



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Qu'en dit l'Autre



VOISIN Léonie
Formation infirmière
Promotion 2017-2020





PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État d'Infirmier(e)

**Travaux de fin d'études :
MIRSI, Qu'en dit l'Autre ?**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'état d'Infirmier(e) est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11/05/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CADRE CONCEPTUEL	4
1. Le principe moral des soins de confort	4
1.1. Les deux dimensions d'un soin de confort : <i>Cure</i> et <i>Care</i>	4
1.2. L'importance de l'approche relationnelle : <i>Caring</i>	5
1.3. La répétition des tâches : un risque de banalisation de l'humain	6
2. La vulnérabilité de la personne âgée	7
2.1. La personne âgée face au processus de vieillissement	7
2.2. La personne âgée entre dépendance et autonomie	8
2.3. La capacité de libre arbitre	9
3. Le rôle de l'IDE dans la prise en soin	10
3.1. La posture d'accompagnement dans la relation de soin	10
3.2. Une situation qui fait appel à des valeurs propres	11
MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES	13
ANALYSE DES ENTRETIENS	15
DISCUSSION	19
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXES	30

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, Madame Pascale Mancheron,
pour sa patience, son écoute, tous ses judicieux conseils et le temps qu'elle m'a consacré tout
au long de ce travail de fin d'études.

Madame Béatrice Chérel,
ma référente pédagogique que je tiens à remercier pour son soutien et ses conseils qu'elle a su
m'apporter tout au long de ces trois années de formation.

Tous les formateurs de l'IFSI,
pour leur implication dans notre apprentissage, la transmission de leurs savoirs et expériences.

Les infirmières auprès de qui j'ai réalisé l'enquête,
que je remercie d'avoir accepté de prendre le temps de répondre à mes questions et d'avoir
partagé leur expérience personnelle.

L'ensemble des professionnels de terrain,
que j'ai rencontré et qui m'ont formé afin que je devienne l'infirmière que je serai demain.

Marion,
pour le temps qu'elle m'a accordé, qui m'a énormément aidée et soutenue tout au long de ce
travail.

Mes amies rencontrées à l'IFSI : Solen, Louise et Alexine
que je remercie énormément pour leur bonne humeur, leur positivisme et sans qui ces trois
années n'auraient pas été pareilles.

Mes amis, ma famille,
Que je remercie finalement pour leur soutien constant et leur confiance tout au long de la
formation et notamment dans la réalisation de ce travail.

Introduction

Dans le cadre de ma troisième et dernière année d'études, je suis amenée à réaliser un travail de recherche s'intitulant Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI). Ce travail signifie pour moi en quelque sorte l'aboutissement d'une réelle construction en tant que professionnelle de santé de demain. En effet, au cours de cette formation, j'ai pu développer ma propre personnalité de soignante grâce aux apports tant théoriques que pratiques mais aussi par l'expérience acquise sur le terrain. Une vraie identité s'est créée, tant personnelle que professionnelle, ce qui m'a permis d'acquérir un esprit réfléchi sur la posture soignante à adopter moi-même.

Néanmoins, de nombreux questionnements ont émergé au cours de ces trois années. Certaines situations vécues en stage m'ont interpellée et questionnée, notamment sur l'expression du libre arbitre. En effet, j'y accorde une place très importante lors des soins que j'ai pu réaliser. Trop souvent, j'ai la sensation que la manière d'effectuer un soin est imposée aux patients. Ce phénomène provoque chez moi un sentiment exacerbé car le patient est dit vulnérable (incluant les personnes âgées, les enfants, et les personnes handicapées). Comme si l'on déniait à ces personnes leur capacité de réflexion, de jugement, d'autonomie et donc l'expression de leur libre-arbitre.

Ces situations m'ont parfois mise en difficulté. Il m'a semblé alors important de choisir ce sujet afin de me permettre de développer des compétences sur ma posture en tant que future professionnelle, ma capacité à laisser une place à l'Autre dans le soin. C'est également la possibilité d'enrichir et de développer ma pratique, ma réflexion. Tout ceci est étudié dans l'optique de devenir la soignante que je souhaite être au lendemain de l'obtention de mon diplôme d'État.

Afin de vous guider dans ma réflexion, je commencerai par vous présenter mes deux situations d'appel avec les questions qui en ont émergées. Je détaillerai ensuite mon cadre conceptuel, c'est-à-dire ce que les auteurs ont pu critiquer des concepts que j'ai étudiés. Je vous exposerai ensuite la méthodologie que j'ai choisie pour réaliser mes entretiens ainsi que et l'analyse des enquêtes. Enfin, je terminerai par la discussion, qui consiste en un croisement entre le cadre conceptuel, mes questionnements et l'analyse des entretiens.

La première situation se déroule lors de mon stage de 2^{ème} année, dans un cabinet libéral. Je prends en soin Mme A., une femme dépendante, sans problème cognitif. Je décide de faire la

toilette ce jour et, avant d'effectuer une quelconque action, je souhaite considérer avec une attention particulière son consentement, ses besoins ou ses souhaits.

Pour ce faire, je lui demande : « Je vois que vous avez de nombreux savons, lesquels souhaitez-vous que j'utilise ? ». Elle me répond alors : « Faites comme vous voulez, vous savez mieux que moi, c'est vous l'infirmière ». J'insiste car je souhaite suivre son choix. Mme A. restant sans voix, l'infirmière réitère la question. Sa réponse demeure inchangée « Ça m'est égal, prenez celui que vous voulez, je vous fais confiance ».

Je décide alors de prendre le savon que l'on utilise habituellement. Je lui demande si cela lui convient : elle me répond « Oui », sans grande conviction.

Cette situation m'a particulièrement troublée car la dimension de confort censée être maximale, une personne âgée capable, selon moi, d'exprimer ses préférences pour les soins d'hygiène n'a pas été en mesure de le faire. J'étais embarrassée qu'elle confie son intimité sous la responsabilité d'une personne extérieure, comme si son corps n'était plus un espace privé, sujet de soin, mais un objet qu'il faut nettoyer... De nombreux questionnements ont donc suivi. Je me suis tout d'abord demandée si c'était une question de confiance envers le personnel soignant ? Ou bien un manque de confiance en elle ? Était-ce mon attitude ? Ma façon de parler ? Mon positionnement face à elle ? Certains de ces éléments ne lui ont peut-être pas permis de s'exprimer librement.

La deuxième situation s'est déroulée lors d'un stage de première année, en EHPAD. J'accompagne Mme S. pour la réalisation de ses soins d'hygiène quotidiens.

Lors de cet accompagnement, elle lave elle-même son visage et je réalise les soins du corps. Je lui demande quel shampoing elle souhaite que j'utilise. Elle me répond alors ce jour-ci : « La semaine dernière nous avons utilisé celui-ci, donc cette semaine c'est au tour de celui-ci ».

Elle me désigne ensuite la brosse qu'elle souhaite utiliser afin de réaliser son brushing. À la fin de sa toilette, elle me demande du parfum. Je lui réponds : « Lequel souhaitez-vous que j'utilise ? », sa réponse est claire : « Je veux bien que vous preniez celui-ci ».

Contrairement à la première situation, la résidente de cette EHPAD a été en capacité de me dire ce qu'elle souhaitait. Je me suis donc demandée ce qui différenciait la relation que j'entretenais avec ces deux personnes ? Était-ce une question de confiance ? Une différence d'accompagnement ? Ma posture était-elle différente face à ces 2 personnes ? Qu'est ce qui a favorisé chez une personne plus que l'autre son expression du libre arbitre ?

Ainsi, ces questionnements m'ont amenée à proposer la question de départ suivante :

En quoi la posture de l'IDE impacte-t-elle l'expression du libre-arbitre chez la personne âgée dépendante lors de ses soins de confort quotidiens ?

Cadre conceptuel

D'après ma question de départ, j'ai dégagé plusieurs notions et concepts qui m'ont semblé important à étudier : les soins de confort, le prendre soin, le processus de vieillissement chez la personne âgée, dépendance et autonomie, libre choix / libre arbitre, la posture d'accompagnement, les valeurs, congruence et sollicitude.

Afin de développer mes recherches et définir les notions mentionnées de mon cadre conceptuel, je me suis appuyée sur différents auteurs et différentes formes d'ouvrages.

1. Le principe moral de soins de confort

1.1 Les deux dimensions d'un soin de confort : *Cure* et *Care*

La profession infirmière est exercée dans le but de promouvoir, soutenir et rétablir la santé d'un individu. Le Code de la Santé Publique indique, à ce sujet, que l'Infirmier Diplômé d'État (IDE) est habilité à pratiquer des actes en application d'une prescription médicale aux personnes physiquement et/ou mentalement mal portantes ou en situation de handicap. Outre le rôle prescrit, l'IDE pratique un exercice professionnel autonome (rôle propre) notamment avec les soins de confort et de nursing. Selon la Fédération Nationale des Associations d'Aides-Soignants (FNAAS) une délégation permet aux aides-soignantes d'accomplir ces mêmes soins (Grudet, 2015).

Les soins de confort ne se définissent pas par des moyens propres à soigner un individu. Il s'agit de gestes visant à développer une meilleure qualité de vie pour le patient afin de soulager des appréhensions, des troubles voire des souffrances qu'il ne saurait pas maîtriser seul. En effet, ce bien-être est essentiel à la vie et le patient a besoin pendant ce soin, qu'on lui apporte une attention particulière afin d'apprécier une certaine tranquillité physique et psychologique. À ce propos, Larger, médecin libéral depuis plus de 30 ans, précise dans son ouvrage *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* "qu'un soin de confort permet de reconstituer par le corps une dimension gratifiante de l'existence, qui malgré tout n'est pas modifiée" (2010, p.84-85).

Cette définition suggère qu'au-delà de prendre en charge, on prend en soin. Cela établit donc l'idée que cette assistance prend son sens selon deux manières de l'approcher. D'ailleurs Piveteau en 2009, distingue ces deux notions. Selon lui, le soin peut être effectué en appliquant

un protocole afin d'être "efficace". En effet, cette technique est réalisée dans un but propre à guérir un individu, conformément à ce que l'on appelle le *cure*. Piveteau le définit tel un "soin qui guérit ou s'efforce de guérir" (2009, p.20-21). D'autre part, la prise en considération du corps du patient qu'un infirmier soigne est essentielle mais il est nécessaire de porter attention à son esprit. Il s'agit de le considérer comme entier dans toute sa complexité. Dans cette dimension, le soin est réalisé dans le souci de la personne, que l'on désigne par la notion de *care*. Selon l'auteur, il est question ici d'un "soin qui aide, qui accompagne mais qui ne vise, ni n'ambitionne aucune guérison" (2009, p.20-21)

Par conséquent, Lombart infirmière, cadre de santé indique dans son article que les soins visent à allier *care* et *cure* tout en respectant les particularités de la personne (2015, p.69). A travers cette explication, nous sommes amenés à comprendre que ces professionnels de santé garantissent au mieux un parcours personnalisé qui tend à garantir un certain bien-être chez leurs patients.

1.2 L'importance de l'approche relationnelle : *Caring*

L'expression "prendre soin" se rapproche du concept dans lequel l'IDE adhère à une approche humaniste envers son patient. Marie-Françoise Collière, historienne, auteure, conceptrice des soins et infirmière passionnée dont la vie professionnelle a été très riche et active, est à l'initiative, depuis les années 1980 en France, de cette valeur centrale du métier infirmier. Elle explique que "soigner" ne peut se réduire à "traiter" en référence aux termes anglo-saxons « *cure* » et « *care* » (Noël-Hureaux, 2015, p.11). À ce sujet, l'auteure tend à lier ces deux notions car, écrit-elle dans son ouvrage *Promouvoir la vie*, "l'un ne va pas sans l'autre". En effet, elle exprime que l'action de procurer des soins de réparation à un individu (*curing*) ne peut être dissociée des apports relationnels, affectifs et attentionnés comblés par l'IDE (*caring*) (1998, p.359).

Outre le fait que ce terme souffre d'une difficulté de traduction propre, prendre soin (*caring*) se définit tel un principe moral. Dans l'exercice de la profession infirmière, ce concept prend son sens à travers le soutien apporté à quelqu'un qui n'a plus notion du bien-être physique à cause d'une pathologie impliquant d'autres rapports au monde, des habitudes de vie qui se modifient.

