne paraissait pas forcément claire pour tous les soignants. En effet, à cette question « *Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ?* », plusieurs soignants ont répondu par «oui». Or, cette question était destinée à savoir quels soins étaient le plus souvent réalisés. C'est pourquoi elle pouvait être formulée sous forme de question à choix multiples pour faciliter la compréhension des soignants et par la suite la bonne analyse des différentes réponses.

Mais également, dans la question 7, demandant aux soignants s'ils avaient déjà été confrontés à un soin sans consentement lorsqu'un patient était endormi, il n'était pas précisé sur quel type d'endormissement le soin a dû être réalisé -endormissement, sédation, coma- ainsi que le type de soin effectué.

Enfin, la dernière question demandait aux soignants s'il était impératif de réaliser des soins dans des conditions délicates. Mais ici, nous remarquons que les réponses peuvent manquer de précisions. C'est pourquoi la formulation de la question pouvait être plus précise : si la réponse se centrait sur «oui», ajouter quelles étaient les motivations qui les ont incités à le réaliser. Si les soignants ont plutôt répondu «non», il aurait été judicieux de savoir dans quel but ils ont décidé de le réaliser.

Mais, ces quelques réajustements n'ont pas semblé entraver la bonne réalisation de ces questionnaires.

3) Analyse de l'enquête

Pour chaque question posée au sein du questionnaire, nous allons pouvoir analyser chaque réponse obtenue. Il paraissait intéressant d'effectuer ce questionnaire auprès d'un public majoritairement en secteur psychiatrique, mais également dans des lieux non psychiatriques afin d'observer ou non une différence de prise en charge. Il semblait également important de renseigner les années d'expérience de chacun. En effet, cela peut permettre d'observer si celles-ci peuvent influencer les réponses et les réflexions des professionnels.

Nous pouvons constater que les soignants ont des expériences différentes auprès des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Pour beaucoup, ils ont de l'expérience dans le secteur de la psychiatrie, et d'autres y ont déjà été plus ou moins confrontés au sein de services différents.

Les réponses de cette enquête de terrain ont été étudiées sur dix professionnels de santé. Les soignants ayant répondu au questionnaire sont pour 90% des infirmières, et seulement 10% sont des aides soignants. Sur les infirmières ayant répondu au questionnaire, 40% d'entre elles travaillent en service de psychiatrie, 10% en service de Foyer d'Accueil Médicalisé, 20% en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et gériopsychiatrie, 10% en neurologie, 10% en Unité de Soins Continus et 10% en Unité de Soins de Longue Durée. L'aide soignante ayant répondu, travaille en Unité de soins de Longue Durée. Le nombre d'années d'expérience varie également beaucoup, ce qui peut influencer chaque vécu soignant. Une diversité dans les années d'expérience est observée dans les réponses aux questionnaires. En effet, nous pouvons constater que deux infirmières ont beaucoup d'expérience professionnelle, tandis que les autres sont pour la plupart plus récemment diplômées.

<u>Soignant N°1</u>	Infirmière	4 ans d'expérience	Admission libre psychiatrique
<u>Soignant N°2</u>	Infirmière	3 ans d'expérience	Admission psychiatrie
<u>Soignant N°3</u>	Infirmière	39 ans d'expérience	Neurologie
<u>Soignant N°4</u>	Infirmière	10 ans d'expérience	EHPAD gériopsychiatrie
<u>Soignant N°5</u>	Infirmière	2 ans d'expérience	Psychiatrie de l'adolescent
<u>Soignant N°6</u>	Infirmière	7 ans d'expérience	USC
<u>Soignant N°7</u>	Infirmière	1 an d'expérience	Suite psychiatrique
<u>Soignant N°8</u>	Infirmière	8 ans d'expérience	EHPAD
<u>Soignant N°9</u>	Aide-soignante	9 ans d'expérience	USLD
<u>Soignant N°10</u>	Infirmière	3 ans d'expérience	FAM

1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ?

L'ensemble des soignants interrogés ont déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès des patients atteints de troubles psychiatriques et / ou de démence.

2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ?

Ces deux premières questions sont des précurseurs pour l'introduction du thème du mémoire et du questionnaire. Il aurait été difficile pour les soignants d'effectuer le reste du questionnaire s'il n'avaient jamais effectué des soins plus ou moins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques.

Nous pouvons donc remarquer que les soignants ont des avis partagés concernant le recueil du consentement du patient. Différentes notions ont pu être évoquées par les soignants dans le choix de la réalisation de soins avec ou sans consentement du patient.

Nous observons que les soignants souhaitant toujours obtenir le consentement du patient estiment qu'il est de leur éthique, et de la légalité, inscrit dans la charte. C'est un droit essentiel et fondamental du patient, que de prévenir et d'expliquer les soins, pour une meilleure adhésion au soin. Cela peut permettre au soin de se dérouler au mieux, sans que le patient ne se braque, qu'il ne s'agite ou qu'il y ait des risques de troubles du comportement. Le patient a également le droit au refus de soin. Une infirmière évoque également la prise en charge de façon égale entre les patients atteints de troubles psychiatriques et ceux qui ne le sont pas. La plupart évoquent la notion de la facilité du soin lorsque le patient consent à sa réalisation. Le recueil du consentement du patient permet selon ces soignantes une relation de confiance et un respect envers lui. C'est une obligation pour le soignant d'effectuer un soin avec le consentement du patient, afin d'éviter la majoration de son angoisse, et ainsi favoriser l'échange, la communication et la détente. Les soignants précisent également qu'il est possible de négocier avec le patient pour tenter de le convaincre si celui-ci ne souhaite pas consentir au soin.

A contrario, les autres soignants précisent qu'il n'est pas obligatoire selon eux de demander systématiquement le consentement lors des soins. En effet, une infirmière précise que des soins sans consentement direct du patient peuvent être réalisés après concertation éthique si le patient est en incapacité d'exprimer sa volonté. Le suivi du patient depuis plusieurs années

entre aussi en compte selon les soignants dans le recueil de son consentement. Certains facteurs peuvent également favoriser la réalisation des soins sans consentement du patient, notamment l'absence de protocole de consentement au sein du service et les patients sans tutelle. Certains patients ne sont pas en capacité d'exprimer leur volonté, et en fonction de leur état, de l'urgence de la situation, et s'ils sont en isolement par exemple, les soignants peuvent donc être amenés à devoir effectuer des soins sans consentement.

3 – a) Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ?

Les soignants sont partagés quant à la réalisation de leurs soins au sein de leurs lieux d'exercice. En effet, une majorité des soignants effectuent des soins ponctuels mais également récurrents, c'est à dire 40%. Les autres peuvent effectuer des soins ponctuels – 30% des soignants - ou des soins récurrents – 30% des professionnels-.

Plusieurs types de soins ponctuels ou récurrents sont effectués. Les soignants évoquent certains soins qu'ils effectuent ponctuellement et régulièrement, comme des bilans sanguins, ou quelques pansements.

Mais, une majorité des soignants, soit 70% d'entre eux, ont l'occasion d'effectuer des soins à réaliser tous les jours ou plusieurs fois dans le mois. Ils évoquent notamment des sondages évacuateurs / urinaires, une alimentation entérale, des injections intramusculaires, des soins spécifiques en fonction des pathologies, des biologies régulières de contrôle ainsi que des pansements.

b - Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

Sur les 30% des soignants réalisant des soins récurrents, 50% d'entre eux demandent le consentement du patient avant tout soin fait régulièrement. En effet, ils évoquent notamment la notion d'adhésion ainsi que l'acceptation du patient. De plus, avant chaque début de traitement de longue durée, ainsi que lors de nouveaux soins, les soignants s'assurent systématiquement du consentement du patient. De plus, ils évoquent l'importance de l'explication du soin auprès du patient pour plus d'adhésion, que cela soit un soin ponctuel, ou réalisé régulièrement. Car, en

effet, si le patient est dans une phase hallucinatoire, de trouble de la mémoire, de comportements inattendus, ou d'angoisse, cela peut majorer le risque d'une violente réaction de **sa** part. La bonne compréhension du soin ainsi qu'un patient prévenu et consentant permet également selon les soignants interrogés, un meilleur accompagnement. Car, nous savons que ces patients atteints de troubles psychiatriques peuvent être présents physiquement auprès des soignants, mais pas forcément psychologiquement. L'obligation légale ainsi que l'éthique personnelle prônent ici pour ces soignants dans la prise en soins globale des patients. Ils évoquent pour finir l'éventuel refus du patient à effectuer le soin. C'est pourquoi certaines infirmières ont précisé l'importance de négocier avec lui, ou de reporter le soin à plus tard si cela est nécessaire.

