



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Mener une collaboration soignant-soigné à domicile, les pré-requis

Formateur référent : LE GALL Isabelle

COSTARD Olivia

Formation infirmière
Promotion 2018-2021
mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Mener une collaboration soignant-soigné à domicile, les pré-requis

Formateur référent : LE GALL Isabelle

COSTARD Olivia

Formation infirmière
Promotion 2018-2021
mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

Mener une collaboration soignant-soigné à domicile, les pré-requis

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'Etat Infirmier 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 28 avril 2021

Identité et signature de l'étudiant : Olivia COSTARD

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'Etat constitue un délit.

Merci à Maxime et à ma petite Clémentine, pour leur soutien, sans qui tout ce travail n'aurait pas été possible, ils ont laissé à la jeune maman que je suis la place d'être aussi étudiante et infirmière en devenir

Merci à Isabelle Le Gall, ma référente MIRSI pour son accompagnement, son regard, ses conseils

Merci à ma soeur Lucile pour tout ce temps accordé

Merci aussi à Clémence, ma belle-soeur

Merci à Sophie Bor (et avant elle, Hélène Boudet) mes référentes pédagogiques, qui m'ont accompagnée, l'une et l'autre, dans ma construction d'infirmière sans laisser de côté ma vie personnelle

Merci à l'ensemble des formateurs du PFPS pour leur accompagnement et leur bienveillance durant ces trois années

Merci à mes amies infirmières, qui ont su m'apporter un regard extérieur et professionnel

Merci à mes amies futures infirmières, merci à Morgane

Merci à ma famille et belle famille, un mélange riche de soignants et de non soignants, de tous horizons, merci à mes relecteurs

Merci à tous les professionnels de santé qui m'ont accompagnée sur le parcours d'étudiante infirmière, et tous ceux avant, lorsque j'étais aide-soignante. Je pense fort à mes anciens collègues, AS, ASHQ, IDE, IADE, IBODE, anesthésistes réanimateurs, médecins et chirurgiens : tous ont participé à forger celle que je suis aujourd'hui

“Ce que tu fais pour moi sans moi, tu le fais contre moi”

Nelson Mandela

1. Introduction
2. Le cheminement vers la question de départ
 - 2.1. Situation d'appel
 - 2.2. Questionnements
 - 2.3. Mon cheminement
3. Cadre conceptuel
 - 3.1 Le soin infirmier à domicile
 - 3.1.1. *Le rôle de l'infirmier libéral*
 - 3.1.2. *Les soins infirmiers à domicile*
 - 3.1.3. *Cadre législatif de l'exercice d'infirmier libéral*
 - 3.1.4. *L'infirmier libéral, autonome*
 - 3.2. D'un accompagnement vers l'autonomie...
 - 3.2.1. *Définir l'accompagnement, le prendre soin*
 - 3.2.2. *Définir l'autonomie*
 - 3.2.3. *Comment évaluer l'autonomie ?*
 - 3.2.4. *L'éducation thérapeutique, l'apprentissage*
 - 3.3. ...à la naissance d'une collaboration
 - 3.3.1. *L'adhésion thérapeutique*
 - 3.3.2. *Patient acteur, patient ressource, patient partenaire ou encore patient expert ?*
 - 3.3.3. *Soignant-soigné : un binôme, un travail d'équipe, une collaboration ?*
4. Méthodologie du recueil de données
 - 4.1. Les objectifs du guide d'entretien
 - 4.2. La population cible
 - 4.3. L'organisation des entretiens
 - 4.4. Bilan du dispositif
5. L'analyse des entretiens
6. Discussion
7. Conclusion
8. Bibliographie
9. Annexes

1. Introduction

Étudiante infirmière en fin de cursus, je réalise ici mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Il s'inscrit dans le cadre de la validation des unités d'enseignement 3.4 « *Initiation à la démarche de recherche* », 5.6 « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* », et 6.2 « *Anglais* » mais aussi pour enrichir mon expérience personnelle et mon expérience d'infirmière en devenir.

Dès notre arrivée en formation, on nous l'a martelé : "il faut inclure le patient dans sa prise en soins". Oui, mais concrètement, en quoi cela consiste-t-il ? Cela implique d'avoir des connaissances, un savoir faire et aussi un savoir être. Il convient de trouver la posture juste, adaptée, et surtout adaptable, de prendre en compte toutes les dimensions du patient : son environnement, ses ressources, ses proches, ses craintes, ses envies (et la liste est non exhaustive !) et puis tous les outils dont on dispose dans notre bagage de soignant : nos acquis, ntre assurance, nos doutes, nos expériences...

Ces trois années d'étude participent à forger l'infirmier que l'on devient, elles ont sû nous apporter les outils nécessaires et nous faire maîtriser la posture d'apprenant, celle à garder tout au long de notre carrière. En effet, il me semble important de ne pas rester sur ses acquis, de s'ouvrir aux nouvelles pratiques, de s'adapter continuellement pour pouvoir se tourner vers le patient et réaliser un prendre soin riche et de qualité. Lors de mes stages à domicile : cinq semaines en début de première année au SSIAD¹ et encore davantage lors de cinq semaines en deuxième année dans un cabinet d'infirmières libérales, j'ai été interpellée par l'implication du patient au soin, par la façon dont il y adhère, dont il gère son parcours. Et après tout, c'est la finalité recherchée pour le soignant, cette adhésion et cet investissement du patient.

J'ai donc décidé d'explorer, au cours de ma recherche, le lien et la nature de ce lien entre soignant et patient, celui qui permet de former une équipe au service du prendre soin.

Je vais commencer par expliquer mon cheminement, en présentant dans un premier temps la situation sur laquelle je me suis appuyée pour étayer des questionnements, nombreux, puis dans un second temps pour élaborer une question de départ à mon sujet de recherche

2. Le cheminement vers la question de départ

2.1. Situation d'appel

Je prends en soin depuis quelques semaines déjà Monsieur B, âgé de 60 ans, pour réfection de pansement de picc line une fois par semaine. Ce monsieur est suivi pour un cancer de la vessie depuis plusieurs mois et a un protocole de chimiothérapie en hôpital de jour. Le patient et son épouse ont préparé notre arrivée :

¹ Service de Soins infirmiers à domicile

espace propre dédié au soin, essuie main propre laissé auprès du lavabo spécialement pour moi.

Monsieur B se prépare tandis que je commence à sortir le matériel nécessaire sur la table basse. J'ai le sentiment que tout cet enchaînement est devenu un automatisme, nous n'avons presque plus besoin de parler. Chacun joue son rôle, tout s'enchaîne.

Une fois tout le matériel sorti et préparé, nous nous équipons lui et moi. Blouse, charlotte, masque. Le soin se poursuit, en silence par moments, probablement parce que c'est une étape délicate du soin : nous sommes lui et moi focalisés sur le picc line.

Lorsque le soin touche à sa fin, nous retirons nos équipements et j'évacue les déchets. Je trace le soin et les surveillances dans le carnet de suivi du patient.

Pour terminer, nous débriefons sur les derniers résultats sanguins, le dernier examen d'imagerie, la prochaine chimiothérapie...

2.2. Questionnements

Mon questionnement était en réalité bien plus fourni, complet et parfois trop élargi. J'ai donc choisi de le réduire significativement :

En lien avec les spécificités de la prise en charge à domicile

En quoi le patient à domicile a-t-il accès à une certaine autonomie ?

En lien avec le partenariat dans le soin

Pour l'IDE, d'être seule sur place, l'absence d'équipe et de collègues a-t-elle un impact sur le soin ? Et sur le degré d'implication du patient ? Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?

Le patient a-t-il bénéficié d'une formation sur son dispositif ? Cela lui permet-il d'anticiper mes gestes ?

Saurait-il déceler une anomalie ? Quels sont les enjeux de l'éducation thérapeutique lors de soins à domicile ?

Qu'est ce que la relation de confiance ? Le fait d'avoir un seul interlocuteur, l'IDE choisie par le patient, favorise-t-il la relation de confiance ?

L'absence de mots dans les soins est-elle délétère ? Les silences lors du soin traduisent-ils une anxiété de la part du patient ? En quoi ce soin est-il potentiellement anxiogène pour le patient ?

En lien avec la place des proches

Quelle est la place des proches lors d'une prise en soin à domicile ?

2.3. Mon cheminement

Une seule situation d'appel m'est venue en tête. Avant même de rédiger ma situation, je pensais que mon

travail de recherche irait sur la communication soignant-soigné lors de soins à domicile. Tout semblait tracé. Finalement, et c'est ce qui fait son intérêt : en peaufinant l'écriture de ma situation, il semblait évident qu'il s'agissait alors de bien plus que ça. La communication entrait en effet en compte mais il émergeait l'idée d'un travail en binôme. En effet, si tout était si silencieux, si tout roulait, c'est qu'il s'agissait bien d'une partition connue sur le bout des doigts par l'étudiante que je suis et par le patient. Chacun joue son rôle, anticipe et écoute l'autre.

Et puis, d'autres questions encore me sont venues : finalement, peut-on parler de binôme ou bien de partenariat ? Le binôme est souvent attribué aux professionnels : binôme infirmier aide-soignant par exemple. Quelles sont les responsabilités de chacun dans un binôme de professionnels de santé ? Peut-on parler de responsabilités pour un patient ? Jusqu'où peut-on l'impliquer dans le soin ? Quelles sont les limites ?

L'idée de contacter une IDE² de cancérologie, qui accueille les patients suivis à domicile, m'a traversée l'esprit puis, en discutant avec ma référente de mémoire, j'ai réalisé que ce n'était pas pertinent. Cela aurait ressemblé à un comparatif : ce n'est pas l'idée de mon sujet et il est quasi impossible de faire un comparatif sur un travail si court, avec si peu de ressources et de moyens.

Alors, pourquoi ne pas contacter un patient expert pour réaliser un court entretien téléphonique, lui demander quelques références bibliographiques, lui demander ce qu'il pensait de ce partenariat patient infirmier ? Là encore, je me suis renseignée et finalement le patient expert est un "professionnel", un patient chronique oui mais formé, qui a un rôle de formation auprès de ses pairs et des soignants, d'information, il siège dans des commissions, peut donner son point de vue. Cela s'éloigne trop du profil du patient dont je m'occupe alors dans ma situation d'appel. J'ai donc pris la décision de ne pas contacter de patient expert.

De ma situation d'appel, de mes questionnements et de mon cheminement, la question de départ qui a émergé est la suivante :

En quoi le travail en binôme infirmier/patient impacte-t-il le prendre soin à domicile ?

² Lire partout : Infirmier diplômé d'Etat

3. Cadre conceptuel

3.1. Le soin infirmier à domicile

3.1.1. *Le rôle de l'infirmier libéral*

Aujourd'hui, notre système de santé s'oriente de plus en plus vers le maintien à domicile des personnes âgées, vers une diminution du temps d'hospitalisation voire l'évitement de certaines hospitalisations. Avec le système de médecine de ville, les infirmiers libéraux jouent un rôle indispensable dans le maintien à domicile des personnes âgées notamment. Ils dispensent des soins mais coordonnent aussi les autres actes dont peuvent bénéficier leurs patients, sont parfois le lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux. Ils sont au plus près du patient et ont une vision globale sur l'environnement, les aides dont pourraient bénéficier éventuellement le patient, les proches ressources, l'alimentation, les difficultés éventuelles rencontrées, les risques. L'infirmier libéral peut prendre soin de façon ponctuelle : un prélèvement veineux, une réfection de pansement post-opératoire ou accompagner sur la durée ceux qui en ont besoin : accompagnement à la toilette, aide à la prise du traitement médicamenteux, préparation de semainiers par exemple.

3.1.2. *Les soins infirmiers à domicile*

L'exercice infirmier libéral est à différencier de l'exercice infirmier au sein d'un SSIAD³ ou bien de l'HAD⁴. Le SSIAD est une structure médico-sociale, publique ou privée, à but lucratif ou non, qui assure sur prescription médicale des soins infirmiers auprès de personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap ou de personnes adultes âgées de moins de 60 ans et présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale ou bien une pathologie chronique mentionnée au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de la sécurité sociale.

L'HAD est "une forme d'hospitalisation qui permet, au domicile, d'assurer certains soins techniques, intensifs ou complexes que le secteur libéral, même coordonné, n'est pas en mesure de prendre en charge"⁵. Des patients de tout âge, atteints de pathologies chroniques, graves ou aiguës peuvent bénéficier de l'HAD.

3.1.3. *Cadre législatif de l'exercice d'infirmier libéral*

Pour s'installer en libéral, l'infirmier doit répondre à plusieurs conditions. Tout d'abord, il doit posséder un diplôme d'état infirmier obtenu en France, en Suisse ou dans un état membre de l'Union Européenne puis

³ SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

⁴ Hospitalisation à domicile

⁵<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/lhad-hospitalisation-a-domicile>

justifier, dans les six années précédant l'installation, d'une expérience professionnelle de 24 mois minimum soit 3200 heures acquises en services de soins généraux. L'infirmier doit être inscrit à l'Ordre national des infirmiers, selon l'article L 4311-15 du Code de la Santé Publique, modifié par l'Ordonnance n°2010 -177 du 23 février 2010 – art.14 : *“Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation prévue au premier alinéa et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers.”*

Ensuite, il doit se déclarer et être inscrit à la caisse primaire d'assurance maladie, selon le Code de Santé Publique et la loi n° 75-603 du 10 juillet 1975 relative aux conventions entre les caisses d'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale, du régime agricole et du régime des travailleurs non-salariés des professions non- agricole et les praticiens et auxiliaires médicaux. L'infirmier libéral doit être inscrit à l'URSSAF⁶ : cette inscription obligatoire pour tout travailleur indépendant permet de bénéficier du remboursement de ses dépenses de santé, d'être couvert en cas de maternité par exemple. Enfin, il doit ouvrir un cabinet répondant aux obligations légales décrites dans les articles R.4312-67 et R.4312-68 du Code de déontologie des infirmiers et du Code de la Santé Publique.

Lors de son exercice professionnel, l'infirmier libéral doit suivre le code de déontologie des infirmiers, au même titre que l'infirmier salarié (décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, art. L. 4312-1 à R. 4312-92 du Code de la Santé Publique).