Dans son livre *Prendre soin à l'hôpital*, Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, ajoute à ce sujet que "prendre soin" consiste à "porter une attention particulière à une

personne qui vit dans une situation qui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et à sa santé” (1997, p.108)

À travers les dires de ces deux auteurs, prendre soin ne signifie pas seulement réparer ou appliquer une série de gestes. Dans le contexte des pratiques professionnelles, ce terme peut se lier aux notions “faire attention à” ou “avoir le souci de” la personne que les soignants accompagnent. Le soin tend à un réel lien social. Il s’agit d’apporter quotidiennement une dimension relationnelle entre le patient et l’IDE.

Mais l’habitude nous permet-elle de continuer à s’adapter à la situation singulière de chaque patient que nous rencontrons ?

1.3 La répétition des tâches : un risque de banalisation de l’humain

L’habitude peut se définir telle une façon d’être, d’agir par automatisme ou par répétition (Dictionnaire Larousse en ligne). Elle n’est pas insignifiante mais peut le devenir si elle s’impose dans le quotidien des IDE qui éprouvent, lors de soins quotidiens, une certaine indifférence au contact de leurs patients.

En découle le concept de “normalisation du soin” que Svandra, cadre supérieur de santé, évoque dans son livre *Le soignant et la démarche éthique*. Il s’agit, selon lui, de l’aboutissement d’un “soin-relation” à un “soin-tâche”. Préoccupés par une surcharge de travail et une main d’œuvre insuffisante, les IDE estiment ne pouvoir consacrer assez d’attention à leurs patients qu’elles jugent nécessaire. Le soin procuré se réduit à un simple “acte que l’on peut qualifier de tâche dont l’avantage est de pouvoir être facilement mesurable et évaluable, donc reproductible” (2009, p.45). Ce même auteur explique qu’avec cette notion de tâche, le rôle des soignants perd son caractère éthique, il n’est plus qu’opérationnel.

À ce propos, Hesbeen explique dans son même écrit qu’il existe une différence entre “les tâches qui s’adressent à des corps-objets”, c’est-à-dire au corps de nature physique sur lequel on effectue des soins et “les tâches qui s’adressent au corps-sujet” (1997, p.10). Ce dernier point définit le corps en tant que personne singulière dotée d’un esprit.

Au cours de son expérience, le soignant peut être amené à banaliser les soins du fait d’une fine connaissance qu’il peut avoir du patient liée à des pratiques de soins récurrentes sur la même personne. En effet, le soin peut être normalisé et perdre sa valeur relationnelle. Malgré une intention de bien faire, la préoccupation éthique est parfois négligée. Le travail devient plus automatique que délicat ou qualitatif. Les soignants manquent alors de vigilance, sous-estiment

l'impact que peut créer leur comportement sur leurs patients. Certains sujets faibles, fragiles sont plus touchés que d'autres par cette situation, notamment à cause de la dépendance qui peut parfois les emprisonner.

2. La vulnérabilité de la personne âgée

La personne âgée est dite vulnérable car elle est contrainte de faire face au processus de vieillissement, mécanisme irréversible de la vie humaine. Elle est confrontée à de nombreux changements naturels et inattendus qui impactent ses capacités physiques et mentales. Cette fragilité n'est pas un état stable et n'est pas vécue de la même manière par l'ensemble des aînés. Pour cela, l'accès du soignant à l'intimité du patient tend à installer une certaine confiance pour procurer les meilleurs soins qu'ils soient. Elle peut cependant faire preuve d'une perte d'autonomie décisionnelle (2009, p.188), une situation pour laquelle les soignants doivent porter une attention particulière. À ce propos, Lacour expose dans son article tiré de la revue *Gérontologie et société* que "la vulnérabilité de la personne âgée prend la forme d'une fragilité psychologique, d'une suggestibilité qui l'expose dans sa vie civile à des atteintes abusives à son consentement et qui peut la rendre inapte à prendre les décisions personnelles que sa santé ou sa sécurité requièrent (actes médicaux, choix du lieu de vie)." (2009, p.188)

2.1 La personne âgée face au processus de vieillissement

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) considère comme "âgées" les personnes de soixante ou soixante-cinq ans et plus. (Ennuyer, 2011, p.133). De son côté, le Centre d'Analyse Stratégique (CAS) les désigne comme les "aînés" au-delà de soixante-quinze ans. On les nomme aussi parfois le "troisième âge" ou encore les seniors. Passé quatre-vingt-cinq ans, c'est le "grand âge" ou "quatrième âge" (Ennuyer, 2011, p. 135).

A travers ces deux références, force est de constater qu'il semble difficile de définir la personne âgée au travers d'un bornage d'âge. Il paraît donc intéressant de s'attarder sur ce qu'est le vieillissement. Ce terme est caractérisé comme le retentissement d'un affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge (Lafon, 2008, p.4).

Le senior est donc sujet à une baisse de ses facultés physiques et psychiques. Dans le premier cas, se manifestent des troubles moteurs, organiques ou perçus à l'aspect général du corps. Outre cela, le corps reste un support de sensations le liant à la notion d'esprit. Une

diminution des processus cognitifs peut alors apparaître, au même titre que leur état physique. Elle se manifeste alors par l'altération des organes des sens, des fonctions respiratoires mais aussi des fonctions intellectuelles. Ainsi, une personne âgée peut porter moins d'attention à la vie qui l'entoure, à mémoriser les informations qui lui sont apportées et, donc, fait preuve d'un relâchement émotionnel ou bien d'un isolement relationnel (Mias, 1997).

Ce phénomène est commun à toutes les personnes qui vieillissent. Ce sont les effets de ces déficits qui vont conduire à la dépendance.

2.2 La personne âgée entre dépendance et autonomie

L'Arrêté du 13 mars 1985, relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement définit la dépendance comme "situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes (...)" (Ennuyer, 2013, p. 143). La dépendance est donc l'impossibilité qu'elle soit partielle ou totale d'effectuer seul, sans aide, les activités simples de la vie quotidienne. Elles se rapportent aux notions de soins de confort parmi lesquels on retient, par exemple, la toilette, l'habillement, la faculté de cuisiner, de se déplacer.

Cette dépendance peut s'observer chez une personne âgée faisant face au processus de vieillissement (Bonnet, 2006, p.14). Celle-ci s'évalue et ce grâce à plusieurs outils de mesure dont la grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource (AGGIR, cf. annexes). Le niveau de dépendance du senior est calculé sur la base de dix activités de la vie quotidienne. Ce moyen permet de déterminer si la personne est en capacité d'exécuter des gestes simples avec un certain degré d'autonomie ou non. (Ennuyer, 2013, p.144). Faut-il d'abord prendre en compte la dépendance de la personne âgée pour dans un second temps faire valoir son autonomie ?

Lacour, définit l'Homme autonome comme une personne libre "d'initiatives et de décisions sur ses propres intérêts et pouvoirs d'agir lui-même sans nécessité d'avoir recours à quiconque". Elle indique que cette autonomie n'est pas liée à l'âge, mais peut cependant "révéler des limites lorsque l'avancée dans l'âge s'accompagne d'une certaine vulnérabilité" (2009, p.188).

Guerin explique "qu'en gérontologie, dépendance et autonomie sont souvent confondues, ôtant ainsi à la personne âgée tout pouvoir de décision" (Warhol, 2012, p.149). Alors que la dépendance tend à se définir comme une incapacité, un besoin d'aide, l'autonomie présuppose la faculté de jugement. Cela signifie qu'une personne âgée autonome est en capacité de choisir, d'agir, d'accepter ou de refuser.

Cela peut-il finalement remettre en question la prise en considération de liberté de ses choix ?

2.3 La capacité de libre arbitre

Le libre arbitre est défini par le Dictionnaire le Larousse comme “capacité qu’a la volonté à se déterminer, volonté non contrainte”. Ainsi, poser la question du libre arbitre à une personne revient à s’interroger sur sa capacité à pouvoir choisir, délibérer ou bien encore décider parmi plusieurs possibilités en fonction de ce qu’elle souhaite. Bonhôte explique que “par son propre jugement, le patient peut choisir ses comportements, conduites, idées” (2015, p.28).

Selon Zielinski, le libre arbitre ou libre choix permet de distinguer l’indépendance (capacité de faire par soi-même) de l’autonomie (capacité de vouloir par soi-même), car comme vu précédemment, on peut être dépendant et faire valoir son autonomie (2009, p.15). Il en advient une conception de liberté de vivre ses choix. Cependant, Lacour ajoute que « la personne âgée n’est pas dépourvue de volonté, mais elle est affaiblie. Sa vulnérabilité se traduit par une diminution de l’autonomie décisionnelle » (2009, p.188).

Malgré tout, comme toute personne, la personne âgée vulnérable peut savoir ce qu’elle désire, ce qu’elle affectionne. Elle entretient une capacité de jugement, de liberté d’initiatives selon ses intérêts et sans l’intervention de quiconque. Ainsi, comment éviter le risque de banaliser le libre choix le patient ? Il est nécessaire d’entretenir le développement d’un système davantage fondé sur l’humain. L’IDE doit adopter une posture envisageant ce libre arbitre afin d’accompagner les patients dans leurs prises de décisions.

3. Le rôle de l’IDE dans la prise en soin

3.1 La posture d’accompagnement dans la relation de soin

Le concept d’accompagnement apparaît dans les années 1980-1990 et se définit par l’aide accordée aux personnes soumises à des difficultés de santé en fin de vie (Bare, 2018). Néanmoins, ce terme va évoluer vers une signification induisant une participation relevant tant du soignant que du patient. Cet engagement réciproque consiste à améliorer ou maintenir l’état de

santé d'un individu en créant puis en préservant un lien de confiance entre le soignant et la personne soignée.

Mottaz, infirmière puéricultrice, cadre de santé et formatrice explique dans son article *Accompagnement* tiré de la revue *Concepts en sciences infirmières* que, l'accompagnement est singulier car il « respecte le parcours et les idées de l'autre, valorise l'autre et doit préserver son autonomie » (2012, p.42). En le considérant dans toute sa globalité, cela permet d'ouvrir un espace de communication, un lieu d'échanges à la personne âgée pour que sa vie puisse être vécue plus sereinement. C'est surtout un effort de partage car il s'agit d'une rencontre entre une personne soignée et un soignant qui nécessite la présence de l'un et de l'autre.

A ce propos, Maëla Paul, enseignante, formatrice, expose dans l'article *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique* que "l'accompagnement introduit une dimension existentielle à l'écoute du patient, de la reconnaissance de ses besoins et de ses ressources mais aussi de ses difficultés pour accepter sa condition" (2012, p.20). Elle analyse également la définition proposée dans le Petit Robert qui définit l'action d'accompagner par le fait de "se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui" . Ce concept qui tend à adopter une attitude singulière avec autrui nécessite, selon elle, de respecter trois éléments essentiels. Tout d'abord, elle évoque l'aspect relationnel par "se joindre à quelqu'un au fait de s'y adapter "pour aller où il va", au même rythme "en même temps que lui" (2012, p.14). Il s'agit d'un besoin réciproque car cela implique que l'IDE valorise le patient en le positionnant en tant qu'acteur de la situation. Pour cela, l'IDE peut par exemple entretenir une interaction avec la personne âgée afin de réveiller sa faculté de penser, d'agir et de décider. Pour agir en conséquence et apporter le meilleur dans cette mission, le soignant se doit d'adopter une posture réflexive pour mieux exercer dans le souci de l'autre et de soi.

A ce propos, Paul, définit la posture comme « la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste) ». La posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne." C'est-à-dire qu'il s'agit d'un savoir-être indéniablement lié au savoir-faire. À cela, elle ajoute que "par la posture s'incarnent les valeurs d'une profession en relation à autrui" (2004, p.153).

3.2 Une situation qui fait appel à des valeurs propres

Quotidiennement, chaque personne partage des valeurs personnelles, professionnelles qui influencent ses décisions, ses actions ou ses attitudes. Morgan Pitte, cadre de santé, explique dans son article La relation d'aide psychologique que les valeurs personnelles "représentent la propre identité de l'individu" et les valeurs professionnelles "le soignant qu'est l'individu" (2019). On agit en respectant les valeurs et règles de conduite établies par autrui sans négliger ses convictions personnelles.