Les autres soignants ne demandent au contraire pas systématiquement le consentement du patient lors de soins plus ou moins invasifs récurrents importants. Ils effectuent ces soins généralement après concertation éthique au sien d'une équipe pluridisciplinaire sur l'intérêt du soin. S'ils considèrent le soin comme indispensable, mais que le patient n'est pas en capacité d'exprimer son accord, les soignants estiment qu'il n'est pas systématiquement obligatoire de demander le consentement du patient. Différents soins récurrents peuvent être, selon eux, réalisés sans consentement du patient, notamment des injections intramusculaires si le patient est agité, ou différents soins en fonction des pathologies, comme cités précédemment.

4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ?

Il semble qu'au sein de cette question ouverte, les soignants soient relativement partagés, mais certaines réponses se ressemblent et se complètent. En effet, les soignants évoquent en général une compréhension du soin limitée, en fonction de leur pathologie, des personnes âgées handicapées psychologiques ou ayant des troubles cognitifs, comme l'encéphalopathie, la trisomie 21, la maladie d'Alzheimer ou une épilepsie avec de sévères séquelles. De plus, selon eux, la compréhension du soin dépend du patient, de ses capacités, du moment du soin, de son état psychique mais il est également possible qu'il change d'avis en cours de soin. En effet, certains patients peuvent être ritualisés; une relation de confiance est donc indispensable entre le soignant et le patient pour une bonne prise en soins et ainsi en évaluer la pertinence.

Les soignants évoquent également dans cette partie l'importance d'une communication adaptée auprès du patient, et si celui-ci refuse le soin, il est nécessaire de le reporter, avec la

nécessité d'une explication détaillée de l'acte. Il en ressort également dans cette question que le patient ne comprend pas systématiquement le but du soin, mais en comprend seulement le déroulé. En effet, certains patients déments, en décompensation psychotique, ne sont quant à eux pas en mesure de comprendre l'importance des soins.

Le patient peut comprendre le soin dans la mesure où il sait qu'il doit être fait pour maintenir son état de santé. Il n'en comprend pas toujours l'importance mais il est nécessaire de lui expliquer les raisons du soin. Une bonne compréhension du soin implique donc le bon déroulement et une bonne qualité de soin. Mais également, il faut savoir favoriser la réalisation d'un soin, qui dépend du moment et de l'état du patient.

La notion de confiance entre le soignant et le patient est primordiale dans la prise en soin globale du patient atteint de troubles psychiatriques. C'est pourquoi des explications simples et claires doivent être fournies au patient.

5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

En règle générale, les soignants utilisent souvent la réassurance, et le calme pour apaiser le patient. De plus, les infirmières précisent que le sourire permet de faire preuve de plus de positif. L'écoute active et l'adaptation de la communication soignante aux différents patients permet de créer un lien de confiance.

Dans ce questionnaire, l'attitude adoptée évoquée par les soignants est une communication douce, avec un soutien et encouragement de leur part, ils négocient beaucoup les soins à réaliser, apaisent au mieux les patients avec une attitude adaptée. De plus, ils évoquent l'importance de savoir être plus ou moins ferme selon les patients et les différentes personnalités.

Plusieurs moyens peuvent améliorer l'état de détente du patient pour le bon déroulement du soin. Par exemple, les soignants peuvent être amenés à mettre de la musique, et chaque soignant doit également s'adapter à la position du patient pour qu'elle soit la plus confortable possible. Si des soins récurrents ou non sont effectués, il est important, afin de mettre le patient en confiance, de bien expliquer la totalité du soin, son intérêt ainsi que les résultats.

Les soins réalisés en service de psychiatrie des personnes démentes sont régulièrement rythmés par les dispositions psychologiques des patients, c'est pourquoi il est important de faire preuve de patience. Si celui-ci refuse le soin, les soignants précisent qu'il faut le reporter, et il ne faut surtout pas braquer le patient. Cette pratique peut permettre d'être plus rapide et efficace

dans la réalisation de nos soins. Dans ces cas-là, une alliance thérapeutique doit être mise en place entre soignant et patient, tout en expliquant constamment les indications du soin.

Les soignants, dans leurs réponses, précisent qu'il est parfois nécessaire de détourner l'attention du patient, afin de diminuer son angoisse, dans le but de créer un rituel, pour savoir s'adapter aux souhaits des patients.

L'infirmier peut, si cela est possible, préparer le soin en amont afin que celui-ci dure moins longtemps. Plusieurs patients ont l'habitude de soins réguliers comme des intramusculaires par exemple, ce qui rend plus facile la réalisation de ces soins quotidiens.

6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? De quel type ?

Les réponses à cette question sont relativement tranchées. En effet, 80% des soignants précisent qu'ils ont déjà été amenés à effectuer certains soins invasifs sans le consentement du patient. Les 20% restant nous exposent qu'ils n'ont jamais réalisé de soins invasifs sans demander au préalable le consentement du patient.

Les soignants ayant déjà réalisé ces soins sans consentement sont différents et variés, mais plusieurs sont similaires. Nous pouvons faire ressortir dans ces réponses principalement la réalisation de soins en chambre d'isolement. De plus, nous pouvons retrouver la pose de voie veineuse périphérique, de sonde naso-gastrique, urinaire, ou sondages urinaires flash. Également, un certain nombre de soins sont régulièrement présents dans les réponses des soignants, par exemple des intramusculaires, la pose de perfusions, des toilettes, des douches, ainsi que des bilans sanguins, et différents pansements simples et complexes. Enfin, d'autres soins plus spécifiques moins réalisés en secteur psychique mais qui ont été tout de même rapportés, sont la ventilation non invasive, ainsi que l'aspiration bronchique d'urgence.

7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

Au sein de cette question, nous pouvons noter que 60% des soignants interrogés ont exprimé qu'ils avaient effectué des soins invasifs chez un patient endormi. A contrario, 40% n'ont jamais été confrontés à ce type de situation et estiment qu'il doivent toujours rechercher le consentement du patient et trouver une autre solution si celui-ci ne souhaite pas que le soin soit

réalisé. Les soignants ayant déjà effectué des soins invasifs chez un patient endormi évoquent plusieurs notions qui les ont amenés à réaliser ces actes. Tout d'abord, ils évoquent la notion de nécessité, d'urgence de la situation et d'enjeu vital engagé pour le patient. Mais également réaliser un soin dans ces conditions selon une soignante permet plus de facilité, en fonction du patient, et de la pathologie.

Autre notion évoquée par une infirmière : une fois le consentement demandé la première fois, elle estime qu'il n'est pas obligatoirement nécessaire de réitérer la demande de consentement dans les soins futurs. Car, en effet, le patient aura l'habitude du soin, et, surtout s'il dort, le soin peut devenir moins anxiogène. C'est également un soin qui peut être réalisé sur prescription médicale.

Une mesure exceptionnelle peut inciter un soignant à réaliser un soin pouvant être considéré comme invasif si un patient se trouve en fin de vie. Dans une telle situation spécifique, le soin invasif peut être un bilan sanguin, un sondage urinaire, comme une simple toilette.

8 – a) Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

Nous pouvons constater qu'un certain nombre de soignants ont déjà été confrontés à ces situations complexes, en compagnie d'étudiants. En effet, 80% des professionnels de santé interrogés ayant réalisé des soins invasifs chez un patient endormi ou non étaient accompagnés d'étudiants, en tant qu'observateurs ou acteurs. Ils ont tous pu, après le soin, en reparler avec eux, pour leur expliquer l'intérêt de la réalisation du soin, leur ressenti personnel et comment ils ont vécu la situation.

Donc, 20% des soignants interrogés n'ont pas eu l'occasion d'être accompagnés d'étudiants dans des situations engageant le consentement du patient lors de soins invasifs. Cela implique que ceux-ci n'ont pas eu la possibilité de répondre aux deux questions suivantes.