3.1.4. *L'infirmier libéral, autonome*

Enfin, lorsqu'il s'agit de présenter les particularités du métier d'infirmier libéral, il me semble important d'évoquer la prescription infirmière. En effet, l'arrêté du 20 mars 2012 fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers (tous, pas seulement les IDEL⁷) sont autorisés à prescrire, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers : divers nécessaires à pansements, dispositifs pour traitement de l'incontinence et de l'appareil urogénital, dispositifs pour nutrition entérale, dispositifs pour perfusion, matériels de prévention d'escarres et dans le cadre d'un renouvellement à l'identique : contentions des membres, accessoires pour lectures de glycémie. Cette autorisation de prescription permet à l'infirmier libéral de bénéficier d'une certaine autonomie dans l'exercice de sa profession et lui évite de se tourner, sans avoir de recours, de façon systématique au médecin traitant.

L'autonomie de l'infirmier libéral ne passe pas que par la prescription, il gère aussi son planning, sa patientèle, tarifie ses actes, les transmet à la sécurité sociale, choisit ses outils de transmission, gère ses fournitures et son matériel...

Je vais maintenant aborder l'accompagnement pas à pas du patient vers l'autonomie, quand cela est possible.

⁶ Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

⁷ Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

3.2 D'un accompagnement vers l'Autonomie...

3.2.1 Définir l'accompagnement, le prendre soin

Le dictionnaire Le Robert définit l'accompagnement comme le fait de *“soutenir, d'assister quelqu'un”*. Le mot “accompagnement” a très probablement autant de définitions différentes et nuancées que de disciplines dans lequel il est utilisé. En effet, rien qu'au niveau des soins, on peut parler d'accompagnement à la toilette, d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, d'accompagnement pour réaliser un soin, d'accompagnement de la personne en fin de vie, d'accompagnement comme posture professionnelle. Ce terme est un peu un “fourre-tout” mais il semble universel et compris de tous. Il est cependant certain qu'il existe aussi autant de formes d'accompagnement possibles que de soignants.

Cette notion d'accompagnement me semble imbriquée dans la notion de prendre soin.

“Dans l'usage courant, la locution verbale “prendre soin” est utilisée pour exprimer l'idée de bien faire quelque chose, de prêter attention à quelqu'un ou quelque chose, de s'en soucier”⁸

Dans le monde soignant, *“prendre soin est une notion qui renvoie à des actions mises en oeuvre dans le cadre des pratiques de soin ou de l'accompagnement”⁹*. Prendre soin évoque immédiatement le souci de l'autre, la sollicitude, l'attention portée au patient. Cette expression est devenue courante dans le vocabulaire paramédical surtout. En effet, l'expression “prendre en charge”, évoque davantage du patient la notion péjorative de poids, de quelque chose de pesant et difficile. Prendre en soin est aujourd'hui une valeur fondamentale pour de nombreux soignants. Pour le soignant, Prendre soin implique alors d'accompagner en préservant l'autonomie

3.2.2 Définir l'autonomie

L'autonomie est étroitement liée aux notions de dépendance et d'indépendance. Il n'est pourtant pas évident de les définir. Selon Le Robert, la dépendance est le *“fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose”* ou bien *“état d'une personne qui ne peut accomplir sans aide les tâches normales de la vie quotidienne.”*

Et l'indépendance est définie comme *“l'absence de dépendance”*

Selon Le Robert, l'autonomie est la *“faculté d'agir librement, indépendance”*.

⁸ Michaux, L (2017). *Les mots du prendre soin Définitions, points de veille et questions de réflexion*. Seli Arslan, page 128

⁹ Michaux, L (2017). *Les mots du prendre soin Définitions, points de veille et questions de réflexion*. Seli Arslan, page 128

Et selon le dictionnaire médical, l'autonomie est distinguée en deux notions. L'autonomie peut être physique : *“qui possède une indépendance fonctionnelle”* et morale : *“a trait aux droits des patients, et à la liberté de choix dont le patient jouit, telle qu'elle est exprimée notamment dans la charte du patient hospitalisé.”*

Au niveau législatif, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de reconnaître l'autonomie du patient. Elle est un des principes fondamentaux du Code de la Santé Publique : *“l'autonomie de la personne doit être respectée, même si elle s'oriente vers une interruption de soin, mettant sa vie en péril “* (article L1111 -4 al 2)

Une fois l'autonomie du patient définie, il reste à savoir comment l'évaluer pour s'en servir à bon escient.

3.2.3 Evaluer l'autonomie

Il me semblait important après avoir défini l'autonomie, d'apporter quelques éléments d'information sur l'existence d'outils permettant d'évaluer l'autonomie.

En France, le principal outil utilisé est la grille AGGIR¹⁰. En effet, cette grille sert à mesurer le degré de perte d'autonomie pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Dix activités “corporelles et mentales” sont évaluées comme communiquer, faire sa toilette, se servir et manger, se déplacer, savoir alerter... Le degré de perte d'autonomie est évalué en GIR (Groupe Iso Ressource) de 1 à 6 : GIR 1 correspond au degré de dépendance le plus important et GIR 6 correspond à une complète autonomie (voir tableau en annexe). Le résultat indiquera alors si la personne peut bénéficier de l'APA¹¹.

Le soignant peut utiliser des outils d'évaluation mais peut aussi se fier à sa propre expertise, en observant, analysant, interrogeant, avec ses savoirs et ses expériences.

Lorsque le soignant a une vision du degré d'autonomie du patient qu'il accompagne, il peut mettre en application ses compétences d'éducation.

3.2.4 L'éducation thérapeutique, l'apprentissage

L'apprentissage est, selon le Larousse, *“l'initiation par l'expérience à une activité’ ou bien ‘l'ensemble des processus de mémorisation mis en œuvre par l'homme pour élaborer ou modifier les schèmes comportementaux spécifiques sous l'influence de son environnement et de son expérience.”* Je l'aurai plutôt défini avec mes mots comme l'acquisition de savoirs, de savoirs-faire et de savoirs-être.

¹⁰ Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

¹¹ APA = allocation personnalisée d'autonomie, destinée aux personnes âgées en France

“L'éducation thérapeutique concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou à la prévention des risques ou des complications d'une pathologie”¹²

L'éducation thérapeutique est un processus qui fait partie intégrante des missions de l'infirmier (compétence 5 - Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs). Ce processus implique le patient dans le maintien de sa santé et de sa qualité de vie, il permet de le placer au cœur de sa prise en charge. L'éducation thérapeutique regroupe de nombreuses notions et se décline en plusieurs activités : sensibilisation, information, apprentissage. Elle s'adresse à la fois au patient chronique et à ses proches.

Si le patient se sent concerné, s'implique dans sa prise en soins, il est alors capable de former une collaboration étroite avec le soignant.

3.3 ... à la naissance d'une collaboration

3.3.1 Adhésion thérapeutique

Selon le Larousse, l'adhésion est *“action de souscrire à une idée ou à une opinion, de s'affilier à”* et l'adjectif thérapeutique est *“ce qui est relatif au traitement des maladies”*

L'adhésion thérapeutique est fortement renforcée par l'éducation thérapeutique puisqu'il semblerait que ce soit la finalité recherchée.

L'adhésion thérapeutique est un concept défini comme *“l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information...) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient [...] il implique activement le patient dans sa prise en charge thérapeutique”¹³*

Christophe Debout¹⁴ dit alors que *“le patient ne se soumet pas à sa thérapeutique mais y adhère”*

Il est difficile de mesurer le degré d'adhésion thérapeutique sinon par l'observation du comportement du patient, son observance au traitement par exemple.

La place du patient adhérent à ses soins, tend à s'affirmer davantage et le patient peut revêtir plusieurs statuts.

¹² Formarier, M et Jovic L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Editions Mallet Conseil, page 152

¹³ Ankri, J., Henrard, J-C. et Le Désert, D (1995). Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature, *Santé Publique*, vol 7 n°4, p 427-441

¹⁴ IADE, cadre formateur

3.3.2 Patient acteur, patient partenaire, patient ressource ou encore patient expert ?

Le terme Patient vient du latin *patiens* qui signifie “*supporter, endurer, souffrir*”. Cette définition place le patient d’emblée dans une posture passive face au soignant. Puis, de nombreux termes ont émergé ces dernières années, plaçant le patient réellement au cœur de sa prise en charge.

Patient acteur : depuis plusieurs années, le patient a les moyens de ne plus être passif, il est acteur de son parcours de soin. Il participe aux décisions le concernant. Le concept dépasse alors la vision paternaliste de la relation soignant/soigné. Cette vision, qui a longtemps été d’actualité, où le soignant “sait” et le patient “suit”

“Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu’il lui fournit, les décisions concernant sa santé.” (art L. 1111-4 du Code de la Santé Publique)

Patient partenaire : Selon le Larousse, partenaire signifie “*personne, groupes auxquels on s’associe pour la réalisation d’un projet*”.

Dans le domaine de la santé, le partenariat est “*l’association d’une personne, de ses proches, des infirmières qui reconnaissent leurs expertises et leurs ressources réciproques dans la prise de décision par consensus visant la réalisation du projet de vie de la personne*”¹⁵. Cette définition est proposée par Lefebvre¹⁶. La notion de patient partenaire se révèle plus forte que la notion d’un patient dit acteur ou d’un patient dit au cœur de sa prise en charge.

*“Le professionnel de santé quitte l’approche paternaliste du patient pour avoir une approche de partenariat avec le patient pour l’acquisition progressive de compétences vers l’autonomie. Cette personne sera reconnue dans son parcours de soin, apte à faire des choix en pleine liberté”*¹⁷

Sa pathologie lui a été expliquée, il comprend le traitement qu’il suit, il a donné son avis dans le choix du traitement, sa parole est reconnue, il est “*considéré dans sa singularité*”¹⁸

Au niveau législatif, le concept de patient partenaire est intégré depuis la loi du 4 mars 2002 dans le cadre de la démocratie sanitaire : “*le patient et ses représentants en association sont devenus des partenaires des professionnels de santé, donnant leur point de vue sur le système de soin, sur le projet thérapeutique. Le consentement du patient est recherché, une information claire, loyale et adaptée est à lui donner*”¹⁹

¹⁵ Les concepts en sciences infirmières, Editions Mallet Conseil, 2009, p112

¹⁶ **Henri Lefebvre**, (1901-1991), philosophe français, consacré à la sociologie, la géographie et au matérialisme historique en général. Influencé par la pensée de Karl Marx, il fait partie des premiers intellectuels qui diffusent en France la connaissance du marxisme.

¹⁷ LEFORT, H et PSIUK, T. (2019) Patient partenaire, patient expert de l’accompagnement à l’autonomie. Editions Vuibert, page

¹⁸ LEFORT, H et PSIUK, T. (2019) Patient partenaire, patient expert de l’accompagnement à l’autonomie. Editions Vuibert, page 15

¹⁹ Loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, titre II, Démocratie sanitaire

Patient ressource : *“Les patients ressource sont des personnes ayant une expérience vécue du cancer. Ils sont invités à partager cette expérience avec d’autres personnes traversant la même épreuve et raconter leur manière personnelle de surmonter leurs difficultés”* ²⁰. Voici la définition que j’ai notée, en lien avec les pathologies cancéreuses. Ce concept de patient ressource doit probablement exister dans d’autres domaines, tels que celui des pathologies chroniques.

L’expérimentation du patient ressource a été confiée par l’Institut national contre le cancer à l’association La Ligue contre le Cancer en 2015, dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019.

Patient expert : *“On appelle ainsi le patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l’éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l’expression des autres patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes.”*²¹

Selon l’HAS, en posant les cadres de l’éducation thérapeutique du patient, la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (HSPT) de 2009 a beaucoup contribué à l’essor des patients-experts.

3.3.3 Soignant-soigné : un binôme, un travail d’équipe, une collaboration ?

Avant de parler de binôme, je souhaite définir coopération et collaboration car selon moi, pour qu’il y ait binôme, il doit exister auparavant une forme de coopération/collaboration. Deux termes qui sont d’ailleurs très proches : le terme de coopération est défini selon le Larousse par *“l’action de participer à une œuvre commune”* et collaboration par *“l’action de participer à une œuvre avec d’autres”*

Ensuite, selon le Larousse, le binôme est *“un ensemble de deux éléments ou personnes”*. Souvent employé lorsque l’on parle de professionnels de santé mais au sens strict du terme, binôme peut s’appliquer à tout ensemble de personnes travaillant ensemble.

Enfin, j’ai souhaité rechercher la définition du terme équipe : *“groupe composé de plusieurs personnes, oeuvrant à une tâche commune”*²². Dans son ouvrage, Lise Michaux définit l’équipe au sens d’équipe de professionnels de santé mais la phrase suivante conviendrait tout à fait à une équipe formée par un patient et un soignant : *“Ce sont la complémentarité des compétences, celles-ci étant toujours investies en fonction de chaque situation, et la force des regards différents qui sont recherchés dans le travail en collaboration”* ²³

Après avoir étayé mes questionnements par ces quelques apports théoriques, non exhaustifs, je vais vous présenter mon recueil de données et la méthodologie que j’ai utilisée.

²⁰ <https://www.ligue-cancer.net/>, consulté le 25/03/21

²¹ HAS, mai 2016 puis juin 2019, *Patients et soignant vers un nécessaire partenariat*

²² Michaux, L (2017). *Les mots du prendre soin Définitions, points de veille et questions de réflexion*. Seli Arslan, page 68

²³ Michaux, L (2017). *Les mots du prendre soin Définitions, points de veille et questions de réflexion*. Seli Arslan, page 69

4. Méthodologie du recueil de données

Il est à noter qu'il existe de nombreuses méthodes et outils pour recueillir des données, et qu'ici l'entretien semi-directif est l'outil proposé par l'IFSI²⁴.

4.1 Les objectifs du guide d'entretien

J'ai préparé deux entretiens semi-directifs afin d'étayer ma question de départ. Pour réaliser ces entretiens, j'ai construit mon guide autour de trois objectifs principaux : **identifier les spécificités du prendre soin à domicile**, puis **identifier le concept d'autonomie, ses atouts et ses limites** et enfin **identifier le concept de patient partenaire**. Ces trois axes m'ont permis de recueillir des données en lien avec ma question de départ mais aussi de structurer mon analyse de façon plus pertinente. Autour de chacun de ces trois objectifs j'ai rédigé trois à quatre questions et leurs relances, en cas d'incompréhension de la part de mon interlocuteur, pour le guider. Ces guides d'entretiens sont visibles en *annexe II*.

4.2 La population cible

J'avais souhaité, dans un premier temps, mener des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers issus de services différents : soins à domicile et service hospitalier. J'avais en tête de réaliser une comparaison de la relation de soin, de l'implication du patient et d'une collaboration soignant/soigné. J'aurais voulu mettre en exergue les particularités du domicile au travers d'une comparaison. En réalité, ce n'était pas réalisable au vu du travail de recherche demandé ici : un travail assez court, avec des moyens limités.