A ce propos, Hesbeen défend deux notions essentielles. "Accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences" (Bare, 2018). Dans une situation d'accompagnement, l'IDE doit témoigner une certaine éthique garantissant la liberté de la personne âgée. L'IDE doit faire preuve de disponibilité, d'écoute mais surtout de respect. En effet, l'IDE doit reconnaître toute l'identité du patient, son égalité sur le plan humain en conservant toute absence de jugement. Il doit considérer et accepter le patient dans toute sa singularité, en tant qu'esprit, sujet de pensées, de désirs, de volontés. Pour cela, il est nécessaire de préserver tout son espace de liberté en développant la communication, des échanges bienveillants, en le valorisant sur ses capacités, en respectant ses désirs selon ses habitudes, ses valeurs ou encore son rythme de vie.

Précisément, quelles valeurs essentielles à l'exercice de la profession infirmière devraient être incarnées afin de préserver le libre arbitre de la personne âgée ?

La congruence se définit tel un concept en soins infirmiers. Dans son article "La relation d'aide psychologique", Morgan Pitte, infirmier et cadre de santé, explique que "la congruence est l'authenticité de l'aidant qui se traduit par sa capacité à être concordant dans ce qu'il ressent, ce qu'il fait et ce qu'il dit". Elle se traduit par l'authenticité dont doit faire preuve le soignant. Pour y parvenir, il s'agit de savoir concentrer son attention sur une personne en témoignant de l'écoute, de l'empathie sans apporter de jugement de valeur. Surtout, cela nécessite d'être naturel et sincère tout en respectant une certaine coordination dans ses pensées, ses paroles ainsi que ses faits et gestes.

Un autre point essentiel à adopter est la sollicitude. De plus en plus employé en milieu soignant, ce terme se rapproche du "care" car il prend tout son sens à travers l'attitude qui tend à

s'ouvrir à l'autre, à témoigner du soutien, une attention affectueuse pour quelqu'un (Gros F., 2012). Dans le cadre du milieu infirmier, il nécessite pour le soignant de procurer des soins dans le souci de l'autre, en se préoccupant des réactions et des émotions de la personne âgée.

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Dans le cadre de l'enquête, j'ai tout d'abord porté une attention particulière sur la forme utilisée pour son élaboration. En effet, ayant pour objectif institutionnel de réaliser l'enquête sous forme d'entretien, j'ai trouvé pertinent de le mener de façon semi-directive, ciblé notamment les notions étudiées dans mon cadre conceptuel. J'ai choisi d'employer des questions ouvertes afin d'apporter aux IDE (Infirmiers Diplômés d'État) une certaine liberté dans leurs réponses. Cela m'a permis de récolter des informations qui apporteront des explications ou des éléments de preuves pour mon travail de recherche. Également, cet échange m'a aidé à recueillir différents avis et points de vue des professionnels de santé.

J'ai donc établi sept objectifs en fonction des principales notions relevées, me permettant de mieux cibler mes questions et afin d'obtenir des réponses les plus complètes possibles.

Ces objectifs se résument à :

1. Déterminer l'importance des soins de confort auprès des personnes âgées,
2. Identifier les facteurs qui influencent la réalisation de soins de confort en binôme ou en solo,
3. Identifier les préoccupations des soignants durant les soins de confort,
4. Identifier les difficultés rencontrées par le soignant lors de la réalisation de soins de confort,
5. Repérer lors de l'entretien les différentes émotions générées par ces difficultés lors de la réalisation de soins de confort,
6. Préciser les stratégies mises en œuvre pour faire face à ces difficultés,
7. Préciser l'impact de l'expérience sur les stratégies mises en œuvre pour favoriser l'expression du libre arbitre des résidents lors des soins de confort.

Dix questions en ont découlé.

Dans un second temps, je me suis interrogée quant au statut du professionnel avec qui il était judicieux d'échanger. J'ai choisi de m'entretenir avec deux infirmières exerçant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

La première infirmière est diplômée depuis 1991 et travaille dans un EHPAD où j'avais eu l'occasion d'effectuer un stage. J'ai choisi cet établissement car durant mon stage j'ai pu me rendre compte qu'ils mettaient beaucoup en avant le principe d'humanité. Après l'avoir contactée par téléphone, je me suis rendue sur son lieu de travail pour effectuer l'entretien, que j'ai pu enregistrer à l'aide du microphone de mon téléphone portable avec son consentement.

Lors de mon second entretien, j'ai trouvé pertinent d'échanger avec l'IDE d'un autre EHPAD afin de pouvoir comparer leurs pratiques. Je l'ai également contactée par téléphone et

me suis déplacée sur son lieu de travail afin d'effectuer l'échange. Il s'est déroulé de la même manière que le premier.

J'ai trouvé intéressant d'entretenir des échanges avec des infirmières ayant de l'expérience dans différents services et différentes structures. J'ai ainsi pu récolter un grand nombre d'informations utiles pour une meilleure compréhension et comparaison des réponses obtenues.

Selon les résultats qui en ont émanés, les limites de ma méthodologie s'apparentent à ne pas avoir assez affiné mes objectifs afin d'obtenir une meilleure pertinence et efficacité à mes questions. Malgré le fait d'avoir préalablement préparé mon entretien, certaines de mes questions n'ont probablement pas été comprises comme je le souhaitais. Je ne me suis peut-être pas assez attardée sur la reformulation afin que mes questions soient plus claires pour les professionnelles de santé.

ANALYSE DES ENTRETIENS

Par souci de confidentialité, nous appellerons l'infirmière que j'ai interrogé en premier IDE A, tandis que nous confierons le nom IDE B à l'infirmière avec qui j'ai pu effectuer mon second entretien.

Dans un premier temps, j'ai trouvé pertinent de savoir comment les deux IDE définissent la notion de soins de confort.

Tout d'abord, assez brièvement, l'IDE A les définit comme « la base de notre métier » (ligne 14). Elle les distingue des « soins techniques » (ligne 16) en expliquant qu'il s'agit de mettre en place une « relation de confiance » (ligne 18) avec son patient. De manière plus générale, elle ajoute que « prendre soin », c'est « l'accompagnement au quotidien, l'écoute » (lignes 20) du moindre souci présent.

Quant à l'IDE B, elle les caractérise comme des « soins non médicalisés » (lignes 143-144), qui font partie intégrante du rôle propre de l'infirmier. Il s'agit, selon elle, d'une action qui « est confortable, qui fait du bien » (ligne 151-152). Pour qu'une personne soit en bon état d'âme lors de ses soins, elle ajoute que cela doit apporter du « bien-être et du plaisir » (ligne 151). Elle précise que cela est vécu différemment selon chacun, le soin peut être « plus relationnel pour une personne (...), plus tactile pour d'autres » (lignes 145-146). Il paraît donc important de connaître la personne afin de l'accompagner du mieux possible mais également pour être en mesure de savoir si « elle a envie à ce moment-là » comme le mentionne l'IDE A (lignes 20-21),

Ensuite, j'ai trouvé intéressant de me pencher sur le contexte dans lequel étaient effectués les soins de confort. Ainsi, j'ai interrogé les IDE sur le travail d'équipe réalisé à cet effet.

En ce qui concerne le travail en binôme, une expression commune est apparue : « fin de vie » (lignes 34 et 162) au sein de laquelle la « situation est particulière » (ligne 36) ajoute l'IDE A.

En effet, « pour les cas les plus lourds » (ligne 32) elle explique que le travail en binôme est souvent nécessaire afin d'assurer un certain confort au patient.

Certaines personnes ont besoin d'un accompagnement plus important au vue de leur perte d'autonomie physique. En termes de relation et d'accompagnement du patient, l'IDE A précise aussi que parfois « certaines aiment bien faire à deux, d'autres préfèrent être seule car la relation n'est pas la même » (lignes 36-37-38). Le travail en binôme ou en solo dépend donc aussi de la personnalité du soignant, de la relation qu'il entretient avec le patient, ainsi que de la manière dont il préfère travailler.

L'IDE B confirme ces propos en exposant qu' « il y a des soins de confort qui peuvent être réalisés seul et (d'autres) où il faut vraiment être deux » (lignes 155-156).

Elles énoncent ensuite la complexité du travail en binôme liée, selon elles, au manque de moyen, mais surtout d'effectif que peuvent rencontrer certaines structures. Ainsi, il est parfois difficile de travailler en binôme pour les résidents le nécessitant.

Elles proposent certaines alternatives mises en place dans leur EHPAD respectif. Ce qu'elles évoquent est différent mais complémentaire. L'IDE A s'organise pour que les toilettes les plus complexes soient effectuées en fin de matinée (ligne 33) afin de pouvoir l'effectuer avec « une collègue » (ligne 160) ajoute l'IDE B, qui sera disponible pour accompagner le patient.

Par la suite, j'ai souhaité aborder les préoccupations et les intentions vécues par les soignants lorsqu'ils pratiquent un soin de confort.

Lors de la réalisation d'une toilette, les deux infirmières disent « observer ». Cela leur permet de savoir si la personne est confortable ou non. L'IDE A décrit une observation globale de la personne par « sa manière d'être » (ligne 48) tandis que l'IDE B est plus précise. Elle dit observer « le visage, la thymie, les réactions » (lignes 167-168). L'IDE A ajoute une indication à cela « l'écoute » (ligne 48). Selon elle, il est primordial de s'attarder sur ce que souhaite la personne pendant cet instant qui lui est dédié. À travers ces observations cliniques, elles seront en mesure de savoir si le soin a été bénéfique ou non pour la personne, si elle a pu se « relâcher » (ligne 171) comme le mentionne l'IDE B. Cela leur permettra de continuer en ce sens, ou bien de modifier leurs pratiques.

L'IDE B mentionne que pour que la personne se détende elle met en place les « grands principes de la toilette » tel que le respect de l'intimité. L'IDE A émet le terme « pudeur » (ligne 41) en complément. Afin de protéger la sphère intime de la personne, l'IDE A explique qu'elle « n'oblige pas, n'est pas trop intrusive » (lignes 40-41) afin de ne pas brusquer le résident dans le but de créer une relation de confiance avec lui. Ainsi, le soin peut être réalisé de la manière la plus paisible et rassurante possible autant pour la personne que pour le soignant.

Des moyens de distraction peuvent aussi être mis en place, c'est ce dont nous parle l'IDE A. Elle « chante, cause, raconte des bêtises » (lignes 42-43-45) et cela permet de bonifier l'instant présent selon elle, d'être dans un climat de confiance avec la personne.

Afin de poursuivre la réflexion, j'ai souhaité interroger les IDE sur les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer dans l'expression des souhaits d'une personne durant ses soins quotidiens. L'IDE B a ainsi pu me raconter une expérience personnelle vécue au cours de sa carrière.

Les deux IDE s'accordent sur le fait que les personnes ont parfois du mal à s'exprimer verbalement. Lorsque c'est possible, elles ne l'expriment pas de la même manière. En effet, l'IDE A dit que si la personne ne s'affirme pas clairement, elle observe plutôt des « gestes, regards » (ligne 53) qui peuvent énoncer son refus ou son désaccord.

Cependant, l'IDE B insiste sur le fait que pour les « personnes qui ne parlent plus » (ligne 177) cela est compliqué mais l'est d'autant plus à travers ses expressions « non verbales » (ligne 182).

Elles abordent par la suite les causes de ses difficultés d'expression. L'IDE A émet une hypothèse : « le fait qu'on soit soignant aussi, peut-être qu'ils pensent qu'on sait mieux qu'eux? ». L'IDE B l'exprime différemment en disant que les personnes nous font peut-être tellement confiance au vu de notre statut de soignant qu'elles ne veulent pas choisir pour elles-mêmes. Elles préfèrent que ce soit aux professionnels de le faire. Elle pense également qu'elles souhaitent simplifier le travail des soignants pour « faire au plus pratique » (ligne 188), « au moins embêtant pour nous » (lignes 188-189).

Seule l'IDE B a pu répondre à mon 5ème objectif qui concernait la notion « repérer lors de l'entretien les différentes émotions générées par ces difficultés lors de la réalisation de soins de confort » par le biais d'une expérience personnelle partagée en lien avec ma question précédente.