9 - b) Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

Tous les soignants ayant été confrontés, avec des étudiants, à ces situations délicates, ont eu l'occasion d'en reparler avec eux à posteriori. Il est important d'évoquer à posteriori l'intérêt de la réalisation du soin. Mais, il est surtout nécessaire de réaliser une concertation en

interprofessionnalité sur les raisons qui peuvent amener les soignants à effectuer des soins invasifs chez un patient endormi.

Il est, dans ces conditions, essentiel d'expliquer l'acte et le replacer dans son contexte avec la prise en soins spécifique et globale du patient. Cela permet à l'étudiant de ne pas mal interpréter les actes et décisions des soignants, pour comprendre l'intérêt du soin.

Selon une infirmière, les étudiants en stage dans leur établissement suivent et restent avec les soignants et sont donc rarement seuls à réaliser des soins, d'autant plus lorsqu'il s'agit de soins invasifs. La psychiatrie est un monde à part, les étudiants peuvent donc être choqués de certaines pratiques des soignants (comme des situations telles qu'un isolement par exemple), il faut donc en discuter avec eux à distance pour en exposer l'intérêt.

Nous pouvons être témoins ou acteurs de situations difficiles, c'est pourquoi il nous faut revenir sur nos pratiques, réaliser une auto-critique qui sera bénéfique pour le professionnel mais aussi surtout pour l'étudiant, cela permet d'enrichir son expérience personnelle et professionnelle.

10 - Quels ont été leurs ressentis ?

La peur légitime ressentie par certains étudiants peut être apaisée par le fait qu'il n'ont en général pas de problème de compréhension tant la situation est critique. Ils comprennent les choix des soignants en fonction de la situation, d'autant plus lorsqu'elle est difficile à imposer en raison de ses valeurs personnelles ou enseignées. Certains étudiants peuvent craindre ces situations complexes, et se questionnent sur l'existence de protocoles spécifiques sur le consentement du patient en psychiatrie lors de soins invasifs.

Une autre infirmière précise que lors d'une situation délicate en présence d'une étudiante, celle-ci n'était pas «fière» d'y avoir participé. L'infirmière a même cru perdre son étudiante, mais elle a pu en discuter avec elle, et lui expliquer la nécessité du soin. Quelques jours plus tard, elles ont reposé ensemble les choses et l'étudiante a compris l'importance du soin. La plupart des étudiants comprennent la nécessité de la réalisation de ces soins, ils ont conscience que c'est une pratique et un monde à part, très particulier, et que les prises en soins sont différentes, variées et adaptées en fonction de chaque patient. Les étudiants sont plus sereins après en avoir discuté avec les soignants et ils comprennent mieux le but, le déroulé du soin, et l'importance du positionnement du professionnel dans ces situations.

Mais le ressenti des étudiants infirmiers peut différer car il est propre à chacun et varie en fonction des différentes situations; ils ont tous des façons de voir et de ressentir les choses différemment, selon leur formation professionnelle mais aussi personnelle.

11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient ?

Dans cette question, beaucoup de notions, très complètes ont pu être évoquées. Un certain nombre d'éléments peuvent se regrouper et se diriger dans un même ensemble d'idées. Au départ, l'étudiant doit toujours se questionner sur le bien fondé et le sens du soin ainsi que sa réalisation. C'est pourquoi il est indispensable pour lui d'en parler à son référent de stage, à l'infirmier présent le jour du soin, ou au formateur référent. Avec l'expérience et l'apprentissage, l'étudiant doit savoir comment choisir de réaliser le soin.

Dans un premier temps, l'étudiant peut refuser de réaliser un soin. Or, au vu de chaque contexte spécifique, si le soin paraît logique et nécessaire à réaliser, les soignants estiment que le soin peut être fait, par l'infirmier mais également l'étudiant. Si un désaccord s'installe et que les conditions ne sont pas optimales, l'étudiant se doit de refuser de réaliser le soin. De manière générale, dans ces conditions, une soignante spécifie que l'étudiant doit être en mesure de refuser de réaliser ces soins.

De plus, si l'étudiant ne se trouve pas à l'aise, il doit en discuter avec le soignant pour en comprendre les raisons, et savoir s'il sera capable par la suite de les réaliser. Également, il peut ne pas les réaliser seul, n'a pas à en avoir honte, et doit au contraire parler de ses angoisses ou ressentis car il peut vivre la situation difficilement. L'infirmière ne peut et ne doit pas forcer l'étudiant à réaliser un soin qu'il ne souhaite pas faire. Nous devons juger nous-mêmes si nous souhaitons réaliser le soin, sans jugement de la part du soignant. Mais, si le patient dort et que le soin à réaliser doit être fait pour sa santé, alors nous pouvons selon eux réaliser le soin. Un professionnel précise également que, lors d'un soin spécifique, le soignant doit prévenir le patient, et s'il n'est pas douloureux il n'est pas nécessaire de le réveiller. Nous pouvons donc ici noter que l'étudiant doit adopter une bonne posture réflexive, comprendre les tenants et les aboutissants du soin, savoir évaluer l'urgence et si l'acte peut être reporté ou non. Quant au soignant référent, il doit être à l'écoute et savoir prendre le relais du soin, qui est de la responsabilité de l'infirmier.

12 – Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? Qu'en est-il ressorti ?

Cette question permet d'obtenir une approche différente des ressentis des étudiants et de confronter des points de vue différents. Car, nous pouvons observer ici dans les différentes réponses que 90% des soignants interrogés ont eu l'occasion d'en rediscuter en inter-professionnalité à distance des situations délicates. Un certain nombre d'éléments ont pu en ressortir dans les différentes réponses, plusieurs se croisent et peuvent être similaires d'un soignant à l'autre.

Tout d'abord, une infirmière précise que lors de situations délicates, les soignants réalisent une concertation éthique médicale mais également paramédicale. C'est pourquoi, après un refus de soin, l'ensemble des soignants se concertent pour connaître le réel intérêt du soin pour le patient. Les soignants tentent de faire au mieux pour prendre en compte les capacités cognitives et la symptomatologie des patients dans leurs prises en soins.

Pour plusieurs soignants le consentement est très important, mais ils précisent tout de même qu'il est difficile dans ce milieu de réussir à toujours l'obtenir.

De plus, plusieurs soignantes nous précisent qu'au sein de leur équipe, tous les soignants ont la même réflexion et la même façon de former. Ils n'imposent rien aux étudiants s'ils ne se sentent pas en capacité de réaliser des soins invasifs.

Mais, à contrario, nous pouvons observer dans une réponse soignante que le recueil du patient n'est pas forcément primordial pour tous les membres de l'équipe. Cela peut donc parfois créer quelques tensions.

Enfin, il est ressorti de cette question, du point de vue soignant, que les soins à caractère urgent doivent être réalisés, comme des injections ou poses de sondes urinaires. Mais, les poses de perfusions ou la réalisation de bilans sanguins restent difficiles pour l'équipe, qui se sent maltraitante, malgré la demande du médecin.

De plus, lorsqu'un patient incontinent est trop souillé, il est nécessaire de réaliser une toilette complète voire une douche malgré son désaccord. Tous les soins indispensables sont réalisés dans l'intérêt du patient.

13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ? Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

Cette dernière question a permis de clôturer cette enquête à laquelle les soignants ont apporté beaucoup de réponses différentes et variées en fonction de leurs vécus et expériences . . Ici, nous pouvons noter que 80 % des soignants ont estimé, au vu des questions et de leurs réponses précédentes, qu'il était impératif de réaliser un soin dans des conditions complexes. De plus, 20% estiment que les situations délicates vécues ou observées ne sont pas à réaliser impérativement. Nous pouvons également relever qu'une soignante reste mitigée et n'a pas tranché.

Plusieurs soignants évoquent la nécessité d'effectuer le soin, pour la sécurité du patient, ainsi que le caractère urgent de la situation, associé au pronostic vital du patient pouvant être engagé. Par exemple, concernant les injections, l'état d'urgence est prédominant.

Ainsi, la notion de relativité d'urgence ressort donc régulièrement ici. De plus, il peut être nécessaire de réaliser certaines injections lors d'une agitation, afin de permettre de protéger le patient lui-même ,les autres patients, ou les soignants.

Un autre exemple est proposé par une infirmière, concernant la pose de sonde urinaire sur globe, également liée à la notion d'urgence du soin. La patiente ne pouvait pas donner son avis, car elle était en mélancolie profonde, ne communiquait plus avec les soignants et se laissait aller.