J'ai donc choisi de mener mes entretiens auprès de deux infirmières qui exercent comme salariées dans une association, un Centre de Soins infirmiers à domicile, de préférence avec une expérience différente.

Par souci de confidentialité, les prénoms des deux infirmières interrogées ont été changés.

Voici le profil des infirmières que j'ai interrogé :

Prénom	Âge	Ancienneté d'exercice infirmier	Ancienneté dans les soins à domicile	Ancienneté dans le service	Particularités
Laura ²⁵	26 ans	3,5 années	3,5 années	3,5 années	<i>une année de prépa avant la formation, auparavant a travaillé comme aide à domicile, a travaillé comme bénévole dans le monde du handicap</i>

²⁴ Institut de Formation en Soins Infirmiers

²⁵ Prénom fictif

Nadine ²⁶	54 ans	33 années	33 années	33 années	<i>originnaire de la commune sur laquelle se situe le centre de soins, connue des patients, "connue depuis longtemps"</i>
----------------------	--------	-----------	-----------	-----------	---

4.3 L'organisation des entretiens

En décembre dernier, j'ai contacté un Centre de Soins et lancé un appel à volontariat. Suite à nos échanges par mail, c'est la cadre du Centre de Soins qui s'est chargée de relayer ma demande auprès de son équipe, très réceptive et enthousiaste à cette idée. Nous nous sommes ensuite donné rendez-vous au Centre de Soins courant janvier afin de mener les entretiens. J'ai rencontré ces deux infirmières pour la première fois lors des entretiens et j'avais seulement donné comme information le thème de mon sujet et rassuré quant à la difficulté des questions.

Nous sommes installées dans un bureau à l'étage, au calme. Chaque entretien a duré une vingtaine de minutes et était enregistré à l'aide de mon téléphone afin de pouvoir le retranscrire ensuite. (*entretiens visibles en annexe III*).

4.4 Bilan du dispositif

Pour la population ciblée, j'avais bien face à moi deux infirmières avec des durées d'expérience différentes au sein du Centre de Soins mais deux infirmières qui n'ont pas eu d'expérience autre et toutes les deux au même statut : celui de salariée. Je me rends compte que cela aurait pu avoir un impact sur la manière dont elles appréhendent le soin et tout ce qui l'entoure et donc avoir un impact sur leurs réponses.

Malgré le fait que nous nous rencontrions pour la première fois, l'échange s'est fait très facilement. Je pense avoir d'emblée pu les mettre à l'aise l'une et l'autre. Le guide d'entretien était bien structuré, il m'a permis de faciliter mon analyse ensuite et au cours de l'entretien les questions s'enchaînaient bien, voire induisaient une réponse avant même que je pose la question.

Je me suis cependant sentie limitée par le guide d'entretien qui m'a, selon moi, empêchée d'échanger et de rebondir sur ce que l'infirmière disait. J'ai d'ailleurs échangé avec elles à ce propos après l'entretien, en disant tout ce que j'avais trouvé très intéressant et que j'avais très envie de partager telle ou telle expérience mais que je me devais de suivre ce qui était écrit sur le guide. En effet c'est important, afin que les deux entretiens soient "les mêmes" et puissent être analysables.

Parmi les limites de mon entretien, je constate que mon guide ne contenait pas de relances pour ce qui relève du soin dit "technique". Ma situation de départ concerne une situation de soin technique, un

²⁶ Prénom fictif

pansement stérile, d'un dispositif médical, avec un protocole minutieux à suivre. Sur mes deux entretiens je n'ai presque aucune donnée à traiter à ce propos.

J'ai aussi oublié une partie importante avec Laura : lui demander ce qu'évoquait pour elle le terme de "patient partenaire" et pour les deux je ne me suis pas servie de ma relance "*formation*" à la question "*quelles ont été les ressources en cas de difficultés dans un partenariat ?*"

Enfin, dans la question "*comment appréhendez-vous la relation avec le patient ?*", je n'ai pas su me faire comprendre et le mot "appréhendez" n'a pas été compris au sens auquel je pensais mais plutôt comme "appréhension". Les deux infirmières ont réagi rapidement, en me disant que non elles n'avaient pas d'appréhension du tout. Peut-être un peu comme si elles s'en défendaient ?

Enfin, pour la retranscription, j'ai eu un peu plus de difficultés à retranscrire et à analyser le second entretien, celui de l'infirmière Nadine. Des choses étaient dites puis leur contraire, il y avait des phrases laissées en suspens.

Je suis contente du résultat dans l'ensemble, car nous avons parlé de choses nouvelles, de choses auxquelles je n'avais pas pensé en amont : l'importance de la temporalité, du travail d'équipe et de l'expérience du soignant.

Il est à noter que les résultats obtenus ici ne peuvent être généralisés, compte tenu du faible échantillon de personnes interrogées. Je vais maintenant développer cette partie dans mon analyse.

5. L'analyse des entretiens

Avec les données recueillies, je vais tenter de mener une analyse et d'apporter quelques éléments de réponse à ma question de départ. Pour chacun des trois objectifs, j'ai d'abord relevé les informations puis je les ai classées par items, sous-thèmes et thèmes dans des tableaux. Ce sont ensuite ces tableaux qui m'ont permis d'écrire les commentaires d'analyse suivants (*vous pourrez trouver ces tableaux en annexe IV*)

Il est à noter que j'ai choisi de vous présenter mon analyse interprétative et descriptive simultanément, pour en simplifier la compréhension

Premier objectif : identifier les spécificités du prendre soin à domicile

En identifiant les spécificités du prendre soin à domicile, plusieurs thèmes ont émergé : le profil des patients, les soins réalisés, la communication inter-équipe, les lourdeurs administratives et la charge mentale.

Le **profil des patients** a d'abord été décrit par Laura et par Nadine au travers de **leur âge** : des patients âgés, des patients plus jeunes : *“tout âge, aussi bien des enfants, des personnes âgées comme des personnes actives”* selon Laura. Puis ce sont **les pathologies** qui ont été abordées : prise en soins de patients **chroniques et de patients “ponctuels”** à proportion de 50/50 et ensuite **des patients bien connus** par les soignants : *“on connaît son contexte, on connaît sa famille, on connaît son passé, ses enfants”* nous dit Nadine.

Ce sont ensuite **les soins réalisés** dont ont parlé les infirmières. On peut noter qu'il y a **des soins techniques**, qui relèvent du **savoir-faire** et des **soins relationnels**, qui relèvent du **savoir-être**. Laura nous parle d'une **diversité de soins** techniques, mais elle en décrit peu (administration de traitement, injection, prise de sang). Laura ne parle pas de soins de nursing mais par contre elle évoque *“du suivi psychiatrique, du suivi au niveau cardiaque, du suivi au niveau des traitements, du suivi de programme thérapeutique, de l'accompagnement”* qui relèvent, à mon sens, de soins relationnels et éducatifs. Nadine, quant à elle, parle beaucoup **des soins du rôle propre** et durant tout l'entretien : *“je fais beaucoup de soins d'hygiène”* mais ne décrit pas de soins techniques, ni éducatifs.

Laura dit *“on doit s'adapter”, “l'approche n'est pas du tout la même [selon le patient]”*. L'**adaptation** fait partie des **qualités du soignant**, et elle peut être classée dans les savoirs-être selon moi. Cette idée est renforcée la notion de relation à domicile parfois compliquée : *“il y a des gens qui sont un peu réfractaires à notre venue”*. Selon Laura, lorsque le patient n'est pas demandeur d'un passage infirmier, il est parfois réfractaire et créer une relation se fait mais a besoin de plus de temps.

La **notion d'équipe** est forte : les deux infirmières parlent des **temps de transmissions** notamment. Cette notion semble encore plus parler à Laura : *“on prépare les tournées du lendemain, pour les collègues”, “on est 14 ici à travailler, on a un gros travail d'équipe” “c'est notre politique de soins”*. Nadine en parle beaucoup moins. Est-ce du fait de l'expérience, de la confiance en soi ? Lorsqu'on a davantage d'expérience, est-ce que l'on s'appuie moins sur les collègues ?

Le thème de **lourdeurs administratives** a émergé ensuite avec la préparation des tournées du lendemain, les appels aux médecins. C'est Laura qui l'évoque avec *“on fait de l'administratif” “on gère tout”, “on fait un peu de rangement”*... On retrouve enfin dans les réponses des allusions à une **charge mentale** importante parfois : *“c'est dur, ils sont plus durs à supporter”* nous dit Nadine.

Deuxième objectif : Identifier le concept d'autonomie, ses atouts, ses limites

Les thèmes suivants ont émergé en lien avec le concept de l'autonomie : respect du maintien à domicile, en fonction de l'âge, de l'état de santé, volonté de savoir, gain d'autonomie pour le patient, facteur temps, être dans la juste mesure, lâcher prise difficile, ressenti de l'IDE.

Tout d'abord, Laura et Nadine semblent être d'accord sur l'objectif principal lorsque l'on soigne à domicile : le **respect du maintien à domicile**. Elles mettent en corrélation directe l'autonomie et cet objectif de maintien à domicile.

En effet, plusieurs fois nous retrouvons les termes de *"au maximum"*, *"c'est hyper important"*, *"on développe vraiment ça"*. La notion de **temps** intervient ici aussi *"permet aux gens de rester le plus longtemps possible"* avec la sensation d'une échéance, pour chaque patient, à cette forme de prise en soin.

Les infirmières précisent cependant que l'autonomie du patient est dépendante de **plusieurs facteurs** : ce sera en fonction de l'**âge**, en fonction des **capacités**, de la **maturité**, de l'**état de santé** du patient et de l'**évolution de la maladie**.

Mais l'autonomie dépendra aussi de la **volonté du patient** de savoir, de comprendre, de connaître. Sa **capacité à gagner en autonomie**, à **prendre des responsabilités et à faire seul** entrent en compte. Enfin, le **facteur temps** revient beaucoup dans les réponses car Laura et Nadine nous disent bien que cela se fait *"au fur et à mesure"*.

Ensuite, les infirmières interrogées évoquent de nombreuses fois le **"laisser faire"**. *"on les laisse faire plus de choses eux-même"*.

Cette notion semble renvoyer à la notion de **contrôle**. En effet, il semblerait qu'il est du **rôle soignant** de contrôler ce qui se passe durant le soin, du fait de son **champ de compétences**. Et cela mène parfois à un **lâcher prise difficile**. On ressent ici, lors de l'analyse des réponses, qu'il est nécessaire pour le soignant d'accompagner, de laisser faire mais tout en contrôlant, en étant **dans la juste mesure** : *"les patients ne peuvent pas tout gérer non plus"*

Enfin, avant de laisser faire, pour savoir si **le patient est prêt**, l'infirmière **évalue l'autonomie** sans forcément utiliser d'outils : *"on se dit que ce patient est prêt pour réaliser ses soins"*. Cette évaluation est faite au **quotidien, naturellement**. Elle semble être de l'ordre du **ressenti du soignant** : *"c'est vraiment un ressenti"*.

Nadine nous dit même que *"dès le début on le sait"* : un ressenti **dès le début** de la prise en soin, peut-être basé sur l'**expérience de l'infirmier** ? Cette donnée laisse penser à une **rapidité** d'analyse, une analyse

fiable, qui s'appuie sur les **compétences et les connaissances d'une infirmière** qui a déjà rencontré ces situations de nombreuses fois auparavant. Elle dégage une assurance, **une confiance en ses acquis** solides.

Troisième objectif : Identifier le concept de patient partenaire

Quant à l'identification du concept de patient partenaire, on peut relever notamment la temporalité, l'accompagnement pas à pas, le patient acteur de sa santé, les pré-requis au partenariat, le risque d'erreur, le bien-être comme finalité.

Tout au long de l'entretien, la notion de **temporalité** est là. Le temps est d'abord évoqué dans le sens où le soignant passe un certain temps chez le patient, le temps passé est **variable selon le soin** et il est mis en corrélation avec la rapidité de **mise en place d'une collaboration** pour Laura : *“plus de temps on passe, plus vite elle se met en route”*.

Ensuite, mettre en place un partenariat nécessite du temps. L'accompagnement se fait **pas à pas, en douceur** et il est **progressif**.

Enfin la temporalité est abordée lorsque Nadine évoque un patient tantôt autonome, tantôt plus fatigué le lendemain et donc moins dans la capacité de faire. Le facteur temps est donc une donnée variable avec un impact fort sur la prise en soin.

Ensuite, patient partenaire évoque pour les deux infirmières **un patient au coeur de sa prise en charge**. Il s'agit souvent, selon elles, d'une **démarche qui vient du patient**. Ils s'investissent et c'est **une plus value** énorme. *“Beaucoup sont dans la demande de ça”*. Lorsque je parle d'**implication du patient**, Laura évoque *“un travail en collaboration en quelque sorte”* avant même que je pose la question sur la collaboration.

Les infirmières ont cependant relevé qu'il existe parfois **des freins à la mise en place d'une collaboration** soignant/soigné.

En effet, il existe des **pré-requis au partenariat** avec le patient. Premièrement, Nadine insiste beaucoup sur le fait que *“tout dépend de leur autonomie”* : **l'autonomie** est selon elle un indispensable pour mettre en place une collaboration. Elle place le manque d'autonomie par définition un comme un frein majeur au même titre que la présence de **troubles cognitifs** majeurs : *“s'ils sont vraiment pas autonomes c'est par rapport à des troubles cognitifs”*. Elle parle alors d'**assistanat**. De plus, **l'âge** des patients entre en ligne de compte. La tendance est à accompagner davantage les jeunes que les personnes âgées vers un partenariat. Pour finir, le pré-requis indispensable selon les infirmières est la **confiance envers le soignant** : *“ce binôme là il se crée naturellement”* nous dit Laura.

Un autre frein à la mise en place de la collaboration avec le patient est celui du **risque**, le **risque d'erreur** notamment comme l'illustre Laura : *“si on parle de médicaments, le principal risque c'est qu'il y ait erreur dans les traitements, un mauvais dosage ou qu'il en manque”*. Nadine renforce cette idée en disant que le risque c'est **le danger** : *“si on le laisse faire certaines choses, qu'il se mette en danger”*.