Elle explique l'avoir vécue en « essayant de gérer du mieux possible » (lignes 195-196), sans mettre de mot sur les émotions qu'elle a pu ressentir lors de cette situation.

En revanche, elle mentionne le terme de « valeurs professionnelles » (ligne 198) qu'elle définit comme ce qui « m'anime en tant que professionnelle » (ligne 200). En effet, chaque personne a besoin qu'on la considère pour ce qu'elle est, que les soins soient faits de manière digne précise-t-elle. Elle mentionne la « dignité », le « respect », la « bienveillance » ainsi que l'« empathie » (lignes 200-201), des valeurs que chaque professionnel met en place lors des soins qu'il effectue.

Mon objectif suivant était d'en savoir davantage sur les moyens d'adaptation mis en place par l'IDE pour permettre à la personne de s'exprimer librement.

L'IDE A débute en exposant qu'une stratégie avait été établie chez une personne victime d'un AVC s'exprimant avec beaucoup de difficultés. La mise en place de « pictogrammes » (ligne 70) lui permettent d'indiquer ses souhaits concernant les soins procurés. L'équipe s'est ainsi adaptée à elle et à ses besoins. Elle aborde ensuite une situation concernant d'une personne atteinte de troubles cognitifs. Les soignants se sont appuyés sur la distraction, l'IDE parle de

« ruses » (ligne 87). C'est en connaissant la personne que les soins peuvent être adaptés à elle. À ce propos, l'IDE B affirme qu'elle « essaie, tente des choses » (ligne 206), « fait autre chose si ça ne marche pas » (ligne 208), cela va permettre une connaissance plus affinée de la personne afin de lui procurer des soins singuliers.

Afin de permettre d'apporter des soins adaptés au résident, l'équipe va notamment s'appuyer sur « la famille » (lignes 98 et 207) comme les deux IDE le précisent. La famille va pouvoir donner des informations cruciales sur la personnalité, les envies et les habitudes du résident. L'IDE A explique aussi qu'une réunion est organisée un mois après l'entrée du résident afin de « mettre les choses à plat » (ligne 93), de parler en équipe des « habitudes », « des ressentis » (ligne 93) du patient, afin de le connaître et le cerner.

Pour terminer cet entretien, j'ai souhaité interroger les IDE sur leur expérience afin de savoir si leurs pratiques ont évolué depuis leur diplôme.

L'IDE A diplômée depuis 1991, explique que les pratiques ont en effet bien changé entre le moment où elle a obtenu son diplôme et aujourd'hui. Elle explique qu'avant « il fallait que les toilettes soient faites » (lignes 102-103) et insiste sur le fait qu'on ne tenait pas compte de l'avis de la personne. À cela, elle tient les propos suivants : « prête ou pas prête, on les réveillait, c'était comme ça », « d'accord ou pas d'accord il fallait le faire », « le soin c'est le soin » (lignes 103 et 109).

Elle confronte ces dires à la situation actuelle : « maintenant on tient compte du réveil de chacun, de l'humeur, des habitudes de vie » (ligne 105).

Elle insiste sur le fait que maintenant aussi « c'est compliqué » (ligne 112) mais que l'on commence à accepter et assumer lorsque la personne n'est pas réceptive au soin, ne souhaite pas l'effectuer. Dans ce cas, il est repoussé à plus tard voire au lendemain.

Les deux IDE s'accordent en disant que « ça a beaucoup évolué » (ligne 111-112 et 218). Néanmoins, l'IDE B complète les propos de l'IDE A en disant que l'on gagne en expérience par ce que l'on « peut vivre », ce que l'on « peut entendre » (ligne 219). Elle parle aussi des formations que les professionnels peuvent suivre afin de faire évoluer leurs pratiques.

DISCUSSION

Dans sa globalité, l'étude menée sur le thème l'IDE face à la prise en soin et au libre arbitre des personnes âgées a pu être réalisée à partir de sources d'information spécialisée telles que des ouvrages d'auteurs engagés, de sites internet mais également de témoignages de professionnelles de santé. Tout ceci m'a alors permis de développer un esprit critique en croisant chaque élément mis à ma disposition. La réflexion personnelle établie ci-après est exposée en appui à la question d'initiation à la recherche émise en amont : en quoi la posture de l'IDE impacte-t-elle l'expression du libre-arbitre chez la personne âgée dépendante lors de ses soins de confort quotidiens ?

Cette partie nécessite de mettre en avant la situation actuelle vécue tant par le soignant que par le patient à travers les soins de confort effectués. Ces deux acteurs d'une même action sont confrontés à de nombreuses barrières pour lesquelles il est essentiel de se reposer afin de trouver la meilleure qualité de travail pour l'un, et de satisfaire un certain bien-être pour l'autre. Pour parvenir à les dépasser, un accompagnement singulier à travers un contact basé sur le relationnel peut ainsi être mis en place.

En s'intéressant, tout d'abord, à la notion de soin de confort effectué dans le cadre d'un individu en phase de vieillissement, nous retenons notamment les propos de Piveteau qui le définit tel « un soin qui aide, accompagne mais qui ne vise, ni n'ambitionne aucune guérison » (2009, p.20-21). À ce sujet, les soignantes interrogées dans le cadre de mon entretien apportent le concept de "soins non-médicalisés" (lignes 143-144) et insistent sur le fait qu'il s'agit de la « base de notre métier » (ligne 14). J'estime que ces éléments définissent de manière concise le besoin d'apporter un bien-être, pour une qualité de vie plus confortable au patient. Il ne s'agit pas de s'efforcer de guérir une pathologie quelconque à travers ces soins de confort, mais d'apporter une certaine sérénité. La personne âgée fait partie intégrante du soin apportée et il est important de considérer son espace privé au-delà du soin technique prodigué. L'on m'enseignait au cours d'un stage notamment : "Tu as acquis l'aspect technique mais n'oublie pas qu'en face de toi il y a un patient."

En rappel aux notions de "*cure*" et "*care*", l'IDE A a évoqué, lors de notre entrevue, que les soins techniques et les soins de confort sont à différencier : « le soin technique pour moi c'est un autre métier que les soins de confort » (lignes 16-17). Je ne suis pas complètement d'accord avec les propos de l'IDE. En effet, je pense que la technique et le confort doivent s'allier lors d'un soin. Par exemple, lors d'une toilette, on se doit de respecter tant la technique par l'utilisation de deux

gants différents pour le haut et le bas du corps par exemple, que le bien-être en adoptant une position confortable au patient. À ce sujet, Collière émet d'ailleurs le fait que "l'un ne va pas sans l'autre" (1998, p.359). Selon moi, prendre soin, c'est s'imprégner de l'environnement général du patient afin de contribuer à son bien-être. En effet, comme le mentionne l'IDE A, "on ne soigne bien que lorsque les gens sont confortables" (lignes 15-16).

Cependant, j'ai pu observer certaines barrières aux pratiques médicales établies qui peuvent entraver le soin prodigué. On peut, par exemple, citer le manque d'effectif et le manque de moyens qui peuvent entraîner une surcharge de travail.

Lors des entretiens, les soignantes ont abordé cette difficulté majeure, celle du manque d'effectif. Celui-ci peut conduire à une incapacité à travailler en binôme : « On ne peut pas toujours mettre deux personnes par service » (ligne 30) dit l'IDE A et « Des fois, ce n'est pas possible d'être à deux » insiste l'IDE B (ligne 159). Cependant, il me paraît primordial malgré cette difficulté de manque d'effectif de réaliser un soin de confort en binôme. C'est-à-dire collaborer, s'organiser pour être ensemble lors d'un soin afin que la personne bénéficie de soins de meilleure qualité et se sente en sécurité, entourée. Moi-même, j'ai pu être confrontée à prendre en charge certains patients seule alors que la pratique en binôme aurait pu être plus confortable pour l'individu soigné. Je pense ainsi que cela peut avoir une certaine répercussion sur l'expression des souhaits de la personne âgée.

Par ailleurs, cette situation est d'autant plus compliquée lorsque qu'apparaissent des difficultés d'expression verbales ou non-verbales.

C'est ce qu'abordent les soignantes lors de nos échanges à travers les "personnes qui ne parlent plus" (ligne 177) ou qui ont du "mal à s'exprimer" (ligne 52). Cela rend parfois l'échange compliqué. Cependant l'IDE A précise à ce propos qu' « ils savent nous le dire soit physiquement par des gestes, soit simplement par un regard » (lignes 52-53).

Également, j'ajouterais personnellement à cela un manque de moyen par l'absence de matériel approprié qui prend du temps et de l'énergie. Je peux, par exemple, citer l'absence de lève-personnes dans certaines structures.

Les soignants peuvent donc être submergés par une charge de travail trop importante et donc être amenés à réaliser un « soin-tâche » plutôt qu'un « soin-relation » comme l'explique Svandra à travers la notion de « normalisation du soin » (2009, p.45). L'aspect relationnel ne fera plus partie intégrante du soin, seul l'aspect technique telle une habitude, un automatisme sera effectué. Les choix, les besoins de la personne ne seront pas ou peu pris en compte. Il peut peut-être en découler une sorte d'indifférence de la part du personnel soignant.

Ainsi, les personnes âgées soumises à une certaine vulnérabilité sont sujets à une perte d'autonomie décisionnelle. A ce propos, Lacour expose que "la vulnérabilité de la personne âgée prend la forme d'une fragilité psychologique, d'une suggestibilité qui l'expose dans sa vie civile à des atteintes abusives à son consentement et qui peut la rendre inapte à prendre les décisions personnelles que sa santé ou sa sécurité requièrent (actes médicaux, choix du lieu de vie.)" (2009, p.188). À travers ma première situation de stage, j'ai pu observer cette difficulté chez le patient à témoigner un avis sur les soins qui lui étaient adressés. En effet, sa vulnérabilité issue du processus de vieillissement s'est traduite par un manque de capacité à choisir, accepter ou refuser les actes prodigués. C'est d'ailleurs peut-être pour cela que le soin m'a semblé être imposé et ne représentait pas un moment de détente.

Pour tenter d'améliorer la prise en charge du patient, cette notion de soin de confort vise à établir un accompagnement particulier. En effet, chaque personne a ses propres besoins et cela nécessite de proposer un parcours personnalisé selon ses particularités.

Pour cela, l'IDE A insiste sur le fait qu'il est important que les personnes expriment leurs choix : « C'est la loi, la personne est libre de ses choix et de les exprimer. C'est la loi et les gens choisissent, ils sont chez eux, on est un lieu de vie » (lignes 122-123). En effet, un EHPAD est un lieu de vie qui a pour but principal d'accueillir les personnes en perte d'autonomie physique et/ou psychique et qui ne sont plus en capacité de rester chez elle. Je soutiens l'idée que toute personne est néanmoins capable d'exprimer un besoin de manière verbale ou non. Ainsi, elle est à même de faire des choix en fonction de ses besoins et de ses désirs. C'est ce qu'exprime Lacour en exposant que chaque « personne est libre d'initiatives et de décisions sur ses propres intérêts et pouvoirs d'agir lui-même sans nécessité d'avoir recours à quiconque » (2009, p.188). Elle définit d'ailleurs cela comme l'autonomie décisionnelle.

Afin de favoriser cette expression de libre-choix, il est important de laisser une place, un espace de liberté à l'Autre en adoptant une posture fondée sur l'humain. Hesbeen défend deux notions essentielles à cette assistance : "Accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences" (Bare, 2018). En effet, je pense également que chaque personne, en fonction de ses capacités, est en mesure de choisir pour elle ce que bon lui semble et que le rôle de l'IDE consiste à l'aider dans cette prise de décision en l'observant et en l'écouter.

Pour ce faire, les infirmières expliquent mettre en place des stratégies pour faire face à ces difficultés d'expression des choix. Tout d'abord, les deux IDE évoquent une adaptation des soins par l'utilisation de « pictogrammes » (ligne 70) pour les personnes ne pouvant plus

s'exprimer. Également, afin de mieux connaître la personne, les infirmières parlent d'un travail d'équipe par le biais d'« une réunion un mois après l'entrée du résident » (lignes 91-92), mais aussi grâce à l'« aide de la famille » (ligne 98 et 207). En effet, la famille va permettre d'apporter un grand nombre d'informations qui aideront les infirmières à anticiper chaque besoin du patient. Cette coopération, ce travail d'équipe va permettre un réel accompagnement du patient.