De même, une autre infirmière a dû réaliser une prise de sang à un résident dans un contexte urgent et vital, en accord avec la tutrice. En effet, le patient était hyperthermique, avait présenté une embolie pulmonaire quelques semaines auparavant et portait une prothèse de hanche; il fallait déterminer la cause de l'infection.

Les soignants évoquent également la nécessité de réaliser une injection si le patient ne se trouve pas en capacité de s'apaiser sans aide, ce qui favorisera son bien-être plus rapidement. Chez un patient qui ne s'alimentait que très peu, les soignants devaient, à la demande du médecin, réaliser un bilan sanguin tous les deux à trois jours, malgré le peu d'amélioration du

patient. De plus, ce bilan sanguin pouvait être effectué dans le but d'écarter ou non un trouble organique, psychique, et permettre d'adapter le traitement psychiatrique.

L'infirmière a évoqué une situation avec un patient présentant des hallucinations. Le bilan montrait une déshydratation, qui a été corrigée, et a ensuite permis d'adapter le traitement. Dans ces conditions, nous pouvons donc noter que la prescription médicale est primordiale.

Le bien-être et l'intérêt du soin pour le patient sont également importants et évoqués à plusieurs reprises par les soignants. Nous pouvons donner l'exemple de la réalisation des douches, des toilettes, ou des changes. Ainsi, lors d'une situation évoquée par une soignante, le souhait de la patiente était de réaliser son soin lorsque elle-même dormait. C'est une pratique qui peut déstabiliser et gêner le soignant mais le bien-être du patient est primordial.

De plus, certains soignants sont amenés à poser des perfusions dans le but de réhydrater le patient, malgré l'agitation de celui-ci. Ils doivent, selon leur éthique et leurs valeurs professionnelles, poser la poche d'hydratation pour son bien-être.

Pour terminer sur cette notion, nous savons que le patient n'est pas forcément en capacité d'exprimer sa volonté et donner son consentement ; le langage non verbal peut parfois alors prendre le relais.

Pour finir, une infirmière nous a fait partager une de ses expériences personnelles en tant qu'étudiante, concernant un soin invasif. Elle était en deuxième année, en stage en unité de post urgence. Une patiente, avec une déficience intellectuelle, présentait une occlusion intestinale et nécessitait donc un lavement. L'infirmière effectuant le soin n'a ni prévenu ni rassuré la patiente, alors que celle-ci gémissait violemment. L'étudiante a dû sortir, les larmes aux yeux, et elle a fait des cauchemars pendant plusieurs semaines. Les propos de l'infirmière lui ont fait comprendre qu'il fallait qu'elle s'endurcisse car le soin était inévitable. L'étudiante, malgré ses tentatives, n'a jamais réussi à faire valoir son point de vue. Plusieurs soins de ce type ont été observés par l'étudiante, soins qu'elle considérait comme de la maltraitance et dont elle a parlé à sa référente pédagogique.

VIII) Synthèse de l'enquête

Cette enquête nous a permis d'obtenir et d'analyser l'expérience et le vécu des différents soignants ayant répondu à notre questionnaire. Nous avons pu observer que la notion de consentement du patient atteint de troubles psychiatriques lors de soins invasifs, pose régulièrement question au sein des équipes pluridisciplinaires, surtout lorsque le patient est endormi.

Les éléments qui ont pu être recueillis lors de cette enquête ont permis d'étayer et de répondre à notre questionnement de recherche, à savoir : En quoi un soin invasif avec une autre étudiante chez un patient atteint de troubles psychiatriques implique la notion d'éthique ?

Nous avons pu constater que les soignants ne recueillent pas toujours le consentement du patient lors de soins plus ou moins invasifs, également lors de soins réalisés de façon récurrente. En effet, l'analyse des différents points de vue des infirmiers nous montre qu'ils sont relativement partagés sur le sujet. Les notions primordiales retrouvées ici sont le respect et le droit du patient, ainsi que l'éthique. De même, les soins sans consentement peuvent être effectués en fonction de la pathologie, de la situation, et après concertation éthique.

Le patient ne comprend pas toujours l'importance du soin, notamment du fait de différentes pathologies qui peuvent altérer sa compréhension. Mais il peut en comprendre le déroulé sans en réaliser le sens.

Les soignants, en fonction des pathologies, des patients, de leurs valeurs, de leurs personnalités, et de leurs expériences, tentent d'adopter différentes stratégies pour gérer les soins à effectuer auprès des patients atteints de troubles psychiatriques. Certains soignants ont déjà eu l'occasion d'effectuer des soins invasifs chez des patients endormis, pour divers motifs qui se regroupent généralement : le bien-être du patient, l'urgence de la situation, la nécessité du soin sont régulièrement évoqués.

Plusieurs étudiants ont eu l'occasion d'être témoins ou acteurs de ces différentes situations. La plupart d'entre eux ont pu être accompagnés par les soignants et à posteriori, ont eu l'occasion d'en rediscuter avec eux pour comprendre les différents points de la situation. Par la suite, les soignants ont évoqué le positionnement que les étudiants devraient selon eux adopter lors de ces situations délicates. Il ressort que ceux-ci sont généralement accompagnés dans des situations complexes, et qu'ils ne doivent pas hésiter à évoquer leurs difficultés à réaliser des soins seuls ou lorsqu'ils sont observés.

Compte tenu de tous les éléments recueillis au sein des différents questionnaires, nous pouvons dire que les notions d'éthique, de valeurs, de consentement, ainsi que du respect du patient, du positionnement soignant et étudiant mais aussi des responsabilités infirmières sont des notions qui ont toujours été retrouvées à l'unanimité chez ces soignants.

En revanche, un nombre restreint de soignants sur ces dix questionnaires ont été entendus. Il pourrait être intéressant d'élargir cette enquête afin d'obtenir l'avis d'un plus grand nombre de soignants infirmiers, et aides-soignants, mais également d'autres professions. Cela permettrait d'acquérir l'expérience de professionnels, avec différentes connaissances et compétences.

De manière générale, à travers ce travail, nous avons pu cibler nos recherches sur les réflexions et positionnements des soignants quant à l'obtention du consentement chez des patients atteints de troubles psychiatriques. C'est un tremplin pour nos réflexions sur notre propre pratique et future posture professionnelle.

Conclusion

Cette situation a permis d'enrichir notre réflexion sur le soin invasif et de commencer à construire notre posture et notre éthique professionnelles. Au sein de ces services de soins psychiatriques, il nous est apparu important de nous interroger sur nos pratiques professionnelles afin de régulièrement remettre en question notre posture réflexive.

Durant ce soin et plus généralement pendant ce stage en psychiatrie, nous avons pu prendre conscience de l'importance de l'adaptation dont les soignants doivent faire preuve lors de situations complexes. Le consentement du patient lors de soins est primordial, pour une bonne prise en charge, notamment lorsque celle-ci est complexe.

Cette situation a été l'occasion d'encadrer une étudiante de première année, mais également d'être actrice de ce soin technique, pour guider au mieux ses gestes. Cela impose de choisir les bons mots afin de donner des explications suffisamment précises. Les termes, s'ils sont trop techniques doivent être explicités. Nous nous sommes rendus compte de l'importance de la communication, de l'enrichissement de la transmission de savoirs, pour l'apprenant comme pour celui qui conseille.

Dans cette situation, la réalisation du soin est assez contradictoire, car il est impératif de réaliser le sondage urinaire, mais cela peut soulever un problème éthique puisque la patiente dormait pendant l'acte. Dans certains cas, la question éthique même si elle est importante, n'est donc pas aussi essentielle que la réalisation de soins.

Tout cela peut faire émerger différentes conclusions. Tout d'abord, tout soin invasif nécessite une réflexion et notamment éthique. De plus, nous prenons conscience de la nécessité absolue de certains soins, tout en conservant les notions de valeurs et de respect du patient. C'est pourquoi nous devons tous travailler en interdisciplinarité autour de l'éthique afin de déterminer les meilleures solutions dans l'intérêt du patient. Quant aux étudiants, ils doivent trouver leur place au sein des équipes, se positionner lors de situations complexes et apprendre à gérer leurs émotions.