Enfin, la mise en place d'une collaboration peut-être freinée par **l'entrée dans l'intimité du patient** comme **mal vécue**. Chez certains patients, le passage d'infirmiers est perçu d'emblée comme **une contrainte**. Cette contrainte peut être **imposée** par un médecin traitant qui autorise un maintien à domicile sous conditions, par une hospitalisation écourtée mais à condition d'être suivi à la maison : *“il y a des gens qui sont un peu réfractaires à notre venue”*. Le passage infirmier peut être associé pour le patient à **une remise en question** de ses capacités. Accepter le soignant, c'est **accepter qu'on a besoin d'aide**. C'est en quelque sorte une **étape du deuil** par rapport à son autonomie.

Pour finir, les infirmières développent les points positifs d'un **partenariat qui fonctionne** en parlant de la finalité : le **bien-être du patient** et le **bien-être au travail du soignant**. En effet, elles perçoivent ce partenariat comme un **soutien psychologique** pour le patient : *“l'aider psychologiquement, le fait qu'on l'aide dans son autonomie”*. Nadine parle de **valorisation** pour le patient. Elle parle aussi de valorisation pour elle en tant que soignante, et associe cela à son **expérience professionnelle** : *“j'ai évolué dans ma relation au patient”, “je suis plus sûre de moi, plus sûre de mes gestes” “capable de prendre des initiatives par rapport à il y a 33 ans”*. On perçoit dans son discours une **confiance en soi** et de **solides acquis d'expérience professionnelle**.

Je termine ici mon analyse et vais désormais passer à la partie discussion.

6. Discussion

Je souhaite maintenant mettre en corrélation les apports théoriques de ma question de recherche et l'analyse de mon recueil de données, je vais aussi peaufiner et alimenter mon analyse interprétative au sein de cette partie discussion, tout en apportant des éléments nouveaux au sujet du temps et de la notion d'expérience en lien avec la confiance en soi du soignant. Mon expérience sur le terrain permettra elle aussi d'alimenter cette partie. Bien évidemment, il ne s'agit pas forcément de trouver des réponses et cette partie fera même naître de nouveaux questionnements.

Dans un premier temps je ferais le point sur les soins infirmiers au domicile, sur le rôle de l'autonomie dans la mise en place d'une collaboration avec les pré-requis du côté du patient, ensuite je parlerai de la notion

de temps avant de finir cette partie sur la place de l'expérience professionnelle du soignant dans la collaboration soignant-soigné et le rôle de la confiance en soi en lien avec mon positionnement de future infirmière.

En mettant en corrélation les apports théoriques de mon cadre conceptuel, les données recueillies lors des entretiens et aussi celles recueillies au cours de mon expérience professionnelle, je constate qu'en effet la population soignée à domicile est **très diversifiée** tout comme les durées de prises en charge, la lourdeur des soins, l'implication du patient, tout peut être différent d'une maison à l'autre. J'ai cependant remarqué, de mon côté, qu'il s'agissait d'**une population plutôt vieillissante**, avec de nombreux soins d'hygiène. C'était lors d'un stage de deuxième année et cela est bien sûr dépendant du choix de l'IDEL²⁷ de réaliser tel ou tel acte. En effet, l'IDEL étant un professionnel indépendant, il est libre de **choisir sa patientèle** et de refuser de réaliser un soin s'il le souhaite, s'il le justifie dans son organisation.

Les IDE interrogées, quant aux soins, ne choisissent pas la population soignée, ni les actes réalisés. Tout ceci est géré par une coordonnatrice, qui peut cependant tenir compte de l'avis de ses équipes. Du côté du patient, ce n'est pas un choix non plus, car s'ils font appel au Centre de Soins, c'est sans savoir qui viendra parmi les 14 infirmiers qui y travaillent. Cela peut avoir un impact sur la relation de soin : *"parfois, les patients sont réfractaires à notre venue"*.

Il me semble important de souligner que selon le mode d'exercice infirmier à domicile, il peut y avoir un impact tant **du côté du patient et du côté du soignant** sur **l'investissement au soin**, selon qu'il ait été **choisi ou imposé**. Comment cela s'en ressent dans la prise en charge ?

Ensuite, dans ma partie théorique j'ai décrit un **cadre législatif lourd**, avec beaucoup de gestion administrative. Lors de mes recueils de données, nous retrouvons de la lourdeur administrative mais ce n'est pas la même. Elle est très probablement moins importante au Centre de Soins car les IDE interrogées sont en réalité salariées et ce ne sont pas elles qui entrent les actes infirmiers par exemple. La **charge mentale** sera différente, les enjeux et la responsabilité que portent les IDE ne seront pas les mêmes. Il serait pertinent de savoir dans quelles mesures cela peut **impacter l'implication du soignant au soin** ? Je pense par exemple à **la disponibilité physique mais aussi mentale**. Et du côté du patient, de quelle manière cela est-il perçu ?

Par rapport à **la notion d'équipe**, c'est un sentiment fort retrouvé lors de l'analyse de mes entretiens. Je pense que cela est dû, là encore, au statut de l'infirmier salarié. L'équipe peut être une **véritable ressource** pour le soignant. Elle est celle vers qui se tourner en cas de besoin. Elle peut le conforter voire le **rassurer** en cas de doutes et permet parfois de **justifier sa prise en charge** auprès de la personne soignée. L'équipe

²⁷ lire partout : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

peut revêtir aussi un rôle de protection pour le soignant, en cas de litige. Pour un IDEL, la notion d'équipe prend-t-elle autant d'importance ? Vers quelles ressources l'IDEL peut-il se tourner ?

Parlons maintenant de l'autonomie, celle du patient. Selon les soignantes que j'ai interrogées, l'**autonomie du patient** semble être un **pré-requis fondamental** lors de la mise en place d'une **collaboration soignant-soigné**. Mais est-ce la seule ? Et l'**éducation thérapeutique**, quel rôle joue-t-elle dans la collaboration ? J'avais décidé d'en parler au début de ma question de recherche mais quasi aucune donnée à ce sujet n'est ressortie lors de mes entretiens. Il me semble pourtant que pour acquérir de l'autonomie, dans un domaine où le patient n'excelle pas d'avance, où cela n'est pas inné (comme réaliser sa toilette par exemple est intégré, alors que changer un support de stomie ne l'est pas), il est important d'acquérir par l'**apprentissage de savoirs-faire et de savoirs-être** une **posture réflexive**, de développer des **capacités** en lien avec ses soins, sa pathologie, son suivi, pour pouvoir la comprendre et **s'investir** au service de sa propre santé, son maintien, éviter les dangers en repérant une anomalie et en alertant.

Pour l'illustrer, voici une définition de l'**autonomie de l'apprenant**²⁸ : *“démarche progressive par laquelle une pratique éducative invite un apprenant à intégrer son processus d'apprentissage dans le but de s'approprier cette démarche à des fins identiques ou transposables. L'autonomie a plusieurs dimensions telles que la motivation (enjeux et finalité personnels) et les capacités cognitives (gérer les ressources pour travailler en collaboration, maîtriser les outils d'apprentissage)”*

Et finalement, en cas d'absence **d'autonomie, physique ou mentale** en rapport avec les fonctions cognitives altérées, pour faire référence aux propos de Nadine, est-ce réellement impossible de mettre en place une collaboration avec le patient ?

Pour en terminer sur l'autonomie, je voulais parler de l'**évaluation** : en effet, j'évoquais page 15 l'**utilisation d'outils** mais aussi que le soignant pouvait se fier à **sa propre analyse**. Cette analyse se ferait en lien avec l'expérience, les acquis du soignant, qui devient **expert** en ce domaine (expertise dont je parlerai un peu plus loin). Mais si l'évaluation est propre à chaque soignant, il me paraît important de dire que cette **donnée subjective est donc variable**.

Nous l'avons compris, l'autonomie est indispensable à mesurer lors de la mise en place d'une collaboration mais pas seulement. Il s'agira aussi d'évaluer la **motivation du patient**, ses **capacités**. Ce sont d'ailleurs des points étape lorsque l'on monte un projet d'éducation thérapeutique. Jean-François d'Ivernois²⁹ et Rémi

²⁸ Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5ème édition. Setes Edition, page 57

²⁹ Médecin, Professeur Emérite, Université Paris 13

Gagnayre³⁰, tous deux membres du bureau de la SETE³¹ ont défini le **diagnostic éducatif** comme une **démarche d'identification des besoins** du patient avec l'exploration des dimensions bioclinique (*qu'a-t-il ?*), socioprofessionnelle (*que fait-il ?*), dimension cognitive et pédagogique (*que sait-il ?*), psychoaffective (*qui est-il ?*), motivationnelle (*quel est son projet ?*).

Un autre pré-requis, celui-ci impondérable, à la mise en place d'une collaboration soignant-soigné : **le temps**. Le temps est défini comme *"l'ensemble d'une durée"*³². Il est subjectif puisqu'il sert à cadrer, à définir quelqu'un ou quelque chose dans le passé, le présent, le futur mais aussi *"évoque la question de l'infini, de la continuité"*. La notion de temps *"diffère selon l'individu qu'il soigne ou qu'il soit soigné"*. Il est vrai que selon l'âge du patient, selon l'évolution de sa pathologie, selon l'endroit où il se trouve, la notion du temps peut paraître différente. Par exemple, un patient hospitalisé pour un motif quelconque peut trouver *"le temps long"*. Je cite cet exemple car j'ai souvent eu ce genre de retours lorsque je m'inquiétais de comment se sentait la personne.

Laura et Nadine nous l'ont bien dit, parmi les particularités du soin à domicile : **les prises en charge sur de la longue durée**. J'ai eu l'occasion de le vérifier lors de mon expérience : plus longtemps dure la prise en charge, plus de *temps* nous passons auprès du patient et mieux nous le connaissons. Cela permet de réaliser une prise en charge de qualité et **adaptée au plus près des besoins** de la personne soignée. On connaît son histoire de vie, son environnement, on connaît ses réactions, ses craintes. Cela permet aussi, à mon sens, un dialogue et une communication facilités.

Enfin, **la confiance** qu'accorde le patient au soignant est très importante aussi pour mettre en place une collaboration. Pour le patient, il s'agit le plus souvent d'un ressenti. Je suis persuadée que lorsqu'il existe une **confiance mutuelle**, le patient sera plus enclin à collaborer. Chacun connaît l'autre, le considère, il est pour lui une ressource. Selon le Larousse, la confiance est *"le sentiment de se fier entièrement à quelqu'un, à quelque chose"*.

Nous pourrions nous interroger ensuite si la **confiance du patient envers le soignant** est reliée au **niveau d'expertise** du soignant ? En effet, l'infirmière expérimentée doit être capable d'avoir des jugements indépendants, sans entrer pour autant dans le diagnostic ou le pronostic puisque ces fonctions relèvent du médecin. L'IDE doit être capable de **prendre des initiatives**, elle comprend ce qu'elle fait et n'agit pas en tant que simple exécutant.

Parlons tout d'abord de **l'expérience** qui est le fait d'acquérir, de développer des connaissances par leur

³⁰ Médecin, Professeur des Sciences de l'Éducation. Directeur du Laboratoire de Santé Publique Université Paris 13

³¹ Société d'éducation thérapeutique européenne

³² Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5ème édition. Setes Edition, page 536

pratique. Pour Carl Rogers³³, *“c’est un processus expérientiel où le vécu, le senti, et l’émotion tiennent la plus grande place”*³⁴. Cette approche participe à créer un **climat de confiance** entre le soignant et le soigné, qui seront capables **de faire face ensemble** à des situations nouvelles.

Il est vrai, j’ai pu m’en rendre compte au cours de mon **expérience professionnelle**, que lorsque l’on a vécu une situation, nous en avons tiré des enseignements et sommes capables d’y faire face à nouveau, voire d’appréhender **avec davantage d’outils** une situation totalement différente et nouvelle.

L’expérience professionnelle est définie comme *“l’acquisition de savoir-faire tout au long de sa carrière professionnelle”*. J’y ajouterai l’acquisition de savoir-être car, selon moi, le soignant est en perpétuelle **adaptation et affine sa posture** à chaque instant.

Alors, où s’arrête l’expérience, où commence **l’expertise** ? Se situent-ils vraiment sur le même plan ? Je pourrais définir l’expertise comme **une spécialisation**. Je suis convaincue que l’infirmier peut devenir expert par l’exercice au sein d’un service tel que la dialyse par exemple.

Par exemple, pour ce qui est de l’évaluation de l’autonomie du patient sur le terrain, c’est de l’ordre de **l’intuition de l’IDE**. On a même parfois l’impression pour Nadine que c’est du tout ou rien, elle a cerné au premier regard le patient et ce qu’il était capable de faire ou non. Cette analyse relève-t-elle de son expérience ou de son expertise ?

Voici maintenant une autre anecdote beaucoup plus récente : je suis actuellement en stage de médecine oncologique. Nous prenons en soin depuis plusieurs jours Monsieur B, 68 ans, hospitalisé pour des douleurs abdominales sévères. Ce monsieur, a qui l’on a diagnostiqué l’année passé un adénocarcinome de la prostate, était d’abord hospitalisé il y a quelques jours en médecine conventionnelle avant d’être transféré dans notre unité de soins continus pour surveillance car la saturation en oxygène baissait de façon alarmante. Après une série d’exams, il se révélait en effet la présence d’une masse, très probablement un cancer primitif du poumon avec un épanchement pleural bilatéral. Cliniquement, le patient semblait confortable sur le plan respiratoire quand bien même sa saturation en oxygène descendait parfois aux alentours de 80%. Monsieur B. montrait cependant quelques signes de réactivité moindre et semblait “ailleurs”. Inquiète, l’infirmière me dit qu’elle ne comprend pas pourquoi l’équipe médicale ne prescrivait rien, elle aurait ici vu l’intérêt d’administrer un diurétique. Elle n’en a pas dit plus mais j’ai compris que le but serait de soulager le patient en drainant un peu l’épanchement pleural.

Selon moi, cette **analyse** est tout à fait **pertinente** et relève de **l’expertise infirmière**. En effet, le choix des thérapeutiques appartient au champ de compétence du médecin. L’infirmière, qui s’est appuyée ici sur ses acquis, ses connaissances, son expérience avait pointé du doigt la solution thérapeutique juste. Cela veut

³³ **Carl Rogers** (1902-1987), psychologue humaniste américain

³⁴ Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5ème édition. Setes Edition, page 216

dire qu'elle comprenait l'intérêt de la prescription médicale, qu'elle administrait les traitements en connaissant leur utilité et qu'elle **se questionnait sur sa pratique**.