L'IDE B aborde également « l'expérience avec la personne » (ligne 212). Il s'agit ici d'appréhender ses besoins en développant une relation avec la personne âgée. J'aspire complètement à ce principe moral, selon ma conception, et pense qu'une connaissance de la personne est importante. Selon moi, l'accompagnement c'est prendre en compte que chaque personne est différente. C'est ce pourquoi il faut respecter ses habitudes quotidiennes, ses décisions, son avis. À ce sujet, Hesbeen expose qu'il existe une différence entre «les tâches qui s'adressent à des corps-objets», c'est-à-dire au corps de nature physique sur lequel on effectue des soins et «les tâches qui s'adressent au corps-sujet» (1997, p.10). À travers ces mots, je partage l'idée qu'il est nécessaire de porter une attention particulière au corps du patient que l'on soigne mais, avant toute chose, il est primordial de considérer son esprit, l'être entier comme étant unique. Pour ce faire, il implique d'instaurer un lieu d'échange, un espace de communication afin de créer un lien de confiance fort entre soignant et patient. Cette interaction avec la personne âgée va également permettre à celle-ci d'être plus à l'aise avec nous et éveiller sa faculté de penser, d'agir et de décider.

Je peux d'ailleurs joindre ces propos à ma seconde situation de stage qui s'oppose clairement à la première établie préalablement. En effet, j'ai su favoriser le libre choix chez une patiente avec qui des habitudes et surtout, une relation de confiance s'étaient installées. En partageant un certain respect de sa singularité et une écoute pour reconnaître ses besoins et ses ressources visant à apporter une aide ou un soutien psychologique, la patiente a su me faire part de ses envies notamment en m'indiquant le choix de produits d'hygiène particuliers. Je pense que l'écoute occupe une part entière dans le soin. Elle ne consiste pas seulement en une intégration ou non de paroles à l'Autre mais aussi en une écoute de son corps et de tout ce qu'il peut manifester et signifier au-delà du langage verbal proprement dit. L'écoute c'est aussi savoir se rendre disponible à l'autre en considérant ses capacités à agir par soi-même. Je peux lier cette expérience aux propos de Mottaz qui définit l'accompagnement de singulier car il « respecte le parcours et les idées de l'autre, valorise l'autre et doit préserver son autonomie » (2012, p.42).

Rattaché à la notion de *care* étudiée en amont, l'on retient que le soin de confort doit essentiellement être adapté à la personne âgée. Il ne doit pas être vécu comme un poids qui

puisse opprimer l'individu pris en charge. La connaissance de la personne va ainsi permettre au personnel soignant de tendre vers une certaine éthique garantissant la liberté de la personne âgée et surtout, favoriser l'expression de son libre choix.

Aussi, afin d'accompagner de manière singulière chaque personne prise en soin, il convient d'avoir une posture adaptée. Celle-ci requiert des valeurs indispensables au prendre soin. À ce propos, Paul, exprime que la posture d'accompagnement suppose "ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne." C'est-à-dire qu'il s'agit d'un savoir-être indéniablement lié au savoir-faire. À cela, elle ajoute que "par la posture s'incarnent les valeurs d'une profession en relation à autrui" (2004, p.153). Les soignants doivent faire preuve d'écoute active en se concentrant essentiellement sur le patient et en adoptant un comportement doux et posé. Le regard, les gestes sont des éléments importants à contrôler dans un lieu d'échange bienveillant. La reformulation est un autre point sur lequel il faut, selon moi, s'attarder afin de préciser les informations recueillies par la personne âgée et ainsi éviter des malentendus. Cela exige aussi une certaine considération positive en n'émettant aucun jugement de valeur sur l'individu. Cependant, l'IDE est amenée à faire preuve d'authenticité, de congruence comme évoqué dans le cadre conceptuel par la sincérité ou la révélation de soi mais en reconnaissant ses limites. Effectivement, je pense qu'il faut tout bonnement éviter la moralisation, il est indispensable de conseiller, de faire part de ses inquiétudes, d'amener à percevoir les potentiels manques de réalisme sans aller trop loin dans ses dires. Il faut donc apporter un certain respect bienveillant et surtout de l'empathie par la compréhension de l'Autre. Je pense également qu'il est essentiel d'adopter une posture consciente et réfléchie en portant attention à la réceptivité de la personne âgée. Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, je souhaite appuyer sur la notion de penser et non de panser.

Cette étude vise notamment à mettre en avant l'importance que représente le développement du libre-arbitre chez la personne âgée. Elle passe par un engagement réciproque, dans un climat de confiance, tant du soignant que du patient par le biais d'une reconnaissance de ces capacités mais aussi d'une réceptivité de son implication. Cet accompagnement personnalisé s'apparente à une relation d'aide dans le but de favoriser une plus grande capacité d'affronter la vie.

Au fur et à mesure de mes recherches et de cette réflexion, des éléments ont émergé et ont fait évoluer ma pensée. Ce travail a attiré mon attention sur un point que je considère important

à développer : le refus de soin. En effet, j'ai été interpellée par la manière d'envisager un accompagnement auprès d'une personne non-réceptive aux soins prodigués, comme j'ai pu le rencontrer dans ma première situation de soin. J'ai ainsi pu réorienter ma question de départ vers une question de recherche : En quoi le refus d'aide et de soin impacte-t-il l'accompagnement personnalisé d'une personne âgée?

CONCLUSION :

Ce travail d'initiation à la recherche m'a apporté des points essentiels pour la construction de mon identité professionnelle et de la posture soignante à adopter. En effet, les recherches que j'ai pu effectuer, ainsi que les deux entretiens réalisés auprès d'infirmières m'ont permis d'enrichir mes connaissances et d'éclairer ma réflexion théorique et pratique. Notamment sur le rôle de la posture soignante dans la relation avec le patient mais également la notion d'accompagnement.

De plus, il a été établi dans le but d'appréhender un métier dont l'investissement personnel porte un sens d'engagement fort auquel je souhaite être préparée pour une qualité de travail appropriée.

Au fur et à mesure de ce travail, j'ai rencontré des difficultés telles que la notion de libre arbitre apparue trop scientifique ou philosophique du point de vue des auteurs, j'ai donc dû m'approprier ce concept afin de l'expliquer du point de vue des auteurs. J'aurais également beaucoup aimé interrogé plus de professionnels du terrain afin d'avoir de multiples avis et ainsi confronter des points de vue différents dans la prise en soin qu'ils offrent à leurs patients, résidents. Ce qui aurait pu permettre d'approfondir le sujet aurait été d'interroger des aidants afin d'avoir leur opinion sur la notion d'accompagnement par exemple.

Cette étude m'a également permis d'identifier des difficultés récurrentes dans la prise en soins des patients, notamment celle de l'expression des choix dans une situation de vulnérabilité. Il n'y a pas de réelle technique à proprement parler pour établir un accompagnement selon des protocoles. Selon moi, il est essentiel de privilégier le savoir-être en adoptant une posture professionnelle qui découle de ces valeurs personnelles.

Elles m'ont permis de cultiver patience et dévouement auprès d'un public ciblé. Malgré tout, je pense que ce travail est transposable à d'autres publics. En effet, au cours des différents stages effectués, j'ai pu me rendre compte que chaque accompagnement est singulier. Tant en psychiatrie qu'en pédiatrie, qu'en soins généraux, l'accompagnement se traduit par un projet de soins personnalisé et individualisé. Ce projet de soins passe par un recueil de données précis qui ne sera réalisable qu'avec un travail en pluridisciplinarité.

Ma volonté de penser pour le bien des autres s'est affirmée. Cette expérience a permis d'enrichir le savoir-faire indéniablement lié à mes valeurs personnelles.

Achever ce mémoire signe l'aboutissement concret de trois ans de formation me permettant d'aborder plus sereinement le métier d'infirmière. J'ai travaillé non loin d'un an sur cet écrit d'initiation à la recherche, sur un sujet qui me tenait à coeur. Les questionnements,

recherches théoriques, et apports du terrain utilisés me permettent de continuer de développer une réelle posture réflexive quant à l'exercice de ma profession.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- Larger, V. (2010). *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Saint-Jean de Braye : Dunod.
- Collière, M. F. (1998). *Promouvoir la vie*. Paris : InterEditions.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : InterEdition : Masson.
- Svandra, P. (2009). *Le soignant et la démarche éthique*. Clamecy : Estem.
- Bonnet M. (2006). *Vivre à domicile : entre dépendance et autonomie*. Paris: L'Harmattan.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan

ARTICLES :

- Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, (57), 19-30.
- Lombart, B. (2015). Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, (122), 67-75.
- Noël-Hureaux, E. Le care : un concept professionnel aux limites humaines. *Recherche en soins infirmier*, (122), 7-17.
- Lacour, C. (2009). La personne vulnérable : entre autonomie et protection. *Gérontologie et société*, 32(131), 187-201.
- Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux ? *Gérontologie et société*, (138), 127-142.

- Lafon, C. (2008). Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir. *Recherche en soins infirmiers*, (94), 4-27.
- Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de « l'autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le sociographe*, (Hors-série 6), 139-147.
- Bonhôte, B. (2015). L'infirmière face aux déterminations et au libre arbitre du patient. *Perspective soignante*, (52), 27-41.
- Zielinski, A. (2009). Le libre choix, de l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. *Gérontologie et société*, (131), 11-24.
- Mottaz, A-M. (2012). Accompagnement. *Concepts en sciences infirmières*, 42.
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, (110), 13-20.

DICTIONNAIRES :

- Habitude (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habitude/38783>
- Libre arbitre (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/arbitre/4957>
-
- Formarier, M., Jovic, L. (dépendance) Dans *Dictionnaires des concepts en sciences infirmières*. 2è éd., dépendance p.149 Paris : Éditions Mallet Conseil.

TEXTES LÉGISLATIFS :

- Code de la Santé Publique, Article R4311-3 du 3 septembre 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D247A61B48EA4222EB198D430BBEFEF2.tplgfr44s_1?idArticle=LEGIARTI000019416833&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180927
- Arrêté du 13 mars 1985, relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000314094&dateTexte>

SITES INTERNET :

- Grudet, C. (2015). Repéré à <http://www.fnaas.fr/le-glissement-de-taches/>
- Mias L. (1997). Repéré à <http://papidoc.chic-cm.fr/580vieilliphysio.html>
- Bare, A. (2018). Repéré à <http://www.ch-hautanjou.fr/ifas/wp-content/uploads/sites/8/2018/09/Accompagnement.pdf>
- Pitte, M. (2019). Repéré à <https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/valeurs-personnelles-et-professionnelles>
- Pitte, M. (2019). Repéré à <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-aide-psychologique>
- Gros, F. (2012). Sollicitude. Concepts en sciences infirmières, 281-283. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-281.htm?contenu=article>

TABLE DES ANNEXES

I. APERÇU GRILLE AGGIR

II. GUIDE D'ENTRETIEN

III. RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1

IV. RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2

V. TABLEAUX D'ANALYSE

- Tableau 1
- Tableau 2
- Tableau 3
- Tableau 4
- Tableau 5
- Tableau 6
- Tableau 7

I. APERÇU GRILLE AGGIR

Nom et prénom						Fiche récapitulative AGGIR		
M. Sec. Soc.								
Adresse								
Né(e) le		Date de l'évaluation						
Âge								
Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément	H = Habituellement	T = Totalemement	C = Correctement
	S	T	C	H	Code	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.	
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) • Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) • Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p>Code final si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Orientation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Toilette : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B • Habillage : <ul style="list-style-type: none"> - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. • Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B • Élimination : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B 	
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
16. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
17. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
						<p>Groupe iso-ressources</p> <p>Défini par le système informatique <input type="text"/></p>		

II. GUIDE D'ENTRETIEN

Questions :

- **Parlez-moi de votre expérience professionnelle (stages, âge, services depuis le DE?)**

Objectif 1: Déterminer l'importance de soins de confort auprès des personnes âgées

- **Si vous deviez expliquer à un étudiant infirmier l'importance des soins de confort auprès des personnes âgées, que lui diriez-vous spontanément?**

Objectif 2: Identifier les facteurs qui influencent la réalisation de soins de confort en binôme ou en solo

- **Dans quel contexte faites-vous le choix de réaliser seule ou en binôme un soin de confort à une personne âgée?**

Objectif 3: Identifier les préoccupations et les intentions des soignants durant les soins de confort

- **A quoi êtes-vous attentive lors des soins de confort?**

Objectif 4: Identifier les difficultés rencontrées par le soignant lors de la réalisation de soins de confort

- **Vous est-il déjà arrivé que des patients aient parfois du mal à exprimer leurs souhaits durant ces soins? A quoi attribuez ces difficultés?**
- **Pourriez-vous me raconter une expérience qui illustrerait votre propos?**

Objectif 5: Repérer lors de l'entretien les différentes émotions générées par ces difficultés lors de la réalisation de soins de confort

- **Comment vivez-vous ces situations de soin?**

Objectif 6: Préciser les stratégies mises en œuvre pour faire face à ces difficultés

- **Comment vous adaptez vous à ce type de situation?**
- **Comment vous y prenez-vous pour permettre à la personne âgée d'exprimer ses souhaits lors des soins de confort? Qu'en pensez-vous?**

Objectif 7: Préciser l'impact de l'expérience sur les stratégies mises en oeuvre pour favoriser l'expression du libre arbitre des résidents lors des soins de confort

- **Diriez-vous que votre manière de faire dans ces situations a évolué au fil de votre expérience? A quels niveaux?**
- **Avez-vous quelque chose à ajouter avant de finir l'entretien ?**

Ma question de départ est:

- **En quoi la posture de l'IDE impacte-t-elle l'expression du libre arbitre chez la personne âgée dépendante lors de la réalisation de ses soins quotidiens?**

1

III. Retranscription entretien numéro 1 (IDE A)

2 (ESI) : Du coup je vous rappelle mon thème, donc c'était l'expression des choix et des souhaits
3 chez la personne-âgée lors de ses soins de confort quotidiens.