Bibliographie

Textes réglementaires

- CCNE Bioéthique : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/faq/quest-ce-que-la-bioethique>
- Serment d'Hippocrate
- Recommandations éthique HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835426/fr/le-questionnement-ethique-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux
- Loi n°2002-303 de 2002 relative aux droits des malades :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4372794AEEA2AF5304492C462CE68110.tplgfr25s_3cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685759&dateTexte=20200318&categorieLien=id#LEGIARTI000006685759

- Loi du 27 septembre 2013 relative au consentement des patients en soins psychiatriques <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp12-817.html>
- Code de déontologie infirmière du 25 novembre 2016 : https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf
- Loi 5 juillet 2011 = droits et protection des patients en soins psychiatriques et à leurs leur prise en charge
- CNRTL = Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- Décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique
- Arrêté de 2009 sur le diplôme infirmier – compétences étudiants
- OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Dictionnaires

- Dictionnaire Littré
- PAILLARD Christine - Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers - SETES édition, 3ème édition, 2016 – 568 pages
- Dictionnaire Larousse
- Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation
- VANOVAZZUCCONI S, DIGONNET E, LEYRELOUP A-M – Dictionnaire infirmier de psychiatrie : Masson, 2005 - 215 pages

Articles de revue

- CADORÉ Bruno, « Une éthique de la prise de décision », Soins formation pédagogie encadrement, No 21, 1997

Cours

- UE 1.3 Semestre 4 Méthodologie de la démarche éthique
- UE 1.3 Semestre 1 Code de déontologie

Auteurs

Philippe Svandra, «le care, entre disposition morale et pratique sociale», juillet 2009. Maître de conférences associé à l'Université Paris Est - Marne-la-Vallée. Il est par ailleurs formateur consultant au pôle formation du Centre Hospitalier Sainte Anne (Paris).

Texte sur le net : <http://svandra.over-blog.com/article-33681864.html>

Joan Tronto = politologue, professeure de sciences politiques, soutient sa version éthique du care

Stephen Fry = diplôme de Littérature anglaise, auteur de plusieurs livres

Margot Phaneuf = formation en sciences infirmières, maîtrise en éducation, doctorat didactique, ouvrages sur la relation d'aide, psychiatrie et évaluation de la performance d'étudiante infirmière

Henri Amouroux = journaliste et historien français

Claire Jouffray = Ancienne assistante de service social, formatrice et master en travail social

Didier Dubasque = Assistant de service social et ancien président de l'ANAS. Ancien cadre d'action sociale, et a contribué à la rédaction de plusieurs rapports, il rend compte de l'actualité et des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux.

Guy Le Boterf = Docteur d'État en lettres et sciences humaines et docteur en sociologie

Paulo Freire = généralité de la conscience personnelle

M.-F Collière = maîtrise de soins infirmiers de santé publique, DEA d'histoire des civilisations, infirmière enseignante dans le programme de maîtrise sciences techniques sanitaires et sociales

Cécile Bolly = médecin, auteur, spécialiste de l'éthique

Grégory Voz, enseignant de formation, psychologue, licencié en pédagogie, et chercheur. Et

Jacques Cornet, chirurgien = «Comment former de futures enseignants réflexifs ? Quel est l'impact de la formation à la réflexivité ? *Éducation et formation*. N°294, 2010.»

Marielle Boissart = enseignante, chercheuse, ancienne infirmière et cadre de santé, master dans la recherche nationale francophone et doctorat en sciences de l'éducation, directrice des soins et associée au Laboratoire CIRNEF

Annexes

ANNEXE 1 - Questionnaire

Fonction :

Service :

Nombre d'années d'expérience :

Question 1 = Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ?

Oui

Non

Question 2 = Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Question 3 = Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients (*par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour*) ?

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ?

Pourquoi ?

Question 4 = Le patient comprend t-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ?

Question 5 = Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

Question 6 = Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ?

Oui

Non

→ De que type ?

Question 7 = Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Question 8 = Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

Oui

Non

Question 9 = Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Question 10 = Quels ont été leurs ressentis ?

Question 11 = Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

Question 12 = Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ?

Oui

Non

→ Qu'en est-il ressorti ?

Question 13 = Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

Oui

Non

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incité à le réaliser ?

ANNEXE 2 - Résultats de questionnaires individuels

Soignant N°1

Fonction = Infirmière

Service = Service d'admission libre psychiatrique

Nombre d'années d'expérience = 4 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « *Oui* »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ?

« *Non. Il m'est déjà arrivé de devoir effectuer des soins techniques lourds après concertation éthique chez des patients en soins sous contraintes ne pouvant pas prendre de décision pour leur santé.* »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« *Oui cela peut être des sondages évacuateurs, la pose d'alimentation entérale* »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

« *Non, pour les mêmes raisons citées au dessus* »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ?

« *Pas toujours. certains patients déments, en décompensation psychotique ou catatonique graves ne sont pas toujours en mesure de comprendre cette importance.* »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« *Une attitude la plus rassurante possible.* »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « Oui »

→ De que type ?

« Pose de VVP, sonde naso gastrique, sonde urinaire. »

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« Non »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« Oui »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« Oui. Afin d'expliquer pourquoi on réalise ces soins et de la concertation soignante réalisée avant ces soins »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

« Généralement il n'y a pas de problème de compréhension tant la situation du patient à ce moment là est critique. »

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

« De toujours se poser la question sur le bien-fondé du soin et de sa réalisation et d'en parler avec son référent si on se pose des questions. »

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « Oui »

→ Qu'en est-il ressorti ? *« En concertation éthique (médical / paramédicale). »*

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ? « Oui »

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« Le pronostic vital de la patiente était engagé. »

Soignant N°2

Fonction = Infirmière

Service = admission psychiatrique

Nombre d'années d'expérience = 3 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « *Oui* »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ?

« *Non. L'état de santé des patients ne leur permet pas toujours d'être capable de donner leur consentement* »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« *Le soin technique que nous avons est essentiellement les injections intramusculaires, que nous réalisons selon les prescriptions des médecins (tous les 15,21, 28 jours).* »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

« *Nous demandons le consentement du patient avant chaque début de traitement par IM mais nous ne le demandons pas lorsque nous avons besoin de faire une injection suite à une agitation par exemple.* »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ?

« *Oui le patient comprend généralement bien qu'il a besoin de ce soin afin de maintenir son état de santé.* »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« *Lorsque les injections sont prévues dans le traitement du patient ce soin est plutôt facile, le patient à l'habitude, il connaît le déroulement du soin. La réassurance et le fait de donner des*

explications lors des premières injections est primordiale afin de créer un lien de confiance et de réassurer le patient. Je spécifie également toujours que ce soin est quand même douloureux »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? De que type ? « Oui »

« Injection intra musculaire, perfusion, pose de sonde urinaire, une douche, bilan sanguin. »

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« Non »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« Oui »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« Oui. Car il est important d'expliquer nos actes par rapport au contexte afin que cela ne soit pas mal interprété par l'étudiant. »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

« Les étudiants été plutôt compréhensif face aux différentes situations et explications. En fonction de la situation certains exprimaient quand même que cela était difficile de devoir imposer un soins au vu de leur valeurs et de celles qu'on leur enseignent pendant la formation.»

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?)

« L'étudiant doit nous questionner sur le sens du soin si cela n'a pas été fait au préalable puis choisir de lui-même s'il se sent capable ou non de réaliser le soin. L'IDE ne doit pas forcer l'étudiant à faire ce soin si ce dernier n'est pas d'accord.»

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « Oui »

→ Qu'en est-il ressorti ?

« Globalement il en ressort que le soin a été fait sans consentement face au caractère urgent de la situation (l'injection par exemple ou la pose de sonde urinaire). Quant aux poses de perfusion, de bilan sang, les soignants ressentaient beaucoup de difficultés. Ces soins ont été

pratiqués sur un patient qui refusait de manger tout ce qu'on lui proposait. Il été donc en dénutrition et déshydratation, ce qui a généré ces poses de perf et ces bilan sang. L'équipe était très mal à l'aise, nous faisons les soins à la demande du médecin mais nous n'en voyons pas vraiment de sens, nous avons l'impression d'être mal traitant. Quant aux douches, nous sommes obligés de les effectuer car ce même patient est incontinent mais n'accepte que les toilettes intimes. Or il s'avère qu'il est parfois nécessaire de lui faire une douche lorsque qu'il est trop souillé.»