De mon côté, j'avais compris aussi le but des thérapeutiques dont elle parlait. Je suis sûre qu'en menant un petit interrogatoire "questions/réponses", comme les IDE qui m'encadrent ont souvent l'habitude de faire, j'aurais pu moi aussi trouver la thérapeutique qui conviendrait. Ces questions servent à me guider lors de ma pratique d'étudiante. Par exemple : *"qu'est ce que tu administres là ? Dans quel but ? Quelles sont les choses à vérifier avant ? A surveiller après ?"*. Parler d'encadrement ici me renvoie à cette phrase : *"les phénomènes d'hésitation de l'apprenant sont des opportunités d'apprentissage à saisir"*³⁵

Tout cela **participe à ma formation**, à mon expérience et sera forcément **réutilisé dans ma pratique professionnelle**. Ce seront des éléments que je pourrais mettre **au service de mon expertise**.

Je tiens à préciser que je suis bien consciente que le choix des thérapeutiques ne relève pas de mon champ de compétence et qu'il s'agit ici d'illustrer le **questionnement infirmier** dans le cadre de son exercice professionnel et de son expertise.

Je mettrai donc en lien l'expertise avec l'expérience et **la formation par l'acquisition de compétences** soignantes. Il reste un point que je souhaite aborder : la confiance en soi.

L'estime de soi se définit comme *"la valeur qu'une personne s'accorde à elle même par rapport à ses capacités personnelles et à l'opinion que les autres lui renvoient sur elle"*³⁶

Il me semble évident que la confiance en soi du soignant joue un **rôle majeur** dans la collaboration soignant-soigné. Lors de mes entretiens, l'infirmière Laura laissait, par moments, paraître une infirmière peu sûre d'elle, se cachant peut-être derrière l'équipe. Pourtant, être "fraîchement" diplômée ne veut pas dire inexpérimentée. Chaque infirmier apporte ses **bagages, ses outils** : Laura, qui sort du diplôme, est baignée dans les valeurs apprises à l'école, **sa technicité** est récente et **son regard** sera différent forcément mais tout aussi **pertinent** et il **doit être considéré**. Chaque infirmier est différent, de par son expérience mais aussi par son parcours de vie personnelle, ses valeurs et les domaines dans lesquels il excelle, il y est expert.

Je pourrais mettre en parallèle le **ressenti du patient** et le **ressenti de l'étudiant** face à l'IDE qui dégage une confiance en lui. De mon côté, j'ai le sentiment que la **qualité de l'encadrement** ne dépend pas seulement de l'expérience de l'IDE. Elle dépend aussi de la confiance qu'il s'accorde, car lorsqu'il se fait confiance (et ça, on le ressent en tant d'ESI³⁷), il nous fait confiance : il nous laisse de l'autonomie tout en nous

³⁵ Pascale Mancheron – cadre de santé formateur – UE 3.5 S4 : encadrement des professionnels de soins – 7 mai 2018 – actualisé en 03/19 et 03/20

³⁶ Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5ème édition. Setes Edition, page 212

³⁷ ESI = étudiant en soins infirmiers

sécurisant, en toute bienveillance. Du côté du patient, c'est lui **laisser sa place d'acteur**, la place d'être au cœur de sa prise en charge et pouvoir mettre en place une collaboration, **d'égal à égal**, où chacun joue son rôle, en toute sécurité.

Les pré-requis à la bonne mise en place d'une collaboration sont nombreux, du côté du patient, du côté du soignant, du côté de l'environnement, du côté des proches... Il me semblerait pertinent de se questionner sur la manière d'accompagner l'infirmier à domicile lors de la mise en place d'une collaboration avec le patient :

En quoi l'expérience et la confiance en soi de l'infirmier participent à la mise en place d'une collaboration soignant-soigné à domicile ?

7. Conclusion

Je termine ici mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Je constate alors que j'ai pris un virage à 90° dans mon travail de recherche, notamment sur la partie discussion. N'est-ce pas justement le principe de ce projet, faire évoluer mon questionnement de future professionnelle avec l'analyse de données théoriques et empiriques ?

Je dois dire que cela a été compliqué pour moi de changer de direction. A chaque relecture de mon travail, je constatais que mon cheminement avait encore évolué, j'ai dû me poser nombre de questions, est-ce que je ne suis pas hors-sujet ? Et puis je me suis fait confiance après tout, il s'agit là de ma réflexion personnelle, posée sur le papier !

Nous le savons, impliquer le patient au cœur de sa prise en charge est fondamental pour prodiguer des soins de qualité. Dans le monde soignant, nous connaissons d'hors et déjà, et ne sommes plus à convaincre, les bénéfices associés et les risques pouvant être encourus. J'ai donc (très probablement de façon inconsciente) voulu diriger ma réflexion vers les pré-requis à la mise en place de cette collaboration. Ce mémoire m'a permis de développer ma capacité d'analyse et d'interprétation, qui pourront renforcer mes bagages de future infirmière.

J'aimerais conclure en disant que "soigner c'est nécessairement accompagner" et "l'accompagnement infirmier met l'accent sur les ressources de la personne soignée qui mobilise autant l'expertise du soignant que celle du soigné. La confrontation des deux expertises, lorsqu'elles sont reconnues et positivement gérées, conduit à l'établissement d'un authentique dialogue soignant soigné"³⁸

J'espère que vous aurez pris plaisir à lire mon travail, autant qu'en ai pris à l'écrire.

³⁸ Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 5ème édition. Setes Edition, page 119

8. Bibliographie

Ouvrages :

- Formarier, M et Jovic L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Editions Mallet Conseil
- pages 29 à 42 : Hesbeen, W. (2006). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson
- Michaux, L (2017). *Les mots du prendre soin Définitions, points de veille et questions de réflexion*. Seli Arslan
- Manoukian, A. et Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3ème édition). Editions Lamarre
- Lefort, H et Psiuk, T. (2019). *Patient partenaire, patient expert de l'accompagnement à l'autonomie*. Editions Vuibert
- Gross, O. (2017). *L'engagement des patients au service du système de santé*. Editions John Libbey Eurotext
- Benner. P. (1995). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Masson

Articles :

- Guerassi, B et Kinuthia, G. (2020). Étudiants en soins infirmiers, patient expert, passeur de savoir. *La revue de l'infirmière*, n° 257, 40-42
- Acker, F (2019), Travail de soins, travail de relations. *La revue de l'infirmière*, n°254, 19-21
- Guermann, M, (2018). Les SSIAD, un maillon essentiel pour préserver l'autonomie. *L'aide-soignante*, n°195, 15-16
- Matta, C, De Beaucoudrey, C, Cazaux, F, Godart, A et Lorient de Rouvray, A. (2019). La prise en charge des chimiothérapies en hôpital de jour. *Soins*, n°841. 40-45
- Le Noble, C et Chérence, G. (2019) Organisation des soins infirmiers à domicile. *Soins aides-soignantes*, n°86. 8-10
- Heyen, I., Noël, S. et Gosset, C. (2013) Education du patient à domicile : une activité non organisée et plus éthique ? *Recherche en soins infirmiers*, n°114, p 91
- Verdon, C., Lavoie, M. et Blondeau, D. (2013) Relation et communication : une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné. *Recherche en soins infirmiers*, n°114, p 92

- Bastian, J., Valdeyron, J-L. et Vaquier, V. (2001). De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique. Recherche en soins infirmiers, n°66, p 93-98
- Hamon-Mekki, F. et Maroudy, D. (2013) Dossier La relation de confiance dans les soins. *Soins*, n°779, p 27-38 et p 43-44
- Ankri, J., Henrard, J-C. et Le Disert, D (1995). Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature, *Santé Publique*, vol 7 n°4, p 427-441

Textes législatifs :

- Profession infirmier - Recueil des principaux textes. Ref 531 200 Berger-Levrault

Pages web :

- HAS, mai 2015, Démarche centrée sur le patient, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf consultée en novembre 2020
- HAS, mai 2016, modifié en juin 2019, Patients et soignant vers un nécessaire partenariat https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974297/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat consultée en novembre 2020 puis le 29/03/21
- https://www.ligue-cancer.net/article/66323_patient-ressource-la-resilience-partagee#:~:text=Le%20Patient%20ressource%20%C2%AB%20Parcours%20%C2%BB%20intervient,lien%20avec%20les%20%C3%A9quipes%20soignantes. consultée le 24/03/21
- <https://www.legifrance.gouv.fr/> consultée en mars 2021
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/> consultée le 27/03/21
- <https://www.infirmiers.com/> consultée en mars 2021
- Guide de recrutement de patients -intervenants 2014 *consulté le 29/03*
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide de recrutement de patients intervenants 2014.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_recrutement_de_patients_intervenants_2014.pdf)
- Site officiel de la SETE : Société d'éducation thérapeutique européenne - *consulté le 04/05/21*
<https://www.socsete.org/>

Dictionnaires et encyclopédies :

- <https://www.lerobert.com/>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

- <https://www.dictionnaire-medical.fr/>
- Quevauvilliers, J. (2014). *Dictionnaire médical de poche 2ème édition*, Elsevier Masson
- Le petit Larousse illustré (2011)
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, édition*. Setes Edition

Cours :

- L'éducation thérapeutique : UE 4.6.S3 et UE 4.6.S4. *PFPS Rennes Formation infirmière 2018-2021*
- Encadrement des professionnels de soins : UE 3.5.S4. *PFPS Rennes Formation infirmière 2018-2021*

ANNEXES

Annexe I : grille AGGIR

Les 10 variables discriminantes <i>(utilisées pour le calcul du GIR)</i>	
cohérence : communiquer, converser et/ou se comporter de façon sensée	
orientation : se repérer dans le temps, les lieux, les moments de la journée	
toilette : se laver	
habillement : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
alimentation : manger les aliments préparés	
élimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
transferts : se lever, se coucher, s'asseoir	
déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement (mobilité spontanée, y compris avec un appareillage)	
déplacements à l'extérieur : se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport)	
communication à distance : utiliser les moyens de communication comme le téléphone, une alarme...)	

Les 7 variables illustratives <i>(n'entrent pas dans le calcul du GIR. Elles apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide dans le cadre de l'APA à domicile.)</i>	
gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
transport : prendre et/ou commander un moyen de transport	
achats : acquisition directe ou par correspondance	
suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin	
activités de temps libre : pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

A = correspond à des actes accomplis seul spontanément, totalement, habituellement et correctement

B = correspond à des actes accomplis seul qui ne sont pas spontanément effectués, et/ou qui sont partiellement effectués et/ou qui ne sont pas habituellement effectués et/ou qui ne sont pas correctement effectués

C = correspond à des actes qui ne sont pas accomplis seul.

Les 6 GIR prévus par la grille AGGIR

Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé tout ou partie de leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées :

- celles n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules.
- celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas

Le GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques (préparation des repas, ménage...)

Le GIR 6 se compose des personnes autonomes pour tous les actes discriminants de la vie courante. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour les activités domestiques

→ Les personnes en GIR 1, 2, 3, 4 sont éligibles à l'APA à domicile ou à l'APA en établissement

→ Les personnes en GIR 5 et 6 ne sont pas éligibles à l'APA

* annexe réalisée par mes soins, données recueillies sur

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229#:~:text=La%20grille%20Aggir%20est%20utilis%C3%A9e,et%20sociales%2C%20dites%20activit%C3%A9s%20illustratives.>

Annexe II : guide d'entretien

Mon introduction : Olivia, ESI 3ème année, il s'agit d'une rencontre dans le cadre de mon mémoire dont le thème est le travail en binôme infirmière patient à domicile.

L'objectif de cet entretien sera de recueillir vos expériences, vécus et ressentis pour tenter d'apporter quelques éléments de réponse à ma question de réflexion.

Il s'agit d'un entretien semi directif d'une vingtaine de minutes, enregistré pour la retranscription puis détruit par mes soins

Je me porte garante du respect de la confidentialité et de la bienveillance.

Introduction de l'IDEL : âge - quelques éléments de présentation vie perso - parcours avant formation - formation (date) - après formation (services, durée d'exercice) - journée type (organisation, temps de transmissions, nombre de patients...)

OBJECTIFS	Questions	
Infirmière Diplômée d'Etat Libérale Identifier les spécificités du prendre soin à domicile	Organisation du travail à domicile	<i>Y a-t-il un impact du contexte/environnement "soins à domicile" sur le prendre soin?</i>
	Population soignée	<i>Quels sont les besoins des patients que vous accompagnez ? (pathologies, chronicité, âges, types de soin...)</i>
	La relation à domicile	<i>Comment [appréhendez/qualifieriez] vous [l'instant/la relation] que vous [passez/avez] avec le patient à domicile ?</i>
Patient autonome Identifier le concept d'autonomie, ses atouts et ses limites	Définir l'autonomie du patient	<i>Si je vous dis "autonomie du patient", que pourriez-vous me dire ?</i>
	Autonomie évaluée	<i>A quel moment on se dit "ce patient est prêt pour réaliser ce soin" ? (notion de dextérité, préhension, critères de qualité du soin, hygiène) Avez-vous eu le sentiment qu'évaluer les capacités du patient était nécessaire ? (en amont ? au fil de la prise en soin ?) Comment vous y prenez-vous pour accorder cette autonomie au patient ?</i>

		<i>Selon vous, y a-t-il une méthode/un procédé pour accorder cette autonomie ?</i>
	Ressource pour le soin	<i>Quelles sont les plus-values de l'implication du patient dans le soin ?</i>
	Limites	<i>Quelles peuvent être les limites de l'implication du patient dans le soin ? Quels peuvent être les risques ?</i>
Partenariat Identifier le concept de patient partenaire		<i>Selon vous, peut-il exister une forme de collaboration/partenariat/binôme avec le patient?</i>
		<i>Si oui, dans quelles mesures est-elle dépendante de l'autonomie du patient et de son implication au soin ?</i>
		<i>Quelle est la place de l'autonomie du patient dans la collaboration patient/infirmier ?</i>
		<i>Pour vous, c'est quoi un patient partenaire ? Qu'attendez vous d'un patient partenaire ?</i>
		<i>Avez-vous une expérience ou anecdote à partager en lien avec un partenariat ? Le partenariat fonctionne-t-il toujours ?</i> <i>Avez-vous déjà eu à faire face à des difficultés ?</i> <i>En cas de difficultés dans la mise en place d'un partenariat, quelles ont été vos ressources ?</i> <i>Formations ? Appel à d'autres intervenants ?</i>

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Entretien de Laura³⁹

Bonjour, je suis Olivia, étudiante en 3^e année à l'école de Rennes Pontchaillou, donc on se rencontre dans le cadre de mon mémoire dont le thème est « Le travail en binôme infirmière-patient à domicile ». L'objectif de l'entretien c'est de recueillir tes expériences, tes vécus et ressentis, pour tenter d'apporter quelques éléments de réponse à ma question de réflexion. Donc c'est un entretien semi directif d'une vingtaine de minutes, il est enregistré pour que je puisse le retranscrire, et ensuite il sera détruit. Je me porte garante du respect, de la confidentialité et de la bienveillance pendant l'entretien.