4 Ma première question ce serait parlez-moi de votre expérience professionnelle depuis votre
5 diplôme d'état ?

6 (IDE) : Il va falloir une journée entière ahaha. Je suis diplômée depuis 1991, j'ai exercé aux
7 urgences d'abord dans un CHU et puis je suis allée faire une école de médecine tropicale en
8 1997. Je suis partie à l'étranger en 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 et 2008 voilà c'est ça. Entre les
9 coups j'ai travaillé en crèche, en entreprise, en foyer logement, j'ai fait des remplacements en
10 maison de retraite. Et donc depuis janvier 2009 je suis infirmière en EHPAD.

11 (ESI) : D'accord, ma deuxième question c'était si vous deviez expliquer à un étudiant infirmier
12 l'importance des soins de confort auprès des personnes âgées, qu'est-ce que vous lui diriez
13 ?

14 (IDE) : Que c'est la base de notre métier, que ce n'est pas seulement le rôle propre mais vraiment
15 la base de notre métier. Que l'on ne soigne bien que lorsque les gens sont confortables, donc
16 pour moi c'est la base. Le soin technique pour moi c'est un autre métier que les soins de confort,
17 c'est complètement différent. C'est très important, prendre soin, ce contact, cette relation de
18 confiance, d'envelopper la personne dans cette confiance.

19 (ESI) : Et vous entendez quoi du coup par prendre soin ?

20 (IDE) : Dans prendre soin c'est vraiment l'accompagnement au quotidien, l'écoute, savoir si la
21 personne a envie à ce moment-là de se faire chouchouter, ou si c'est trop tôt, trop tard ou si je
22 n'ai pas envie du tout, que si je prenais ma douche que deux fois par semaine et que je n'ai pas
23 envie qu'on me recure de la tête aux pieds ahaha. C'est vraiment l'écoute des petites inquiétudes
24 du matin, comment j'ai dormi, ma petite-fille qui va se faire opérer la semaine prochaine ça me
25 tracasse, fin voilà, être le plus possible à l'écoute, c'est plus que le soin technique, de faire la
26 toilette, le shampoing, le bain de pied.

27 (ESI) : Alors après c'était, dans quel contexte ici en fait vous faites-vous le choix de réaliser seule
28 ou en binôme un soin de confort à une personne âgée ?

29 (IDE) : Alors malheureusement on est obligés de faire en fonction des contraintes, c'est à dire que
30 l'on ne peut pas mettre 2 personnes par service. Actuellement, on a la chance d'avoir maximum
31 8 toilettes par matinée, par agent. Ce qui n'est déjà pas trop mal, mais pour les cas les plus lourds
32 c'est difficile de faire en binôme. On a essayé d'organiser pour que certaines toilettes soient faites
33 en fin de matinée pour que l'on puisse se retrouver à deux. On peut compter sur les infirmières
34 aussi. Dans les fins de vie surtout.

35 (ESI) : Donc plus dans les situations difficiles ?

36 (IDE) : Ouais dans les situations plus particulières. Et on a remarqué quand même, parce que
37 certaines aiment bien faire à deux mais d'autre préfèrent faire seule. Parce que la relation n'est
38 pas la même.

39 (ESI) : Oui c'est vrai. Alors à quoi êtes-vous attentive lors des soins de confort ?

40 (IDE) : La température de la chambre ahaha, chose toute bête. Et puis de ne pas obligée, ne pas
41 être trop intrusif, c'est vrai que la pudeur chez nos personnes c'est quand même très important.
42 Et puis personnellement je cause tout le temps, je trouve que pour faire passer les choses, c'est
43 plus facile quand on parle.

44 (ESI) : Donc parler vous trouvez que c'est un moyen de ?

45 (IDE) : Oui parler, chanter, raconter des bêtises, ça permet de dédramatiser le soin. Et puis
46 j'observe beaucoup !

47 (ESI) : Vous observez quoi ?

48 (IDE) : Comment est la personne, sa manière d'être. Et puis j'écoute, j'écoute attentivement ce
49 qu'elle me dit, ce qu'elle veut.

50 (ESI) : Une autre question, vous est-il déjà arrivé que des patients aient parfois du mal à exprimer
51 leurs souhaits durant ces soins ?

52 (IDE) : Du mal à l'exprimer verbalement, oui beaucoup. Après ils savent nous le dire soit
53 physiquement par des gestes, soit simplement un regard, on sent l'agressivité quand la personne
54 n'a pas envie, on le sait. Même si ce n'est pas verbal, on sait. Ça se sont des choses qui arrivent
55 très très régulièrement, surtout chez nos populations de gens du terroir, des gens ruraux, qui
56 n'avaient pas l'habitude de se laver régulièrement.

57 (ESI) : Et du coup à quoi est-ce que vous attribuez ces difficultés ?

58 (IDE) : Eh bien, sûrement au fait qu'ils n'osent pas nous le dire, c'est vrai, c'est difficile de dire au
59 personnel qu'on n'a pas envie. C'est souvent ça le souci. Le fait qu'on soit soignant aussi, peut-
60 être qu'ils pensent qu'on sait mieux qu'eux ? Mais ce ne sont que des hypothèses !

61 (ESI) : Oui c'est sûr. Pourriez-vous me raconter une expérience qui illustrerait votre propos ?

62 (IDE) : Je n'ai jamais pris de coups ou de fin voilà, ça ne m'est jamais arrivé de faire une toilette
63 pu la personne se débattait ou des choses comme ça.

64 (ESI) : Plus dans le fait qu'elle ait du mal à exprimer ses souhaits, par exemple quand vous lui
65 posez une question ou quand vous lui dites de choisir quelque chose ?

66 (IDE) : Je n'ai pas en tête de situation comme celle-ci non.

67 (ESI) : Quels sont les moyens d'adaptation que vous pourriez mettre en place pour permettre à la
68 personne d'exprimer ses souhaits ?

69 (IDE) : On a une dame suite à un AVC qui ne parle plus, s'exprime difficilement donc on a mis
70 des pictogrammes, des petits dessins et elle nous montre si elle veut la douche en entier, si
71 aujourd'hui elle se sent patraque et elle préfère juste un bain de pied et un shampoing, elle nous
72 montre les petits dessins. En fonction de son humeur elle a un petit pouce ahaha levé ou baissé.
73 Elle a des petits pictogrammes de sourires, voilà qu'elle puisse nous dire de quelle humeur elle
74 est le matin et qu'on adapte nos soins.

75 (ESI) : D'accord.

76 (IDE) : On essaie de faire des choses comme ça.

77 (ESI) : Ouais c'est des bonnes alternatives. Ça se met de plus en plus en place, on entend plus
78 parler ouais.

79 (IDE) : Après pour des gens qui ont des troubles cognitifs, qui s'expriment sur le moment, qui nous
80 disent je ne veux pas de soins ce matin, chez qui on ne peut pas communiquer vraiment on essaye
81 de repousser au lendemain et puis on se dit voilà.

82 (ESI) : On ne se prend pas la tête avec la personne.

83 (IDE) : Voilà, c'est fini d'attacher les gens pour les laver ahaha, heureusement, donc on repousse
84 au lendemain et puis essaye de se passer la consigne, je n'ai pas pu ce matin voilà. On passe le
85 message à la collègue. Chez des gens déambulants oui on s'adapte, mais on s'adapte toujours à
86 chaque personne, et puis si c'est fait l'après-midi ou le soir, le soir au coucher voilà, on essaie de
87 trouver des ruses pour le faire, par exemple vous avez été à la selle voulez-vous un petit coup de
88 main ?

89 (ESI) : Comment vous y prenez-vous pour permettre à la personne âgée d'exprimer ses souhaits
90 lors des soins de confort ? Qu'en pensez-vous ?

91 (IDE) : Déjà on en parle en table ronde c'est en dehors du soin, c'est vrai qu'on fait une table
92 ronde 1 mois après l'entrée du résident. Avant on récolte tout ce qu'on pu dire les soignants sur
93 les difficultés, et on met les choses à plat du coup sur leurs ressentis, leurs habitudes, sur ce que
94 ça leur procure du bien-être ou non. On essaie de mettre les choses à plat donc ils ont le droit de
95 dire je veux une douche tous les 15 jours, je veux qu'on fasse juste les orteils le lundi, le dos le
96 mardi. Voilà ils ont le droit d'exprimer leurs souhaits.

97 (ESI) : Et la réunion vous la faite avec le résident aussi ?

98 (IDE) : Avec le résident et sa famille si lui le souhaite.

99 (ESI) : Diriez-vous que votre manière de faire dans ces situations a évolué au fil de votre
100 expérience ? et à quels niveaux ?

101 (IDE) : Je sais qu'avant quand j'ai appris, donc ça fait maintenant un petit bout de temps, il fallait
102 faire la toilette, quand on avait un service, qu'on avait 10 toilettes à faire, il fallait que les toilettes
103 soient faites, que la personne soit prête, pas prête, on les réveillait, c'était comme ça. On avait un
104 ordre de toilettes, on le faisait par ordre. Maintenant, on tient compte du réveil de chacun, on tient
105 compte de l'humeur, on tient compte des habitudes de vie, de beaucoup plus de choses. Et on
106 accepte, ça commence, j'ai pas fait la toilette parce qu'elle ne voulait pas je suis restée un petit
107 peu discuter avec elle, je la ferais demain, ça, ça devient acceptable, acceptable aussi pour les
108 aides-soignants, parce que c'était très difficile vu qu'on avait appris, le soin est le soin, c'est
109 comme ça d'accord ou pas d'accord il fallait le faire, voilà, d'accepter de mettre en stand-by, voilà
110 j'ai quand même fait mon boulot en étant présente auprès d'elle et en lui parlant plutôt qu'en lui
111 nettoyant les doigts de pieds quoi. Ça a beaucoup, beaucoup évolué. Heureusement. Mais ça
112 reste compliqué.

113 (ESI) : Et du coup est-ce que vous avez quelque chose à rajouter avant de finir l'entretien ?

114 (IDE) : Hm... Rien de plus non.

115 (ESI) : Ma question de départ c'est et ce que vous en pensez en quoi la posture de l'IDE impacte-
116 t-elle l'expression du libre arbitre chez la personne âgée dépendante lors de la réalisation de ses
117 soins quotidiens ?