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« Oui et non. Pour les douches c'est malgré tout le bien être du patient qui nous incite à le faire. Pour les injections c'est l'état d'urgence qui prédomine. Lors d'une agitation il est parfois nécessaire de réaliser une injection lorsque le patient n'arrive pas à s'apaiser psychologiquement seul. Cela peut lui permettre de s'apaiser plus vite et donc de moins se fatiguer. Ce soin est également parfois essentiel pour protéger les autres patients, le patient lui-même ou les soignants. Pour la pose de sonde urinaire cela a également été fait face à l'urgence. La patiente était en globe urinaire et elle ne pouvait pas donner son avis étant donné qu'elle était en mélancolie profonde et ne communiquait plus avec nous, elle était devenue mutique et se laissait complètement aller. Quant aux bilan sang qui étaient fait tous les 2-3 jours dans cette situation, nous avons réalisé ces soins uniquement à la demande du médecin. Etant donné que le patient ne mangeait toujours pas nous savions qu'il n'y aurait pas beaucoup d'évolution sur le bilan sang. Pour les poses de perfusion nous avons réalisé ces soins malgré le que patient se débattait et l'arrachait parfois car nous savions que cela était nécessaire pour l'hydrater, nous ne pouvions pas le laisser sans s'alimenter ni s'hydrater.»

Soignant N°3

Fonction = Infirmière

Service = Neurologie

Nombre d'années d'expérience = 39 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « *Oui* »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ? « *Oui. Explication du soin plus d'adhésion* »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« *Les deux.* »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ? « *Idem* »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ? « *Pas toujours* »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« *Patience calme explication* »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « *Oui* »

→ De que type ? « *Perfusion, pansement, toilette* »

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« *Oui. Urgence, nécessité* »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« *Oui* »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« *Oui. Toujours expliquer ce qui n'est pas simple* »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

« Peur, questionnement protocole »

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

« Si le patient est endormi c est pour son bien et les soins doivent être fait »

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « *Oui* »

→ Qu'en est-il ressorti ? « *Que soins indispensables fait* »

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ? « *Oui* »

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« Nécessité, sécurité »

Soignant N°4

Fonction = Infirmière

Service = EHPAD a orientation gerontopsychiatrie

Nombre d'années d'expérience = 10 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « *Oui* »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ? « *Non. On essaie au maximum de convaincre le patient. En général on y arrive mais ils ne voient pas tjs le soin de la meme façon que nous.* »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

«*Oui. Ce sont sensiblement les mêmes. Quand il y a un nouveau soin on explique le matériel et pourquoi on le fait*»

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ? « *Oui et comme cela il accepte plus facilement Ex : découverte de diabète chez un de nos résidents ce qui induit glycémie et insuline plusieurs fois par jour. On a commencé a un contrôle par jour des qu il disait oui avec intro d ADO puis maintenant on arrive a faire 3 glycémie par jour avec insuline lente le matin et insuline rapide si besoin. Le consentement de ce mr a était capitale dans sa prise en charge.*»

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ? « *Pas toujours. Cela dépends de son état mental du moment.* »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« *On explique tout ce que l on fait dans la mesure du possible. On essaye d arriver avec le sourire et positif. Si c'est non on retente quelques minutes après. Le but étant de ne pas braquer le patient pour pouvoir réaliser le soin rapidement et efficacement.* »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « *Oui* »

→ De que type ? « Une biologie et IM pour un résident qui avait trop grimpé. »

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« Oui. Pour plus de facilité »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« Oui »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« Oui. Les étudiants restent avec nous en psy et sont rarement seuls »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

« Sur le coup pas fière. J'ai même cru perdre mon élève. Ensuite on en a rediscute et elle a compris la nécessité de ce soin. Quelque jours plus tard elle nous a dit que l on avait fait un miracle donc on a repose les choses ensemble pour lui expliquer que non. On a juste prélever pour voir si son attitude était lie a un trouble biologique ou si il était envahi a cause de ses hallucinations. »

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?)

« L'étudiant peut demander pourquoi on fait ce soin alors que le patient dort et juger par lui même s il veut faire ce soin ou non sans justement de la part du soignant. »

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « Oui »

→ Qu'en est-il ressorti ? « Que tous auraient fait pareil au vu des antécédents de cette personne »

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ? « Oui »

« Le but était de déterminer un trouble organique ou psychique qui se soignent pas de la même façon. Une fois le trouble organique écarté il fallait adapter le traitement psychiatrique. Dans la situation présente le patient était déshydraté légèrement et était envahi de ses hallucinations. On a réussi a corriger l hydratation et a re adapté son traitement psy par la suite. »

Soignant N°5

Fonction = Infirmière

Service = Psychiatrie de l'adolescent

Nombre d'années d'expérience = 2 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « Oui »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ?

« Non. Je m'efforce de le recueillir mais il m'est arrivé de devoir piquer une bio sanguine chez un patient avec psychose déficitaire qui avait la phobie des piqûres et qui ne supportait pas le meopa... Bilan très difficile à piquer, une collègue avait dû maintenir le bras du patient le temps du soin, ce qui avait été particulièrement traumatique pour le patient (et pour moi). Malheureusement, le résident venait de se faire poser une prothèse de hanche et était en hyperthermie depuis plusieurs jours. Il nous fallait absolument déterminer les caractéristiques de cette infection... »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« Soins ponctuels pour la plupart. »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

« Oui systématiquement, car encore plus lorsqu'il y a maladie psychique (du fait d'hallucinations, de pertes de mémoire, d'angoisse, ou autres symptômes propres à la maladie) le patient peut changer d'avis et retirer son consentement entre deux soins. Comprendre pourquoi sera déterminant pour permettre d'accompagner le patient dans cette prise en soin à long terme. »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ? « Tout dépend de la puissance et de la nature de la symptomatologie du patient. L'idéal étant de parvenir à expliquer simplement et avec clarté le pourquoi du comment. »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« J'essaie de créer une alliance thérapeutique avec le patient, de bien expliquer ce que je fais, pourquoi je le fais et de détendre l'atmosphère pour détourner si nécessaire son attention et diminuer son angoisse. J'essaie quand cela permet d'apaiser le patient de créer une "routine" dans la réalisation du soin. Je pense par exemple à un résident avec déficience intellectuelle en Fam qui avait particulièrement peur des injections retard et chez qui nous avons instauré tout un rituel avant et après le soin. »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « *Oui* »

→ De que type ? *«Prise de sang. Injection intra musculaire en chambre d'isolement.»*

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« Oui. Une fois, à la demande de la patiente, elle avait l'habitude ainsi (dormait très profondément) et trouvait cela moins anxiogène du coup. Se réveillait le matin comme si rien ne s'était passé... »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« *Non* »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « *Oui* »

→ Qu'en est-il ressorti ?

« On essaie de faire au mieux pour nos patients en prenant en compte leur capacité cognitive et leur symptomatologie. Malheureusement, le recueil du consentement n'est pas primordial pour tous les membres de l'équipe... Et cela crée parfois de vives tensions. »

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« Oui. Dans le cas de la patiente endormie, c'était sa demande donc pas vraiment un soin sans consentement... Même si j'étais affreusement gênée et morte de trouille à l'idée de la réveiller... Dans le cas du résident pour qui j'ai piqué une bio, c'était le caractère urgent/vital du soin. Il avait déjà fait une embolie juste avant et sa température était particulièrement forte et ne baissait pas... Il fallait en déterminer la cause. Cela ne change pas grand chose à mes yeux, mais le patient était sous tutelle et sa maman (tutrice) avait donné son accord quant à la réalisation du soin. Personnellement, d'un point de vue éthique, ce soin reste difficile à réaliser. Je me permets de rebondir sur les questions d'encadrement d'étudiants. Si je n'ai pas eu l'occasion d'encadrer un étudiant sur un soin invasif sans consentement, j'ai durant mes études été confrontée à la situation. En premier stage de deuxième année, en unité post urgence, une patiente déficiente intellectuelle avait une occlusion intestinale et devait recevoir un lavement. L'infirmière le lui a administré sans la prévenir, sans la rassurer. La patiente hurlait à la mort, au viol, les yeux ébahis... J'ai été obligée de sortir, les larmes aux yeux et en ai fait des cauchemars pendant des mois, entendant inlassablement les cris de cette pauvre jeune femme chassée flis que j'essayais de m'endormir.... L'infirmière m'a simplement dit qu'il fallait que je m'endurcisse car le soin était inévitable et vital. J'ai essayé de lui faire comprendre qu'on aurait pu y aller à plusieurs, expliquer avec des mots plus simples ce qui allait se passer et au moins rassurer la patiente plutôt que de lui demander de se taire.... Mais je n'ai jamais pu faire entendre mon point de vue... J'avais dénoncé le lieu de stage à ma référente pédagogique car j'y avais vu plusieurs soins de ce type qui pour moi relevait de la maltraitance mais j'ai été remerciée...mais ça c'est un autre débat !»