Donc je vais commencer par te demander de te présenter : âge, quelques éléments de vie personnelle, si tu veux, et le parcours avant la formation, puis la formation.

Ok alors j'ai 26 ans, je suis diplômée depuis 3 ans et demi, et j'étais étudiante infirmière à l'école de Fougères, heu qu'est-ce que j'ai fait avant l'école d'infirmière, heu, j'ai eu mon bac. Après j'ai fait une année de prépa, pendant cette année de prépa j'ai pas mal travaillé en tant qu'aide à domicile, heu, j'ai fait pas mal de bénévolat aussi, au niveau du, dans le monde du handicap, et après j'ai passé mes concours, j'ai été prise à l'école de Fougères, et voilà. Et après j'ai été embauchée ici, et j'ai fait que... qu'au Centre de Soins.

D'accord. Est-ce que tu pourrais me décrire une journée type, rapidement, au niveau de l'organisation, les temps de transmissions, le nombre de patients éventuellement...

Ici ?

Oui

Ok. Alors le matin, alors on a deux horaires, on est soit de matin soit d'après midi, quand on est du matin on arrive le matin il est 7 heures, heu, on fait des transmissions, alors on a un cahier de transmissions, on se transmet sur le cahier, après on a aussi des transmissions orales mais on voit pas forcément notre binôme, parce qu'on travaille en binôme.

D'accord

Mais du coup vu qu'on travaille en binôme, on est en sens inversé donc c'est rare qu'on puisse se voir, on se laisse souvent des transmissions plutôt écrites, et après on part en tournée il est 7h30, heu, on part en tournée jusqu'à 13h30, 14h maximum, et là on enchaîne les patients. Ça dépend des tournées mais on a je dirais une vingtaine de patients dans la matinée, après quand on a beaucoup de patients c'est surtout qu'on a beaucoup d'administrations de traitements. On a moins de patients quand on a des soins beaucoup plus lourds ou qui nous prennent plus de temps, et ça ça varie en fonction de la charge de travail. Et après on

³⁹ Prénom fictif

rentre le midi on fait un peu d'administratif, un peu de transmissions, puis, on a fini. Et l'après midi c'est un peu différent, on arrive à 13h, on fait de l'administratif, on prépare les tournées du lendemain, pour les collègues, et celles du soir ; on gère tout ce qui est appels au médecin on regroupe tout pour pas que tout le monde appelle toute la matinée, il n'y a qu'une personne qui appelle, on fait un peu de rangement médical, et on sort en tournée faire les semainiers à domicile, et les pansements ou les retours à domicile, l'après midi. Et après on part en tournée à 17h jusqu'à 20h.

D'accord

Et l'après midi on voit un peu plus de patients, parce que c'est souvent des administrations de traitement, enfin on fait pas de soins lourds, soins d'hygiène, on a très peu de couchers donc heu, voilà.

Ok. J'ai une première question, est-ce qu'il y a un impact du contexte soins à domicile, sur le prendre soin justement, de l'environnement du patient ?

Heu forcément ça joue, parce qu'en fait on doit s'adapter aussi à l'environnement du patient, à comment lui nous accueille chez lui aussi, parce qu'il y a des gens qui sont un peu réfractaires à notre venue, ils sont à la base imposés, sur un retour à domicile, on impose le passage infirmier, c'est la condition de sortie, ou alors les médecins obligent pour rester à domicile qu'une infirmière passe, donc dans ces contextes là c'est vrai que c'est plus compliqué, parce que les gens sont moins... C'est pas leur démarche à eux de nous avoir demandé de passer, et, du coup c'est vrai que c'est toujours un peu plus compliqué, la première relation, après une fois qu'ils commencent à nous connaître ça passe mieux mais c'est vrai que c'est des fois, pas évident de... Le départ en fait. Mais après quand c'est les patients qui, eux, font appel à nous ça n'a rien à voir, forcément ils sont beaucoup plus accueillants, beaucoup plus enclins à nous... à notre venue.

D'accord, donc quand ça vient d'eux, la relation se fait plus...

Bah plus facilement parce qu'ils sont moins réticents heu... c'est eux qui appellent c'est eux qui prennent rendez vous donc ils s'attendent forcément mais quand c'est devenu une contrainte posée par l'hôpital ou par un, imposée par son médecin traitant, ben forcément ils sont un peu plus réticents au départ et puis après une fois que c'est parti, c'est plus facile.

Quels sont les besoins justement des patients que vous accompagnez au niveau pathologie, chronicité, les âges ? Et les types de soins aussi ?

Tout âge, c'est l'avantage. C'est qu'on a aussi des enfants et des personnes âgées, comme des personnes heu... actifs. Pas forcément que des retraités. Niveau soins c'est pareil on a un peu de toutes les pathologies heu... des gens diabétiques, des gens qui viennent de se faire opérer, des, plutôt des gens qui vont suivre un traitement cardiaque, d'autres pour le traitement psy parce qu'on a l'avantage d'avoir un CMP à C..., et du coup on fait pas mal de suivi psychiatrique, administration de traitement, injection, chez les jeunes et

chez les adultes, il n'y a pas que les adultes qu'on prend en charge... Heu... c'est vraiment très très très large et très complet en fait.

D'accord. Beaucoup de patients chroniques ou c'est plutôt du ponctuel ?

Ça dépend, je dirais, 50/50. On a quand même une base de chroniques, mais on a énormément de gens ponctuels, sur des opérations... De l'accompagnement, on fait aussi beaucoup d'accompagnement sur du diabète ou sur, ce genre de chose, où les gens peuvent devenir autonomes mais dans un premier temps c'est vrai que, pour tout ce qui est protocole insuline, qu'ils commencent à prendre leurs marques...

D'accord. Comment vous qualifiez la relation que vous passez avec le patient à domicile ? Comment vous l'appréhendez ?

Plutôt bien, je, j'ai pas d'appréhension là-dessus, après, chaque personne est différente, et ça dépend du soin qu'on peut faire chez les personnes aussi, c'est sûr que quand on y va pour des administrations de traitement on y reste très peu de temps donc, créer une relation ça se fait mais avec plus de temps, que quand on est chez des gens pour des pansements ou des toilettes auxquelles on passe plus de temps forcément la relation elle se met en route beaucoup plus vite, la relation de confiance... On est dans quelque chose de beaucoup plus rapide dans le sens où on passe beaucoup plus de temps avec eux.

Ok. Si je dis « autonomie de patient », qu'est ce que tu pourrais me dire ?

Heu autonomie de patient, alors nous on a, on développe vraiment ça, c'est, tous les gens qui sont autonomes, et qui peuvent encore l'être, on le développe un maximum, on essaie de leur, enfin on prend le temps de les laisser faire parce que c'est hyper important à domicile, et ce qui va permettre le maintien au maximum à la maison, et c'est vrai que on essaie de faire un maximum. Donc ça nous arrive de faire que de l'accompagnement de toilette, regarder les gens faire, ou aider pour le dos ou les pieds parce que c'est un peu plus compliqué mais, on les laisse faire au maximum c'est comme ça qu'ils peuvent rester aussi à la maison et nous c'est notre but, donc... Pareil pour les médicaments, ça nous arrive de des fois juste aller pour contrôler, on les laisse faire, et nous on vérifie derrière mais les faire garder un maximum d'autonomie sur plein de choses, c'est... Enfin nous c'est notre politique de soins, et c'est ce qui permet aussi aux gens de rester plus longtemps à la maison.

Je repense au diabète de tout à l'heure, à quel moment on se dit « ce patient est prêt pour réaliser ces soins » ?

A partir du moment où en fait, nous on sert plus à grand-chose, finalement, parce que il l'a fait avant qu'on arrive, ou c'est lui qui nous dit tout, et que nous on n'a rien à rectifier, et quand ça devient répétitif, où finalement nous on n'a plus besoin d'être présents, et qu'il a tendance à faire sans nous, on estime qu'ils sont capables de gérer tout seuls. Après ils savent qu'à tout moment ils peuvent nous rappeler et on

repassera voir s'il y a le moindre souci mais, à partir du moment où c'est souvent comme ça que ça se passe : quand on a un peu de retard ils ont déjà fait quand on est arrivés c'est qu'en fait eux aussi se sentent prêts, et souvent c'est aussi une demande de leur part... Donc on n'arrête pas toujours d'un coup, on espace, on passe que deux fois par semaine, puis trois fois. Enfin on espace en diminuant progressivement pour pas qu'ils soient lâchés non plus du jour au lendemain.

D'accord. Et est-ce que tu as le sentiment qu'il faut évaluer les capacités du patient, avant de le lâcher, au niveau dextérité, je pensais à la préhension, les critères de qualité du soin et d'hygiène aussi ?

Bah oui, en fait on le fait pas vraiment heu... on se dit pas là on va l'évaluer ce jour là, ça se fait naturellement en fait. C'est sûr qu'on prend en compte tous les paramètres, s'il a bien tout compris, où est-ce qu'il peut aller chercher sa DASRI, à quel moment il peut la fermer, quand est-ce qu'il peut la ramener à la pharmacie, enfin... Mais en fait c'est sur tout le long de l'éducation thérapeutique, et on le fait naturellement, on se dit pas à un moment précis on va faire une évaluation, on le fait au quotidien, et quand on sent que tous les voyants sont au vert, on peut les lâcher... Les patients...

D'accord. Quelles sont les plus-values de l'implication du patient dans ses soins ?

Ben l'avantage c'est qu'il est autonome, que du coup il est acteur en fait. Il est acteur de sa santé, et ça même pour eux, beaucoup sont dans la demande de ça, de savoir, quels médicaments ils ont, combien ils ont, à quoi ça sert... Ils ont envie de savoir et ils ont le droit et c'est vrai que le fait de les rendre autonomes, c'est une plus-value énorme pour eux de... bah de pouvoir encore faire, et savoir qu'est-ce qu'on leur fait et pourquoi, en fait.

Et quelles peuvent être les limites de l'implication du patient dans le soin, et quels peuvent être les risques ?

Heu... Les limites, bah... c'est les gens qui veulent faire mais qui sont plus vraiment capables de faire, et ça des fois c'est compliqué de nous, récupérer. Des gens qui ont toujours été autonomes et qui ont eu un AVC ou il y a eu un accident et puis là ils sont plus capables de faire, c'est compliqué parce qu'ils ont encore envie, ils essayent mais du coup il y a beaucoup d'erreurs et du coup le risque il se majore. Heu au niveau risques, bah alors si on parle médicaments principalement le risque c'est qu'il y ait une erreur dans les traitements, un mauvais dosage, ou qu'il en manque, mais... Finalement le plus compliqué c'est ça, c'est des gens qui ont été très autonomes, c'est d'accepter, pour eux, de lâcher, et de nous laisser faire, et ça c'est compliqué. Pour eux, souvent...

D'accord. Selon toi, peut-il exister une forme de collaboration, ou de partenariat, ou de binôme, avec le patient ? Entre l'infirmière et le patient ?

Oui, je pense que c'est possible. Hum, après... il faut... enfin dans la juste mesure, il y a des choses que les patients ne peuvent pas tout gérer non plus, enfin après tout dépend de leur niveau d'autonomie, pour

certains oui complètement, après pour d'autres c'est plus compliqué. On essaie de les laisser gérer donc du coup ce binôme là il se crée naturellement, je pense à un monsieur pour son suivi INR, c'est nous qui faisons les prises de sang, on suit un peu de loin, mais c'est lui qui appelle le médecin, c'est lui qui fait ses démarches, qui gère pas mal de choses, après, c'est sûr qu'on travaille en collaboration avec lui en quelque sorte.

D'accord. Bon je passe quelques questions, c'est tellement semi-directif que j'arrive à supprimer des questions. Est-ce que tu as déjà eu à faire face à des difficultés, ça reprend un petit peu l'idée de tout à l'heure, les patients qui veulent pas trop lâcher. Est-ce qu'il y a autre chose par rapport à ces difficultés ?

Sur quel point ?

Sur un partenariat, sur un binôme ?

Après, non, c'est principalement là-dessus où je trouve que la difficulté est plus importante, c'est des gens qui justement, veulent garder une autonomie maximum, autrement non il n'y a pas vraiment de difficulté, à partir du moment où les gens sont d'accord, et qu'ils en ont envie en fait, c'est souvent une démarche de leur part...

Et en cas de difficultés quelles ont été les ressources éventuellement ?

Le temps, les collègues. Parce que le fait qu'on soit à plusieurs, on est 14 ici à travailler et du coup on a un gros travail d'équipe, et on n'a pas toutes la même approche ou on n'a pas toutes la même vision des choses, et en fait à force d'en discuter, le temps joue beaucoup parce que ça permet aux gens, en fait ils se rendent compte qu'ils sont plus capables, et donc du coup ils acceptent aussi au fur et à mesure notre aide, et c'est vrai que bah il n'y a que le temps qui fait les choses, on a beau leur expliquer, leur montrer, mais il y a des fois... Il faut le temps, en fait.

D'accord. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ? On touche à la fin de l'entretien.

Bah... Non rien de particulier, après... De toute façon le métier d'infirmière, en tous cas à domicile est très riche parce que justement on a beaucoup de diversification au niveau des patients... Que ce soient des jeunes, des ados, des adultes, des personnes âgées... Et l'approche est pas du tout la même avec un ado qu'avec une personne âgée, ou qu'avec un adulte, chacun a ses soucis, chacun a ses problèmes, on intervient pas du tout pour la même chose pour chacun, et ça c'est vrai que c'est très riche, à domicile en tous cas, pour toute cette relation soignant /soigné en tout cas.

D'accord, merci beaucoup.

Entretien de Nadine⁴⁰

Bonjour, je suis Olivia, étudiante infirmière en 3^e année, on se rencontre dans le cadre de mon mémoire, dont le thème est le travail en binôme infirmière-patient à domicile. L'objectif de cet entretien c'est de recueillir tes expériences, vécu et ressentis, pour tenter d'apporter quelques éléments de réponse à ma question de réflexion. C'est un entretien semi-directif, d'une vingtaine de minutes, ou moins, qui est enregistré pour que je puisse le retranscrire, mais qui sera détruit ensuite. Je me porte garante du respect, de la confidentialité et de la bienveillance pendant l'entretien.