118 (IDE) : Laisser faire, les gens ont le droit de dire oui ou non. Si la personne dit je ne prendrais pas
119 ce médicament parce qu'il me donne mal à la tête, ben voilà c'est de notre rôle de dire ok
120 j'entends, on discute, on en parle, celui-ci il est important pour ceci, pour cela. Vous n'en voulez
121 pas je vais le référer au médecin et donc dans cette posture là ça permet de s'y retrouver, c'est
122 la loi, la personne est libre de ses choix et de les exprimer. C'est la loi et les gens choisissent, ils
123 sont chez eux. On est un lieu de vie et forcément on peut se permettre de pas se laver ou de pas
124 faire certaines choses, même si je pense que c'est également valable à l'hôpital malgré les
125 protocoles...

126

IV. Retranscription entretien numéro 1 (IDE B)

127 (ESI) : Du coup je vous rappelle mon thème, donc c'était l'expression des choix et des souhaits
128 chez la personne-âgée lors de ses soins de confort quotidiens. Ma première question ce serait
129 parlez-moi de votre expérience professionnelle depuis votre diplôme d'état ?

130 (IDE) : Depuis le DE d'accord, je l'ai obtenu en 2001. Et donc depuis le DE moi j'ai travaillé un
131 petit peu en gynéco-obstétrique après je suis partie en chirurgie, j'avais toute la chirurgie
132 confondue dans une clinique sauf l'orthopédie, donc voilà. Après je me suis arrêtée un moment
133 pour les enfants, je me suis arrêtée 4 ans avec des difficultés à reprendre la profession parce qu'il
134 devait y avoir une formation pour une remise à niveau qui devait avoir lieu sur la Roche-Sur-Yon
135 et qui n'a pas eu lieu. Et donc après je suis revenue en EHPAD avec des soins techniques un peu
136 plus légers, peut-être un peu plus de relationnel donc je me sentais un peu plus à l'aise et par
137 rapport aux horaires aussi, 1 weekend sur 4 voilà.

138 (ESI) : D'accord, du coup ma deuxième question c'était si vous deviez expliquer à un étudiant
139 infirmier l'importance des soins de confort auprès des personnes âgées, qu'est-ce que vous lui
140 diriez ?

141 (IDE) : L'importance des soins de confort, tu veux dire en fin de vie ?

142 (ESI) : Euh non pas forcément, une personne âgée.

143 (IDE) : Donc euh comment je pourrais expliquer, les soins de confort ce sont tous les soins non
144 médicalisés qui peuvent apporter du confort à la personne donc qui peuvent être complètement
145 différents d'une personne à l'autre. Un confort ça peut être aussi un soin peut-être plus relationnel
146 pour une personne et ça peut être plus tactile pour d'autres.

147 (ESI) : Ok.

148 (IDE) : Après en explication tout ce qui peut donner du confort à la personne c'est vrai que ça peut
149 être très très vaste en fait.

150 (ESI) : Et vous vous entendez quoi du coup par confort ?

151 (IDE) : Qu'est-ce que j'entends par confort ? J'entends confort, bien-être, plaisir, quelque chose
152 qui est évidemment non stressant, qui est confortable, qui fait du bien.

153 (ESI) : Alors après c'était, dans quel contexte ici en fait vous faites-vous le choix de réaliser seule
154 ou en binôme un soin de confort à une personne âgée ?

155 (IDE) : Hmm, alors ça dépend de ce qu'on choisit comme soin de confort, il y a des soins de
156 confort qui peuvent être réalisés seul et des soins de confort ou il faut vraiment être à deux pour
157 éventuellement porter un membre, porter la personne ou faire un massage à plusieurs personnes
158 aussi. En général s'il y a possibilité de le faire, on le fait à 2 c'est certainement aussi bien. Mais
159 des fois ce n'est pas possible d'être à deux, on essaie de s'organiser, de voir avec nos collègues
160 si c'est possible.

161 (ESI) : Mais c'est peut-être plus pour les personnes qui sont douloureuses ou... ?

162 (IDE) : Oui peut être plus oui, si ce sont des soins de confort en fin de vie on sera souvent plus à
163 2 comme la toilette qui sera à 2 et donc on fera les soins de confort en même à 2 dans la lignée
164 en fait pour le confort de la personne.

165 (ESI) : Alors à quoi êtes-vous attentive lors des soins de confort ?

166 (IDE) : On est attentifs au résultat, si ça lui apporte du confort ou pas donc si la personne ne peut
167 plus parler, ce sera plus au niveau du visage, la thymie au niveau du visage, au niveau des
168 réactions, on sera attentifs au début du soin de confort à comment est la personne et à la fin du
169 soin de confort comment elle est. Si on a vu des choses bénéfiques ou pas.

170 (ESI) : Donc au niveau du faciès ?

171 (IDE) : Oui au niveau du faciès, au niveau de l'attitude, si une personne se relâche ou pas.

172 (ESI) : Mais ce serait grâce à quoi que la personne va se relâcher ?

173 (IDE) : À ce que je vais mettre en place, tous les grands principes de la toilette, respect de l'intimité
174 par exemple.

175 (ESI) : Ça marche, vous est-il déjà arrivé que des patients aient parfois du mal à exprimer leurs
176 souhaits durant ces soins ?

177 (IDE) : On a beaucoup à faire nous à des personnes qui ne parlent plus donc ouais des fois ce
178 n'est pas toujours évident, on demande à la famille ce qui pourrait être bénéfique en soins de
179 confort. Il y a par exemple des soins de confort qu'on peut faire avec de la musique, et parfois la

180 famille nous dit certaines fois que non elle aimait pas du tout la musique ou sensoriel avec des
181 odeurs, des huiles essentielles, non elle aimait pas du tout. Ouais des fois ce n'est pas toujours
182 évident de savoir à travers le verbal et encore moins à travers le non-verbal. Il y en a qui ne sont
183 pas du tout tactiles, d'autres le sont énormément. On a parfois besoin de l'aide de la famille pour
184 avoir certaines infos.

185 (ESI) : Pourriez-vous me raconter une expérience qui illustrerait votre propos ?

186 (IDE) : Alors oui ça a déjà dû m'arriver... (Silence) Alors si je me souviens d'une situation d'une
187 dame en fin de vie. Quand on lui proposait des vêtements elle ne voulait jamais choisir par elle-
188 même. Elle nous disait souvent qu'il fallait que l'on fasse au plus « pratique », au moins embêtant
189 pour nous.

190 (ESI) : Mais du coup à quoi vous attribuez cette difficulté de choix ?

191 (IDE) : Peut-être au fait qu'elle nous faisait tellement confiance, qu'elle voulait que l'on choisisse
192 pour elle. Ou peut-être aussi au fait qu'elle ne voulait pas que l'on prenne trop de temps avec elle
193 pour l'habiller, déshabiller.

194 (ESI) : Mais du coup comment vivez-vous ces situations de soin ?

195 (IDE) : Eh bien, je dirais que je les vis tout simplement. Que j'essaie de les gérer du mieux possible
196 avec mes valeurs et mes convictions de soignante.

197 (ESI) : Vos valeurs ?

198 (IDE) : Oui, mes valeurs professionnelles.

199 (ESI) : Et qu'est-ce que vous entendez par valeurs professionnelles ?

200 (IDE) : Je dirais, ce qui m'anime en tant que professionnelle, j'entends par là l'empathie que j'ai
201 eu pour cette dame, la bienveillance, mais aussi (silence) le respect, la dignité, oui la dignité de
202 sa personne, de ce qu'elle est.

203 (ESI) : Et du coup comment vous vous adaptez à ce type de situation ? Si par exemple la personne
204 elle a du mal à s'exprimer comment est-ce que vous faites pour qu'elle puisse s'exprimer ?
205 Exprimer ses souhaits ?

206 (IDE) : On tente des choses, et on voit si ça marche ou pas. Après comme je te disais tout à
207 l'heure, l'aide à la famille, on peut demander à la famille. Et on essaye, on essaye de voir, on le
208 voit tout de suite si le tactile ça passe tant mieux, si ça ne passe pas on fera autre chose. En
209 général nous on connaît déjà bien nos résidents avant de faire des soins de confort, même si on
210 peut en faire avant la fin de vie, mais nous en maison de retraite c'est peut-être un peu plus
211 souvent les infirmières qui font les soins de confort en fin de vie. On se basera peut-être plus sur
212 notre expérience avec la personne et on fera des petits essais avec la personne, voir ce qui peut
213 lui convenir ou pas.

214 (ESI) : D'accord et du coup diriez-vous que votre manière de faire dans ces situations a évolué
215 au fil de votre expérience ?

216 (IDE) : Oui forcément, la toilette par exemple peut basculer en soins de confort, on ne sera pas
217 dans la propreté impeccable mais on sera dans un soin de confort, dans un toucher de la
218 personne, qu'une toilette à proprement dit quoi. Mais oui oui, ça évolue, ça évolue tous les jours
219 avec ce qu'on peut vivre, ce qu'on peut entendre, les formations que l'on peut faire aussi.

220 (ESI) : Et du coup est-ce que vous avez quelque chose à rajouter avant de finir l'entretien ?

221 (IDE) : On peut rajouter ça, que les soins de confort, que ce thème là, ça évolue tout le temps en
222 fait.

223 (ESI) : Ma question de départ c'est et ce que vous en pensez en quoi la posture de l'IDE impacte-
224 t-elle l'expression du libre arbitre chez la personne âgée dépendante lors de la réalisation de ses
225 soins quotidiens ?

226 (IDE) : Hmhm, pas plus que l'aide-soignante, elle a autant un rôle à jouer que nous, même parfois
227 plus car elle passe plus de temps au chevet du résident. Nous on a peut-être plus le rôle où on
228 peut plus dire il n'y a pas besoin de faire ci, il n'y a pas besoin de faire ça, ou on peut arrêter tout
229 ce qui est médical, on a peut-être plus ce rôle-là.

V. TABLEAUX D'ANALYSE

Tableau 1:

Thème	Importance des soins de confort	
Objectif 1:	<i>Déterminer l'importance des soins de confort auprès des personnes âgées</i>	
Items	<ul style="list-style-type: none"> • base de notre métier • On soigne bien que lorsque les gens sont confortables • Prendre soin • Contact • Relation de confiance • Accompagnement au quotidien • Écoute • Savoir si la personne a envie à ce moment là • Si la personne trouve que c'est trop tôt, trop tard • Si la personne a pas envie du tout 	<ul style="list-style-type: none"> • soins non médicalisés • Apporter du confort à la personne • Différent d'une personne à une autre • Soin peut-être plus relationnel pour une personne, plus tactile pour d'autres • Bien-être • Plaisir • Quelque chose de non stressant • Confortable • qui fait du bien
Classification	<p>Soin singulier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • On soigne bien que lorsque les gens sont confortables • Savoir si la personne a envie à ce moment là • Si la personne trouve que c'est trop tôt, trop tard • Si la personne a pas envie du tout • Différent d'une personne à une autre • Soin peut-être plus relationnel pour une personne, plus tactile pour d'autres 	<p>Mais qui doit réunir tous ces aspects:</p> <p>Valeurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre soin • Écoute • Relation de confiance • Bien-être • Plaisir • Contact • Accompagnement au quotidien <p>Une atmosphère pendant le soin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelque chose de non stressant • Confortable • qui fait du bien <p>Définition soins de confort:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soins non médicalisés • base de notre métier

Tableau 2:

Thème	Travail en binôme ou en solo		
Objectif 2:	Identifier les facteurs qui influencent la réalisation de soins de confort en binôme et non en solo		
Items	<ul style="list-style-type: none"> • faire en fonction des contraintes • On ne peut pas toujours mettre 2 personnes par service • Pour les cas les plus lourds c'est difficile de faire en binôme • Organiser pour que certaines toilettes soient faites en fin de matinée pour que l'on puisse se retrouver à deux • Compter sur les IDE • Fins de vie surtout • Situations plus particulières • Certaines aiment bien faire à deux d'autres préfèrent être seules car relation n'est pas la même 	<ul style="list-style-type: none"> • dépend du soin de confort • Soins de confort qui peuvent être réalisés seuls et soins de confort ou il faut être à deux pour porter un membre, la personne, faire un massage • Si il y a possibilité de le faire à deux c'est certainement aussi bien • soins de confort en fin de vie • Des fois ce n'est pas possible d'être à deux • On essaie de s'organiser, de voir avec nos collègues 	
Classification	<p>Le contexte du soin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fins de vie surtout • Situations plus particulières • Dépend du soin de confort • Soins de confort qui peuvent être réalisés seuls et soins de confort ou il faut être à deux pour porter un membre, la personne, faire un massage • soins de confort en fin de vie 	<p>Parfois compliqué d'être en binôme:</p> <p>Contraintes liées à l'organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire en fonction des contraintes • On ne peut pas toujours mettre 2 personnes par service • Pour les cas les plus lourds c'est difficile de faire en binôme • Si il y a possibilité de le faire à deux 	<p>Alternatives pour faire le soin en binôme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser pour que certaines toilettes soient faites en fin de matinée pour que l'on puisse se retrouver à deux • Compter sur les IDE • On essaie de s'organiser, de voir avec nos collègues