Soignant N°6

Fonction = Infirmière

Service = Surveillance continue

Nombre d'années d'expérience = 7

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « Oui »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ?

« Oui. Cela fait partie des droits du patients d'accepter et de refuser des soins. De plus il a le droit de connaître le but des soins réalisés. »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« Cela dépend des patients et des pathologies concernées »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

« Je les préviens au moins des soins réalisés. Si ils refusent je repasse plus tard ou j'essaie de négocier. »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ? « Cela dépend de la pathologie et l'état actuel du patient. »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« J'essaie de m'adapter aux souhaits et au patient lui-même. »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « Oui »

→ De que type ? « Ventilation non invasive, prise de sang »

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« Oui. Enjeux vital pour le patient »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« *Oui* »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« *Oui. Pour qu'ils puissent comprendre l'intérêt des soins réalisés.* »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

« *Que l'idéal du soin est de prévenir le patient mais que si il dort et que le soins n'est pas douloureux éviter de le réveiller.* »

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « *Oui* »

→ Qu'en est-il ressorti ? « *Que l'on agit toujours dans l'intérêt du patient.* »

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« *Oui. Toujours penser à l'intérêt du patient.* »

Soignant N°7

Fonction = Infirmière

Service = Service de suite psychiatrique

Nombre d'années d'expérience = 1 an

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « *Oui* »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ?

« *Non. Certains patients ne sont pas en capacité de reconnaître leurs besoins en lien avec leur état de santé qui parfois peuvent nécessiter des soins invasifs.* »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« *Ponctuels la plupart du temps.* »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

« *Nous essayons mais si le patient ne donne pas son consentement nous en discutons en équipe pluridisciplinaire et nous avisons ensuite.* »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ? « *Cela dépend de son état psychique.* »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« *Attitudes d'écoute, réassurance. Nous essayons d'expliquer les choses avec des mots simples en adaptant notre communication à chaque patient pris en soins.* »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « *Oui* »

→ De que type ? « *Sondage flash chez une patiente en chambre d'isolement présentant des troubles bipolaires en phase maniaque.* »

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« Non. Nous cherchons systématiquement à avoir le consentement, si il ne le donne pas nous avisons ensuite. »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« Oui »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« Oui. La psychiatrie est un monde à part, les étudiants sont souvent choqués ou questionnés par certaines pratiques comme l'isolement par exemple. Il est impératif d'en rediscuter avec eux à distance pour leur expliquer l'intérêt de ces choses là »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

« Après discussions les étudiants pour la plupart comprennent les pratiques, sont conscient que cela est une pratique à part et que chaque prise en soin est différente selon le patient. »

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

« Il devrait refuser. »

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? *« Oui »*

→ Qu'en est-il ressorti ? *« Le consentement est très important pour nous même primordial mais il est compliqué dans nos pratiques de l'obtenir à chaque fois. C'est pour ça que systématiquement après un refus de soin d'un patient nous en parlons systématiquement en équipe pluridisciplinaire pour savoir si oui ou non le patient tire un bénéfice réel de ce soin ou pas. »*

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« Non »

Soignant N°8

Fonction = Infirmière

Service = EHPAD

Nombre d'années d'expérience = 8 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « Oui »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ? « Oui. Par respect pour la personne, afin d'établir une relation de confiance. »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« Ponctuels. » → Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ?

« L'explication du but et de sa réalisation sont toujours expliqués dans un langage / communication adaptée à la personne afin qu'il comprenne son importance. Si refus, et si le soin n'est pas urgent, je le remet à plus tard sur mon poste et recommence mes explications dans la recherche du consentement. Très souvent, la personne ne retient pas ou ne comprend pas le but mais le déroulé du soin. Ce qui permet au soin de se dérouler correctement. »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« Tout est préparé d'avance et prêt à l'utilisation afin de ne pas faire durer le soin. Voix douce, position de soutien, encouragements, avec explications de chaque étape au fur et à mesure du soin. »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « Oui » → De que type ? « Aspiration bronchique d'urgence. »

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« Oui. Problème de santé à résoudre d'urgence et soins sur prescription médicale. »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« Oui »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« Oui. Il est très important d'expliquer chaque soin / situation notamment des situations difficiles. Revenir sur une expérience, mieux la comprendre et s'auto critiquer est toujours bénéfique aussi bien pour l'étudiant que pour le soignant diplômé. Expliquer par retour d'expérience est primordial dans notre métier qui est aussi celui de formateur. »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

« Plus serein ensuite car l'étudiant a compris le but, le déroulé du soin mais aussi notre positionnement par rapport à ce soin qui a été mal vécu pour tous.»

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

« S'il n'est pas à l'aise, il ne faut pas hésiter à en discuter. Comprendre avant de se lancer mais aussi avoir besoin d'aide pour réaliser ce soin s'il ne se sent pas de le faire seul malgré des explications claires peut aider à le réaliser plus tard quand il se sentira prêt. Il ne faut jamais avoir honte de ne pas se sentir à l'aise avec telle ou telle situation. Mais surtout il ne faut pas hésiter à en parler afin que ce soin ne soit pas mal vécu par l'étudiant.»

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « Oui »

→ Qu'en est-il ressorti ? « Nous avons dans mon équipe la même réflexion et la même façon de former. Nous ne forçons jamais les étudiants. Nous le faisons avec eux s'ils ne se sentent pas capable de réaliser un soin invasif seul et surtout sans consentement.»

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« Oui. La prescription médicale et l'intérêt de celle-ci.»

Soignant N°9

Fonction = Aide soignante

Service = USLD

Nombre d'années d'expérience = 9 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « Oui »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ?

« Oui. C'est d'abord un respect de la personne que nous aidons/soignons. Et si vous ne prévenez pas avant, le patient peut se sentir agresser. Et le soin ne pourra pas bien se passer. »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« Chez les personnes démentes, nous essayons de garder les mêmes horaires, de faire les soins de la même manière. Pour éviter de les perturber. Quand aux soins réalisés avec un patient, quel qu'en soit la nature, il est important de d'individualiser ! Il faut prendre en compte la personne dans sa globalité et elle sera forcément différente du prochain patient. »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

« Oui évidemment. Parce que les patients avec des troubles psychologiques ou atteints de démence peuvent avoir des comportements inattendus. Être physiquement là et psychiquement ailleurs. Il est important de se présenter et d'expliquer le soin. »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ? « Cela dépend du patient, du moment... »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

« Parler...communiquer...négocier...apaiser... Et si ça ne fonctionne pas, je reviens plus tard. Une attitude calme et adapté à la personnalité de mon patient. Chez certains il faudra être un peu ferme, d'autres à l'inverse être très douce... »

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « *Non* » → De que type ?

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« *Oui. Fin de vie..* »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« *Oui* »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

« *Oui. Parce qu'ils avaient des questions, ou en avaient besoin.* »

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

« *Ça dépend des étudiants, de leur façon de voir et ressentir les choses.* »

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi ?*)

« *Dans un premier temps, je dirais refuser de faire le soin. Mais il faut prendre en considération le contexte de la situation. Si cela vous paraît logique et nécessaire...oui. A l'inverse, si vous êtes en désaccord avec ce geste et les conditions...refusez !* »

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « *Oui* »

→ Qu'en est-il ressorti ?

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« *Oui. Indispensable au bien-être de notre patient.* »

Soignant N°10

Fonction = Infirmière

Service = FAM

Nombre d'années d'expérience = 3 ans

Question 1 - Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer des soins techniques auprès de patients atteints de troubles psychiatriques et/ ou démence ? « Oui »

Question 2 - Recueillez-vous toujours le consentement du patient avant chaque soin technique ? Pourquoi ? « Oui »

Question 3 - Les soins techniques réalisés sont-ils ponctuels ou récurrents / identiques chez certains patients ? (par exemple un sondage urinaire minute à réaliser plusieurs fois par jour) ?