Pour commencer je vais te demander de te présenter rapidement, l'âge ou tranche d'âge, quelques éléments de vie personnelle, le parcours.

D'accord. Alors moi je m'appelle Nadine D. donc j'ai 54 ans, et j'ai donc eu mon diplôme à 21 ans, et j'ai donc fait toute ma carrière ici, c'est-à-dire que ça fait 33 ans que je suis au Centre de Soins. Heu... voilà je ne sais pas si tu as besoin d'autres renseignements je pense que c'est... Mon parcours est simple, c'est le Centre de Soins.

D'accord. Est-ce que tu pourrais me décrire rapidement une journée « type » ? Niveau organisation, transmissions, le nombre de patients ?

Alors donc le matin on arrive on se retrouve tous ici, on est donc 6 infirmières à partir, on lit les transmissions qui ont été faites la veille, et puis on part chacun de notre côté, heu alors, toutes les tournées sont différentes en fonction de, voilà. Moi en ce moment aussi je peux te donner ma tournée de campagne que je fais, je fais beaucoup de soins d'hygiène, après t'as d'autres tournées, enfin j'en ai 5 ou 6 dans la matinée, c'est vrai qu'à domicile on fait des soins d'hygiène, bon après j'ai pas que ça, après tu as d'autres tournées où tu n'as pas, tu vas avoir que 2 soins d'hygiène, mais ça peut être des soins d'hygiène beaucoup plus lourds. Que moi c'est des soins d'hygiène heu... simples en fait, hein où... quoique il y a quand même des levers avec un verticalisateur, j'ai quand même deux levers avec un verticalisateur sur ma tournée, que on change tous les trois mois. C'est-à-dire qu'on fait un secteur, on a six secteurs, heu donc notre organisation c'est six secteurs le matin, donc on part chacun sur notre tournée, et tous les trois mois on change de secteur. Justement parce qu'ils sont différents les uns des autres, il y en a où il y a plus de soins d'hygiène, il y en a où il va plus y avoir de soins techniques, heu, donc voilà. Donc en tournant, et puis ben les patients, heu... il y a des patients au bout de trois mois tu es heu... voilà. C'est plus dur, ils sont plus durs à, à supporter, à... des soins plus durs physiquement, donc ça permet de rouler.

D'accord. Hm, est-ce qu'il y a un impact du contexte soins à domicile sur la relation du prendre soin ? Le fait d'être à domicile ?

⁴⁰ Prénom fictif

Du prendre soin du patient ?

Oui

Ah moi je pense, qu'on est plus dans l'écoute du patient, heu, on connaît son contexte, on connaît sa famille, on connaît son passé, ses enfants, donc je pense que tout ça ça rentre en compte dans le soin qu'on va lui apporter. On sait heu, ben moi j'en reviens toujours aux soins d'hygiène, on sait si c'est des personnes qui ont l'habitude de se laver, de prendre des douches tous les jours, si c'est des personnes, la plupart du temps c'est quand même beaucoup des personnes âgées, donc on respecte aussi, par rapport à sa vie antérieure, on va pas lui faire une douche tous les jours, alors que je pense qu'à l'hôpital ils connaissent pas tout ça, nous on connaît beaucoup de choses sur la vie du patient, d'avant, pendant, la vie actuelle, heu... Enfin voilà quoi c'est... On tient compte de tout ça pour la prise en charge du patient.

Comment est-ce que vous appréhendez du coup la relation que vous passez avec les patients à domicile ?

Alors moi j'ai pas du tout d'appréhension. Même si c'est... Bon après, c'est vrai qu'il y a des patients que je connais depuis des années, donc, voilà. Mais j'ai pas, si c'est des nouveaux patients, j'ai pas du tout d'appréhension à y aller, heu, voilà, bon ben je, je prends en fonction de la personne, et puis en plus moi je suis originaire de C..., donc résultat beaucoup de gens me connaissent, donc ils ont plus confiance quand c'est moi qui vais, enfin pas forcément pour le premier soin mais, heu... pour les soins, et bien ils vont me faire peut-être plus confiance que aux jeunes. Parce qu'ils me connaissent depuis longtemps, et parce que je suis de C... donc quelques fois ils connaissent ma famille etc... D'ailleurs souvent ils m'appellent par mon nom de jeune fille, ils ne connaissent que mon nom de jeune fille (rires)

Quels sont les besoins des patients que tu accompagnes au niveau pathologie, âge, les types de soins, est-ce qu'il y a des pathologies chroniques ?

Oui il y a des pathologies chroniques, entre autres beaucoup de diabète, heu beaucoup de problèmes cardiaques donc avec un suivi au niveau cardiaque, au niveau des prises de sang, au niveau des traitements aussi, du programme thérapeutique qu'on essaie de, ben qu'on surveille, heu, après, attends je ne me rappelle plus la question ?

Quels sont les besoins des patients au niveau pathologie, l'âge, les types de soins ?

D'accord, donc les besoins, heu, c'est plus des besoins d'être rassurés par rapport à leur pathologie, beaucoup de, ils demandent beaucoup d'explications, enfin, pas tous mais je veux dire il y en a qui demandent des explications, qui essaient de comprendre, d'autres pas du tout ils n'ont pas de besoins ils se laissent complètement, heu, vivre en fait hein, ils nous font confiance en fait ils nous font confiance. Alors par contre l'âge des patients c'est quand même la plupart du temps des personnes âgées. Heu, la moyenne je dirais que c'est 80 ans. Bon on a parfois des jeunes, enfin dans les chroniques en tout cas, c'est des gens

de 80 ans. Dans les soins ponctuels ça va être des jeunes, entre autres, des jeunes, des moins jeunes, heu mais par contre... Je te dis il y en a qui s'investissent dans leur traitement, dans leur pathologie c'est-à-dire qu'ils posent des questions, et d'autres, bah... voilà... Ils nous laissent faire mais après on peut leur expliquer, ou pas en fonction aussi de, de la personne que t'as en face de toi parce que t'en as, on sait que, je pense que moins ils savent, et mieux c'est pour eux parce qu'ils vont pas forcément comprendre, ou ça va les angoisser de, de certaines choses qu'ils vont apprendre, donc voilà, on fait vraiment en fonction de la personne qu'il y a en face de soi.

Oui. Et si je dis autonomie du patient, qu'est-ce que tu pourrais me dire ?

Ben on essaie, hein. C'est le but, hein, qu'ils soient de plus en plus autonomes, qu'ils essaient de faire de plus en plus de choses possibles, donc heu quand on peut les laisser faire, heu, par exemple on a une patiente qui est diabétique, on va lui faire son insuline parce que on sait qu'elle est pas capable de le faire, par contre sa glycémie, le matin elle a qu'une glycémie, on la laisse faire, de façon qu'elle soit autonome, parce que justement elle est capable de le faire. Et elle a des bouffées à faire et là on lui, comme on passe plus pour l'insuline le matin on a vu avec elle du coup, elle l'a fait devant nous, donc voilà, comme ça elle est autonome le matin, on la laisse tranquille. On essaie vraiment de faire en sorte que les gens fassent de plus en plus de choses eux même, enfin ceux qui peuvent, au niveau des soins d'hygiène c'est pareil, s'ils sont capables de faire, on les laisse faire, on les accompagne, on est là, on regarde, mais on va pas tout faire à leur place. Alors c'est vrai que ça peut nous prendre plus de temps, mais, voilà, c'est aussi le but, c'est qu'ils soient autonomes.

D'accord. A quel moment on se dit, ce patient est prêt pour réaliser le soin ? Au niveau dextérité, peut être l'hygiène, les critères de qualité du soin aussi ?

Heu... A quel moment, je pense que c'est par rapport aux... aux problèmes cognitifs aussi donc il y a des gens ce sera jamais le moment parce qu'ils ont de tels troubles cognitifs qu'ils seront incapables de, de prendre un gant de toilette, enfin moi je me rappelle d'un patient, heu, si on lui disait «Tenez, prenez le gant de toilette », ben il regardait, il allait aussi bien attraper une chaussette, donc dans ce cas là ce monsieur là n'aurait, enfin là il est placé en EHPAD maintenant, mais il n'aurait jamais été autonome, après, heu... Dès le début, on essaie qu'ils soient autonomes, si heu... ouais c'est vraiment par rapport, je pense que quand ils sont vraiment pas autonomes c'est vraiment par rapport à des troubles cognitifs, ou alors par rapport à une hémiplégie ou quelque chose comme ça, que de toute façon s'il y a pas récupération on sait qu'on ne pourra jamais... Parce que c'est quand même des personnes âgées, si c'est des jeunes, on les accompagne de façon qu'ils soient de plus en plus autonomes, je pense qu'une personne âgée, même si on essaie qu'ils soient autonomes, il y en a on sait qu'on n'y arrivera jamais.

Est-ce que tu as le sentiment qu'il faut évaluer les capacités, et comment on s'accorde pour accorder l'autonomie est-ce que c'est progressivement, est-ce que c'est d'un coup ?

Oui alors c'est ce que je te disais par rapport à certains patients, je pense que dès le début, on le sait. Qu'ils vont être autonomes, ou pas autonomes, si c'est une hémiplégié et qu'il n'y a pas récupération on sait très bien qu'ils ne pourront jamais faire le soin seuls. Après, heu, c'est certain, en fonction de l'évolution de la maladie, on laisse faire, s'ils sont pas capables, on fait, et puis la fois d'après on recommence... Voilà c'est vraiment petit à petit au fur et à mesure du soin, au fur et à mesure de l'évolution, ou pas, de la maladie, alors ou bonne évolution, ou mauvaise évolution, parce que ça peut être aussi des mauvaises évolutions qui font que la personne devient de moins en moins autonome. Si c'est une fin de vie, c'est vrai que, elle peut faire au début, et à la fin... Donc c'est vraiment un ressenti ça se fait au fur et à mesure de la relation avec la personne, dans quel état, et puis ça peut être autonome un jour, le lendemain la personne est plus fatiguée et puis elle pourra pas faire ce qu'elle a pu faire la veille, voilà donc heu... c'est un ressenti ça se fait vraiment au fur et à mesure de... des choses, des jours, des gens, de leur pathologie, parce qu'il y a des pathologies qui vont aller en s'améliorant, d'autres pathologies qui vont aller en diminuant, donc heu, en diminuant la personne.

Quelles sont les plus-values de l'implication d'un patient dans ses soins ?

Les plus-values pour moi ? Pour le patient ?

Oui, et pour le patient ?

Les plus-values, je pense que pour lui c'est un, comment dire heu, j'arrive pas à exprimer, c'est lui redonner heu... le sourire, enfin la plus-value c'est voilà c'est le... c'est l'aider psychologiquement aussi, le fait que ce soit heu, qu'on l'aide dans son autonomie, on l'aide psychologiquement à être... à avoir plus de... mince, oh j'arrive pas à trouver mes mots, là. Est-ce que tu vois ce que je veux dire ?

Je vois oui oui, mais après, je suis un peu bloquée par mon guide d'entretien alors... j'ai pas le droit de dire... mais je comprends que voilà, ça lui apporte un peu d'estime peut-être ?

C'est ça, c'est un peu, voilà... Heu, et pour moi aussi, parce que ça veut dire que j'ai réussi mon soin, enfin ça veut dire que j'ai réussi heu... ouais, la relation, et de le rendre autonome, enfin pour moi c'est aussi... une bonne estime de moi aussi.

Oui et c'est valorisant, c'était l'autre mot auquel je pensais...

C'était ça ! Ça le valorise de savoir faire, de pouvoir faire. Et puis moi aussi, enfin je veux dire c'est valorisant aussi de se dire « Oh j'ai réussi à faire ça, à lui faire faire ça aujourd'hui »

Oui. Et quelles peuvent être les limites, de l'implication du patient, et quels peuvent être les risques ?

Les risques c'est le danger. Le danger que si on le laisse faire certaines choses qu'il se mette en danger, lui. Lui, parce que nous je... bah nous aussi parce que si on le laisse faire des choses, qu'il y a une chute, on le

met en danger mais on se met en danger nous aussi, parce que, on n'est pas forcément, enfin moi je sais que quand il y a chute je ne vais pas forcément tirer dessus pour le remettre au lit hein. Mais de toute façon il y a un risque s'il y a chute, donc c'est ça le risque heu... pour lui, et puis pour moi. Et puis c'était quoi là il y avait deux questions ?

Les risques et puis les limites de l'implication du patient ?

Alors les limites je pense que c'est le, moi je pense qu'il y a beaucoup le niveau, alors donc le risque de chute, mais il ya beaucoup au niveau cognitif, au niveau des limites je crois que là ça nous limite... S'il y a des troubles cognitifs énormes ça nous limite énormément dans sa prise en charge, enfin dans son autonomie en fait... heu, voilà

D'accord. Hmm, je pose pas toutes les questions parce qu'il y en a auxquelles en fait tu as répondu, c'est bien (Rires)

Pour toi qu'est-ce qu'un patient partenaire, et qu'attends tu d'un patient partenaire ?

Ben c'est un patient qui participe à ses soins. Donc qui s'implique, qui s'implique dans sa maladie, qui s'implique dans ses soins heu... ouais dans ses soins avec nous, quoi, qui est pas passif par rapport à sa maladie et à ses soins. C'est vraiment ça, être partenaire... enfin pour moi, hein.

Est-ce que tu as une expérience, une anecdote à partager, en lien avec un partenariat avec un patient justement, et est ce que ça fonctionne toujours, d'être en partenariat ?

Alors on essaie, ça fonctionne pas toujours parce que justement heu... ben par rapport à ce que je te disais, hein, à la dépendance physique et psychologique, enfin cognitif, du coup on peut pas forcément faire du partenariat, c'est plus de l'assistantat en fait qu'on va faire, s'il y a pas besoin de, s'il n'y a pas de, heu... si la personne est pas capable ça va être de l'assistantat et non pas du partenariat. Alors une... là tu me...

Les questions ne sont pas obligatoires.

Non non parce que là j'ai pas d'exemple même

D'accord

Ça ne me vient pas, là pour le moment.

Et est-ce que tu as dû faire face à des difficultés, dans le cadre d'un partenariat justement ?

Non, non, non là franchement j'ai pas de difficultés heu...