		<p>c'est certainement aussi bien</p> <ul style="list-style-type: none">• Des fois ce n'est pas possible d'être à deux <p>Contraintes liées à la personnalité du soignant:</p> <ul style="list-style-type: none">• Certaines aiment bien faire à deux d'autres préfèrent être seules car relation n'est pas la même	
--	--	---	--

Tableau 3:

Thème	Préoccupations et intentions des soignants	
Objectif 3:	Identifier les préoccupations et les intentions des soignants durant les soins de confort	
Items	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas obliger • Ne pas être trop intrusif • Pudeur • Personnellement je cause tout le temps pour faire passer les choses • Mais aussi chanter, raconter des bêtises, ça permet de dédramatiser le soin • j'observe beaucoup • Comment est la personne • Sa manière d'être • J'écoute attentivement ce qu'elle me dit, ce qu'elle veut 	<ul style="list-style-type: none"> • Attentif au résultat • Si ça porte du confort ou pas • On l'observe au niveau du visage, de la thymie, des réactions • On sera attentifs au début du soin de confort à comment est la personne et à la fin du soin de confort à comment elle est • Si on a vu des choses bénéfiques ou pas • Au niveau de l'attitude • Si la personne se relâche ou pas • Grands principes de la toilette • Respect de l'intimité
Classification	<p>Observations cliniques: Manifestations corporelles de bien être</p> <ul style="list-style-type: none"> • j'observe beaucoup • Comment est la personne • Sa manière d'être • Attentif au résultat • Si ça porte du confort ou pas • On l'observe au niveau du visage, de la thymie, des réactions • On sera attentifs au début du soin de confort à comment est la personne et à la fin du soin de confort à comment elle est • Si on a vu des choses bénéfiques ou pas • Au niveau de l'attitude • Si la personne se relâche ou pas <p>Propos du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • J'écoute attentivement ce qu'elle me dit, ce qu'elle veut 	<p>La réalisation du soin: Respect des critères de qualité du soin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pudeur • Grands principes de la toilette • Respect de l'intimité <p>Protection de la sphère intime:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas obliger • Ne pas être trop intrusif • Pudeur <p>Proposition d'une distraction:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnellement je cause tout le temps pour faire passer les choses • Mais aussi chanter, raconter des bêtises, ça permet de dédramatiser le soin

Tableau 4:

Thème	Difficultés des soignant	
Objectif 4:	<i>Identifier les difficultés rencontrées par le soignant lors de la réalisation de soins de confort</i>	
Items	<ul style="list-style-type: none"> • du mal à l'exprimer verbalement, oui beaucoup • Physiquement aussi par des gestes, un regard on sent l'agressivité quand la personne n'a pas envie • N'osent pas nous le dire • Difficile de dire au personnel qu'on a pas envie • Le fait qu'on soit soignant aussi, peut-être qu'ils pensent qu'on sait mieux qu'eux? 	<ul style="list-style-type: none"> • personnes qui ne parlent plus • Ce n'est pas toujours évident de savoir dans l'expression verbale et encore moins à travers le non-verbal • douloureuse • Jamais choisir par elle-même • Faire au plus pratique • Au moins embêtant pour nous • elle nous faisait tellement confiance qu'elle voulait que l'on choisisse pour elle • Pas prendre trop de temps avec elle
Classification	<p>Difficultés: Difficulté dans l'expression verbale du patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • du mal à l'exprimer verbalement, oui beaucoup • personnes qui ne parlent plus • Ce n'est pas toujours évident de savoir dans l'expression verbale <p>Difficultés dans l'expression non-verbale du patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physiquement aussi par des gestes, un regard on sent l'agressivité quand la personne n'a pas envie • et encore moins à travers le non-verbal 	<p>Causes de ses difficultés d'expression: Côté soignant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le fait qu'on soit soignant aussi, peut-être qu'ils pensent qu'on sait mieux qu'eux? • Faire au plus pratique • Au moins embêtant pour nous • elle nous faisait tellement confiance qu'elle voulait que l'on choisisse pour elle <p>Coté patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N'osent pas nous le dire • Difficile de dire au personnel qu'on a pas envie • douloureuse • Jamais choisir par elle-même • Pas prendre trop de temps avec elle

Tableau 5:

Thème	Émotions et stratégies soignantes pour faire face aux difficultés rencontrées	
Objectif 5:	<i>Repérer lors de l'entretien les différentes émotions générées par ces difficultés lors de la réalisation de soins de confort</i>	
Items (mots ou groupes de mots		<ul style="list-style-type: none"> • Je les vis tout simplement • Essaie de les gérer du mieux possible • Avec mes valeurs et mes convictions de soignante • Ce qui m'anime en tant que professionnelle • Empathie • Bienveillance • Respect • Dignité de sa personne, de ce qu'elle est
Classification	Ressenti: <ul style="list-style-type: none"> • je les vis tout simplement • j'essaie de les gérer du mieux possible 	Valeurs: <ul style="list-style-type: none"> • valeurs professionnelles • Ce qui m'anime en tant que professionnelle • L'empathie que j'ai eu pour cette dame • la bienveillance • Le respect • La dignité, de sa personne, de ce qu'elle est

Tableau 6:

Thème	Stratégies mises en œuvre	
Objectif 6:	<i>Préciser les stratégies mises en œuvre pour faire face à ces difficultés</i>	
Items	<ul style="list-style-type: none"> • pictogrammes pour les personnes ne parlant plus • Nous montre ce qu'elle veut • On adapte nos soins • On essaye de repousser au lendemain • On essaye de passer la consigne « je n'ai pas pu ce matin... » • On passe le message à la collègue • On s'adapte toujours à chaque personne • On essaie de trouver des ruses pour le faire « vous avez été à la selle, voulez-vous un petit coup de main? » • On en parle en table ronde 1 mois après l'entrée du résident • Récolte ce qu'on pu dire les soignants sur les difficultés • On met les choses à plat sur leurs ressentis, habitudes, ce qui procure du bien-être ou non • Droit d'exprimer leurs souhaits • Résident et famille 	<ul style="list-style-type: none"> • on tente des choses et on voit si ça marche ou pas • Aide de la famille • Demander à la famille • On essaye • On fait autre chose si ça ne passe pas • Expérience avec la personne • Essais avec la personne • Voir ce qui peut lui convenir ou pas
Classification	<p>Stratégies singulières à chaque personne:</p> <p>Adaptation des soins:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pictogrammes pour les personnes ne parlant plus • Nous montre ce qu'elle veut • On adapte nos soins • On s'adapte toujours à chaque personne • On essaie de trouver des ruses pour le faire « vous avez été à la selle, voulez-vous un petit coup de main? » • Expérience avec la personne • Voir ce qui peut lui convenir ou pas 	<p>Stratégies d'équipe:</p> <p>Travail avec la famille:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résident et famille • Aide de la famille • Demander à la famille <p>Réunions d'équipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • On en parle en table ronde 1 mois après l'entrée du résident • Récolte ce qu'on pu dire les soignants sur les difficultés • On met les choses à plat sur leurs ressentis, habitudes, ce qui procure du bien-être ou non

	<p>Faire des tests:</p> <ul style="list-style-type: none">• Essais avec la personne• on tente des choses et on voit si ça marche ou pas• On essaye• On fait autre chose si ça ne passe pas <p>Liberté:</p> <ul style="list-style-type: none">• Droit d'exprimer leurs souhaits	<p>Travail d'équipe:</p> <ul style="list-style-type: none">• On essaye de repousser au lendemain• On essaye de passer la consigne « je n'ai pas pu ce matin... »• On passe le message à la collègue
--	---	--

Tableau 7:

Thème	Impact de l'expérience sur les stratégies mises en œuvre	
Objectif 7:	Préciser l'impact de l'expérience sur les stratégies mises en œuvre pour favoriser l'expression du libre arbitre des résidents lors des soins de confort	
Items	<ul style="list-style-type: none"> • Avant il fallait que les toilettes soient faites • Que la personne soit prête, pas prête, on les réveillait, c'était comme ça • Ordre de toilettes • Maintenant on tient compte du réveil de chacun, de l'humeur, des habitudes de vie • On accepte, je n'ai pas fait la toilette,, car elle ne voulait pas, je la ferais demain • Difficile vu ce qu'on avait appris • Le soin c'est le soin • D'accord ou pas d'accord il fallait le faire • Accepter de mettre en stand-by • Beaucoup évolué • Mais ça reste compliqué 	<ul style="list-style-type: none"> • évolue tous les jours • Évolue avec ce qu'on peut vivre • Évolue avec ce qu'on peut entendre • Évolue avec les formations que l'on peut faire aussi
Classification	<p>Les soins de confort avant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant il fallait que les toilettes soient faites • Que la personne soit prête, pas prête, on les réveillait, c'était comme ça • Ordre de toilettes • Difficile vu ce qu'on avait appris • Le soin c'est le soin • D'accord ou pas d'accord il fallait le faire 	<p>Les soins de confort maintenant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenant on tient compte du réveil de chacun, de l'humeur, des habitudes de vie • On accepte, je n'ai pas fait la toilette,, car elle ne voulait pas, je la ferais demain • Accepter de mettre en stand-by • Beaucoup évolué • Mais ça reste compliqué • évolue tous les jours • Évolue avec ce qu'on peut vivre • Évolue avec ce qu'on peut entendre • Évolue avec les formations que l'on peut faire aussi

NOM : VOISIN

PRENOM : Léonie

TITRE : Qu'en dit l'Autre ?

SUMMARY :

Within the field of nursing, elderly people often find it difficult to express their wishes. However nursing staff must pay particular attention to the decisions and choices expressed by their patients.

This research project aims at understanding that this essential professional principle is sometimes difficult to achieve.

On the basis of two very different professional experiences, I have asked myself about the place of "The Other" while attending to their needs.

Therefore I have chosen to study the impact of the nurse's role on the dependent elderly person's choices.

The interest of my work is to illuminate as much as possible the links existing between vulnerability and free choice of an elderly person, bringing an important dimension to the nurse's job and the care of the patient.

In order to compare the theoretical contributions of my work and the reality on the ground, I have questioned two nurses who work in an old people's home.

This enquiry has brought me a lot of information concerning the way the nurses handle these situations day by day, thus other questions have arisen...

RÉSUMÉ :

Au sein du milieu infirmier, il arrive souvent que les personnes âgées aient du mal à exprimer leurs souhaits. Le soignant doit pourtant porter une attention particulière au respect des décisions et des choix des personnes qu'il prend en soin.

Ce travail de recherche a pour but de comprendre que ce principe professionnel essentiel est parfois difficile à satisfaire.

À partir de deux situations d'appel bien différentes, je me suis interrogée sur la place de l'Autre pendant ses soins. En conséquence, j'ai souhaité étudier l'impact que peut engendrer la posture de l'infirmière sur l'expression des choix de la personne âgée dépendante.

L'intérêt de mon travail est d'éclairer au maximum les liens existants entre vulnérabilité et libre choix de la personne âgée en apportant une dimension importante au métier infirmier, l'accompagnement du patient.

Afin de confronter les apports théoriques de mon travail et la réalité du terrain, j'ai interrogé deux infirmières exerçant en maison de retraite Cette enquête m'a apportée de nombreuses informations sur la manière dont les infirmières gèrent ces situations au quotidien, d'autres questions ont ainsi émergé...

KEY WORDS :

Dependent elderly person, Vulnerability, Non-medical care, Freedom of choice, Role of support, Nursing values

MOTS CLÉS : Personne-âgée dépendante, Vulnérabilité, Soins de confort, Liberté de décisions, Posture d'accompagnement, Valeurs soignantes

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS CHU PONTCHAILLOU

2, rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ETUDES - 2020