« Récurrents et ponctuels (bilans sanguins, sondages intermittents, pansements, etc.) »

→ Si des soins récurrents sont effectués, recueillez-vous dans ces cas-là toujours le consentement du patient lors de ces soins ? Pourquoi ?

« Oui. C'est une obligation légale et c'est une question d'éthique personnelle aussi. Ils me laissent toucher leur corps. La décision leur appartient que je puisse ou non prodiguer des soins dessus. »

Question 4 - Le patient comprend-il l'importance de la réalisation du soin ? Dans quelle mesure ?

« C'est difficile à dire dans la mesure où je travaille avec des personnes âgées atteintes de handicap psychiques et cognitifs (encéphalite néo-natale, trisomie 21, maladie d'Alzheimer, épilepsie sévère ayant entraîné des séquelles cognitives). Certains sont en capacité de comprendre, d'autres sont ritualisés, d'autres me font certainement « confiance » pour évaluer la pertinence d'évaluer la pertinence de telle ou telle soin. Ils ont la mémoire (ou non) du soulagement après tel ou tel soin (réfection de pansement, sondage intermittent, etc.). Ceci est une hypothèse. »

Question 5 - Comment gérez-vous ce soin auprès du patient ? / Quelles attitudes adoptez-vous ?

J'adopte une attitude comme avec n'importe quelle personne. J'explique le soin s'ils ne le connaissent pas ou si je pars du principe qu'ils ne s'en souviennent plus. J'explique pourquoi j'ai besoin de le faire, et ce que les résultats vont impacter pour eux (changement de traitement, recherche étiologique d'une pathologie, etc.). Je les rassure sur le fait qu'ils peuvent sentir quelque chose de désagréable ou parfois douloureux, mais que ce ne sera que transitoire. Je les mets dans de bonnes dispositions psychologiques en mettant parfois de la musique qu'ils aiment écouter. Je leur parle d'autre chose si je sens qu'ils ne souhaitent pas que je m'attarde sur le soin (cela dépend des patients). Je m'adapte à la position dans laquelle ils se sentent bien (dans leur chambre, au lit, au fauteuil, etc.). Je ne leur demande pas de s'adapter à moi, sauf pour des choses très spécifiques où il est difficile de les laisser faire vraiment ce qu'ils veulent, comme un pansement de Picline ou une pose de sonde urinaire à demeure par exemple (les soins stériles de manière générale).

Question 6 - Avez-vous déjà été confronté à la réalisation d'un soin plus ou moins invasif, sans consentement du patient ? « *Non* » → De que type ?

Question 7 - Avez-vous déjà effectué un soin invasif chez un patient endormi ? Pourquoi ?

« *Non* »

Question 8 - Des étudiants ont-ils été confrontés à observer, ou ont été acteurs de ces soins ?

« *Non* »

Question 9 - Si oui, avez-vous eu l'occasion d'en rediscuter avec eux à posteriori ? Pourquoi ?

Question 10 - Quels ont été leurs ressentis ?

Question 11 - Quel positionnement pensez-vous que ces étudiants doivent adopter lorsque l'infirmier lui indique de réaliser un soin invasif sans consentement du patient (*par exemple, lorsque l'étudiant doit quand même réaliser un soin invasif alors le patient est endormi* ?)

« Dans tous les cas, l'étudiant doit adopter une posture réflexive (soin invasif ou non). Il ne doit pas être un simple exécutant mais bien prendre en compte les tenants et aboutissants de ses actes. Il doit donc être en capacité d'évaluer si le soin qui lui est demandé est une urgence (donc pas possibilité d'attendre le consentement car c'est une urgence vitale par exemple) ou si le soin peut être reporté. La personne qui l'encadre (tuteur ou professionnel de proximité) se doit d'être

à son écoute et de prendre le relais si l'étudiant argumente le refus d'effectuer ce soin. La responsabilité restera celle de l'infirmier diplômé.»

Question 12 - Avez-vous pu en discuter entre vous, soignants ? « Non »

→ Qu'en est-il ressorti ?

Question 13 - Pensez-vous qu'il était impératif dans ces conditions de réaliser ce soin ?

→ Quelles sont les motivations qui vous ont incités à le réaliser ?

« cf. question 11, sur la relativité de l'urgence du soin. Il faut également être à même d'évaluer ce qu'est en capacité de comprendre le patient. Ce n'est pas parce qu'il ne peut pas exprimer un « oui » oral que son corps, langage non verbal, ne peut pas exprimer le contraire « non ».

ANNEXE 3 – Abstract

Résumé

Le consentement du patient atteint de troubles psychiatriques dans la réalisation de soins invasifs

Dans les établissements de soins, le consentement du patient atteint de troubles psychiatriques est important. Différentes données peuvent influencer le recueil du consentement, en fonction des soignants, patients et des pathologies.

Le but de mon travail de recherche est de comprendre la réflexion des soignants, en présence d'étudiants, à effectuer des soins invasifs. Mon travail de recherche est centré sur des patients atteints de troubles psychiatriques pendant un soin sans consentement lorsque celui-ci est endormi. Durant ce travail je vais tenter de répondre à la question suivante : Quels éléments permettent la réflexion autour d'un soin invasif qui implique l'éthique auprès des soignants ? Pour tenter d'y répondre, j'ai développé mon travail en trois parties. J'ai d'abord défini les concepts en lien avec mon questionnement. Puis, j'ai analysé les réponses aux questionnaires envoyés aux soignants, et enfin effectué une synthèse.

Le concept d'éthique est un élément important, où différentes notions sont abordées : le care, le consentement du patient, les valeurs soignantes, le respect envers le patient, ainsi que la déontologie. De plus, le concept de posture soignante est évoqué ici, notamment par le positionnement étudiant, les responsabilités, ainsi que la remise en question. Pour terminer, le dernier concept est celui d'encadrement.

Une enquête qualitative a été menée. Des questionnaires ont été réalisés auprès de professionnels de santé exerçant en services psychiatriques et non psychiatriques, dont neuf infirmiers et un aide-soignant. Ils sont partagés quant au recueil du consentement du patient à chaque soin invasif. Mais, ils trouvent différentes stratégies afin de gérer au mieux le soin.

Certains soignants ont été amenés à effectuer un soin invasif chez un patient endormi. Ils ont pu en reparler par la suite aux étudiants présents dans ces moments-là.

Les soignants doivent donc toujours travailler dans l'intérêt du patient, en concertation avec l'équipe pour adopter la meilleure prise en soins. Ils doivent également faire face à leur éthique et valeurs. Ils peuvent donc s'adapter et gérer au mieux chaque situation.

Mots-clés = *psychiatrie – éthique – consentement – encadrement – respect*

Abstract

Patient consent to invasive care in a patient with psychiatric disorders

In the health care facility, the consent patient with mental disorder is important. Many facts can influence the consent, according to caregivers, patients, and pathologies.

The aim of my end of studies report is to understand caregivers reflexion, with student nurses, to do invasive care. My research paper is focus on patients with psychiatric disorders during a care without consent while he is sleeping.

During this end of work studies, I am going to try to answer to the question : Witch elements allow the reflexion around an invasive care who involve ethics about caregivers ?

To try to answer this question, I developed my end of work in three parts. First I defined the concepts linked with my question. Then I analysed the answers of questionnaire send to caregivers, and finally the recap.

The ethics concept is an important element, where differents notions are tackle : the care, patient consent, nursing values, patient respect and morale codes. Moreover, the concept of caregivers posture is remind in the situation, especially by students posture, responsibilities and the reassessment. Finally, the last concept is the supervising.

I have done a qualitative investigation. Some questionnaires has been realized to caregivers in psychiatics and not psychiatics units, with nine nurses and an auxiliary nurse. They are shared to the patient consent in every invasive care. But they fond differents strategies to better manage the care.

Some caregivers has to do an invasive care with a sleeping patient. They can speak one again to students nurses there.

Caregivers must always also work in the patient interest, in concertation with caregiver team for the best care managment. They have too to face up to there ethics and values. They can so better manage every situation.

Keys words = *psychiatric – ethics – consent – supervising – respect*