D'accord. Est-ce que tu aurais quelque chose d'autre à ajouter ? L'entretien touche à sa fin

Ouais. Que, étant donné que ça fait 33 ans que je fais ça c'est vrai que, en 33 ans tu évolues dans ta façon de prendre en charge les gens, heu... d'être partenaire aussi parce que je pense que à 21 ans j'étais certainement pas heu... dans la même... enfin tu réagis pas pareil, quoi. Donc c'est vrai que oui j'ai évolué dans ma, dans mon, dans ma relation au patient, ça c'est sûr. Ça c'est sûr. Plus sûre de moi, ce qui est normal, plus sûre de mes gestes techniques, donc ce qui fait que je peux peut-être plus l'accompagner dans... dans le partenariat, dans la maladie, sachant que je suis plus sûre de ... de tout ça quoi...

Oui, d'être plus, avoir plus d'expérience permet peut-être de laisser plus la place au patient dans son soin.

Oui voilà. Et puis être capable de faire plusieurs choses, de prendre des initiatives par rapport à lui que j'aurais certainement pas fait, alors j'ai pas d'exemple comme ça mais, que j'aurais certainement pas fait il y a 33 ans, enfin, voilà. On évolue, c'est normal.

Bon merci beaucoup, je coupe.

Objectif : identifier les spécificités du prendre soin à domicile

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Items
le profil des patients	l'âge des patients	des patients âgés	<i>"la plupart du temps des personnes âgées" "la moyenne je disais que c'est 80 ans" "dans les chroniques c'est des gens de 80 ans" "c'est quand même beaucoup des personnes âgées"</i>
		des patients plus jeunes	<i>"tout âge" "aussi bien des enfants et des personnes âgées comme des personnes actifs" "il n'y a pas que les adultes qu'on prend en charge, c'est vraiment très très très large et très complet en fait" "on a parfois des jeunes" "dans les soins ponctuels ça va être des jeunes"</i>
	les pathologies	des patients chroniques	<i>"dans les chroniques c'est des gens de 80 ans" "des gens diabétiques" "50/50 je dirais patients chroniques et ponctuels" "des pathologies chroniques, entre autres beaucoup de diabète [...] beaucoup de problèmes cardiaques"</i>
		des patients qu'on connaît bien	<i>"on connaît son contexte, on connaît sa famille, on connaît son passé, ses enfants" "on sait si c'est des gens qui ont l'habitude de se laver, de prendre des douches tous les jours [...] donc on respecte aussi, par rapport à sa vie antérieure" "je pense qu'à l'hôpital ils connaissent pas tout ça, nous on connaît beaucoup de choses sur la vie du patient" "sur la vie d'avant, pendant, la vie actuelle [...] on tient compte de tout ça pour la prise en charge du patient" "c'est vrai qu'il y a des patients que je connais depuis des années"</i>
les soins	relationnels	la relation à domicile parfois compliquée	<i>"il y a des gens qui sont un peu réfractaires à notre venue, ils sont [...] imposés [...] on impose le passage infirmier, c'est la condition de sortie ou alors les médecins obligent [...] dans ces contextes là c'est vrai que c'est plus compliqué" "c'est pas leur démarche à eux de nous avoir demandé de passer" "ça dépend du soin qu'on peut faire [...] quand on y va pour des administrations de traitement on y reste très peu de temps donc créer une relation ça se faire mais avec plus de temps"</i>
	relationnels et d'éducation thérapeutique	"on fait beaucoup d'accompagnement"	<i>"de l'accompagnement" "on fait aussi beaucoup d'accompagnement sur du diabète" "on est plus dans l'écoute du patient"</i>

	les soins du rôle propre	<i>"je fais beaucoup de soins d'hygiène"</i>	<i>"je fais beaucoup de soins d'hygiène" "dans ma tournée, j'en ai [des soins d'hygiène] 5 ou 6 dans la matinée" "je fais beaucoup de soins d'hygiène [...] bon après, j'ai pas que ça", "des soins d'hygiène simples" "des levers avec un verticalisateur"</i>
	diversité de soins techniques / savoirs faire	diversité des soins et de la population, une richesse	<i>"beaucoup de diversification au niveau des patients que ce soient des jeunes, des ados, des adultes, des personnes âgées" "niveau soins on a un peu toutes pathologies, s, des gens qui viennent de se faire opérer [...] gens qui vont suivre un traitement cardiaque [...] traitement psy" "pas mal de suivi psychiatrique, administration de traitement, injection, chez les jeunes et chez les adultes" "un suivi au niveau cardiaque, au niveau des prises de sang, au niveau des traitements aussi, du programme thérapeutique [...] on surveille" "très riche à domicile, pour toute cette relation soignant/soigné" "l'approche est pas du tout la même avec un ado qu'avec une personne âgée"</i>
	qualités du soignant un savoir être	<i>"on doit s'adapter"</i>	<i>"on doit s'adapter à l'environnement du patient, à comment lui nous accueille chez lui " "l'approche est pas du tout la même avec un ado qu'avec une personne âgée"</i>
	temporalité	<i>"on enchaîne les patients"</i> la course au temps	<i>"on part en tournée il est 7h30 [...] jusqu'à 13h30 14h" "et là on enchaîne les patients" "une vingtaine de patients dans la matinée" "quand on a beaucoup de patients c'est surtout qu'on a beaucoup d'administrations de traitements" "semainiers" "pansements" "retours à domicile" "le soir très peu de couchers, souvent des administrations de traitement, on fait pas de soins lourds" "c'est quand même beaucoup des personnes âgées" "des pathologies chroniques, entre autres beaucoup de diabète [...] beaucoup de problèmes cardiaques" "on y reste très peu de temps donc créer une relation ça se faire mais avec plus de temps"</i>
	communication inter-équipe	notion d'équipe, de transmissions, cahier de transmissions,	<i>"on a un cahier de transmissions on fait aussi des transmissions orales" "on travaille en binôme" "vu qu'on travaille en binôme, on est en sens inverse donc c'est rare qu'on puisse se voir" "on prépare les tournées du lendemain, pour les collègues" "ils commencent à nous connaître" "nous on développe vraiment ça" "c'est notre politique de soins" "[en cas de difficultés, quelles ont été les ressources?] les collègues. [...] on est 14 ici à travailler, on a un gros travail d'équipe" "on a pas toutes la même approche [...] la même vision des choses"</i>
	lourdeurs administratives	anticipation, organisation, administratif	<i>"on fait de l'administratif, on prépare les tournées du lendemain [...] celles du soir," "on gère tout ce qui est appels au médecin, on fait un peu de rangement"</i>

			<i>“on a six secteurs” “ils sont différents les uns des autres” “il y en a où il y a plus de soins d’hygiène, il y en a où il va y avoir plus de soins techniques” “ça permet de rouler” “appels au médecin [...] on regroupe [...] il n’y a qu’une seule personne qui appelle”</i>
	charge mentale	c’est dur parfois	<i>“il y a des patients au bout de 3 mois [...] c’est plus dur, ils sont plus durs à supporter, des soins plus durs physiquement” “ les gens qui veulent faire mais qui sont plus vraiment capables de faire, et ça des fois des compliqué”</i>

Objectif : identifier le concept d’autonomie, ses atouts et ses limites

<i>Catégories</i>	<i>Thèmes</i>	<i>Sous-thèmes</i>	<i>Items</i>
A domicile, l'objectif est centré sur l'autonomie	respect du maintien à domicile	“le but c’est qu’ils restent le plus longtemps possible à la maison”	<i>“ce qui va permettre le maintien au maximum à la maison” “c’est ce qui permet aux gens de rester plus longtemps à la maison” “c’est comme ça qu’ils peuvent rester à la maison”</i>
	objectif commun du prendre soin à domicile	l’autonomie comme ligne directrice	<i>“autonomie du patient [...] on développe vraiment ça” “on prend le temps de les laisser faire parce que c’est hyper important à domicile” et nous c’est notre but” “c’est notre politique de soins” “c’est le but, qu’ils soient de plus en plus autonomes, qu’ils essaient de faire de plus en plus de choses possibles” “le but c’est qu’ils soient autonomes” “nous on développe vraiment ça”</i>
L’autonomie dépendante de nombreux facteurs	en fonction de l’âge / des capacités / de la maturité / de l’état de santé / de l’évolution de la maladie	“tout dépend de son âge”	<i>“c’est quand même des personnes âgées, si c’est des jeunes, on les accompagne de façon qu’ils soient de plus en plus autonomes” “l’approche est pas du tout la même avec un ado qu’avec une personne âgée” “je pense qu’une personne âgée, même si on essaie qu’elle soit autonome, il y en a on sait qu’on n’y arrivera jamais”</i>
		ça dépend du patient ça nous limite	<i>“en fonction de la personne que t’as en face de toi” “ils vont pas forcément comprendre, ou ça va les angoisser” “on fait vraiment en fonction de la personne qu’il y a en face de soi” “l’approche est pas du tout la même avec un ado qu’avec une personne âgée” “je pense que c’est possible. Après... il faut... enfin dans la juste mesure” “s’il y a des troubles cognitifs énormes, , ça nous limite énormément dans sa</i>

			<i>prise en charge, enfin dans son autonomie</i> "il y a beaucoup au niveau cognitif"
	volonté de savoir / comprendre / connaître	une demande de la part du patient	<i>"beaucoup sont dans la demande de ça, de savoir quels médicaments ils ont, combien ils ont, à quoi ça sert"</i>
	le patient gagne en autonomie, prend des responsabilités, fait seul	le patient anticipe	<i>"parce qu'il l'a fait avant qu'on arrive" "qu'ils ont tendance à faire sans nous," "c'est souvent comme ça que ça se passe : quand on a un peu de retard ils ont déjà fait"</i>
	le facteur temps	la notion de temps, "au fur et à mesure"	<i>"on y reste très peu de temps donc créer une relation ça se faire mais avec plus de temps" "beaucoup plus rapide dans le sens où on passe beaucoup plus de temps avec eux" "on prend le temps de les laisser faire" "on le fait au quotidien" "acceptent au fur et à mesure" "[en cas de difficultés, quelles ont été les ressources?] le temps" "ça permet aux gens [le temps] [...] se rendent compte qu'ils sont plus capables" "acceptent au fur et à mesure" " c'est vraiment petit à petit au fur et à mesure du soin, au fur et à mesure de l'évolution, ou pas, de la maladie" "ça se fait au fur et à mesure de la relation avec la personne" "ça se fait au fur et à mesure [...] des jours" "peut être autonome un jour, le lendemain la personne est plus fatiguée [...] ne pourra pas faire ce qu'elle a pu faire la veille"</i>
Laisser faire, accompagner	être dans la juste mesure sur les savoirs / les savoirs-faire à partager	notion de contrôle	<i>"que nous on n'a [...] à rectifier" "de juste aller pour contrôler, on les laisse faire, et nous on vérifie derrière" "je pense que c'est possible. Après... il faut... enfin dans la juste mesure" "on sent que tous les voyants sont au vert, on les lâcher [les patients]" "on va faire [...]parce qu'on sait qu'elle est pas capable de le faire" "les patients ne peuvent pas tout gérer non plus" " le fait qu'on l'aide dans son autonomie""ça veut dire que j'ai réussi la relation, et le rendre autonome" "je pense que c'est possible. Après... il faut... enfin dans la juste mesure" "après on peut leur expliquer, ou pas" "je pense que moins il savent et mieux c'est pour eux, ils vont pas forcément comprendre, ou ça va les angoisser"</i>
	notion de responsabilité de l'IDE "de savoir" et non celle du patient		
	une tentative	"on essaie"	<i>"on essaie vraiment de faire en sorte que les gens fassent de plus en plus de choses eux même, ceux qui peuvent" on essaie" "on essaie de les laisser gérer"</i>
	pour le soignant : un "lâcher prise	"les laisser faire au	<i>"on les laisse faire, on les accompagne, on est là" "faire le plus de choses eux même"</i>

	difficile" (par rapport à leur rôle de soignant, leur champ de compétences)	maximum"	<i>" on les laisse faire" "tous les gens qui sont autonomes, et qui peuvent encore l'être, on le développe au maximum" "on les laisse faire au maximum" "les faire garder un maximum d'autonomie sur plein de choses" ""[une patiente] on la laisse faire" "ça nous arrive [...] regarder les gens faire" " on les laisse faire, s'ils sont capables" "on essaie de les laisser gérer" "si on le laisse faire certaines choses qu'il se mette en danger"</i>
Le patient est prêt	de l'ordre du ressenti de l'IDE	évaluer l'autonomie, de l'ordre de l'intuition "on le sait" , "on sait très bien"	<i>"on se dit que ce patient est prêt pour réaliser ces soins" "on estime qu'ils sont capables de gérer tout seuls" "on se dit pas là on va l'évaluer ce jour là, ça se fait naturellement" "on prend en compte tous les paramètres" "on le fait naturellement" "on le fait au quotidien" "on a vu avec elle, elle l'a fait devant nous" "c'est vraiment un ressenti" "je pense que dès le début, on le sait" "on sait très bien qu'ils ne pourront jamais faire le soin seul" "</i>

Objectifs : identifier le concept de patient partenaire

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Items
Le temps, ressource	temporalité	"il faut le temps"	<i>"ça peut nous prendre plus de temps mais, voilà, c'est aussi le but" " quand [...]on y reste très peu de temps, créer une relation ça se fait mais avec plus de temps" "les gens peuvent devenir autonomes mais dans un premier temps [...]" "on le fait au quotidien" "beaucoup plus rapide dans le sens où on passe beaucoup plus de temps avec eux" "[les ressources?] le temps" " le temps joue beaucoup" "il n'y a que le temps qui fait les choses" "il faut le temps en fait""ça se fait au fur et à mesure [...] des jours" "peut être autonome un jour, le lendemain la personne est plus fatiguée [...] ne pourra pas faire ce qu'elle a pu faire la veille"</i>
	accompagnement pas à pas, en douceur	c'est progressif	<i>"on arrête pas toujours d'un coup, on espace, on passe que deux fois semaine" "on espace en diminuant progressivement pour pas qu'ils soient lâchés non plus du jour au lendemain" "on les laisse faire, on les accompagne, on est là" "ils commencent à prendre leurs marques" "on le fait au quotidien" "on sent que tous les voyants sont au vert, on les lâcher [les patients]" " petit à petit au fur et à mesure du soin, au fur et à mesure de l'évolution, ou pas, de la maladie" "ça se fait au fur et à mesure de la relation avec la personne" "ça se fait au fur et à mesure [...] des jours"</i>
le patient au coeur de sa prise en charge	un appel à l'aide du patient	"quand c'est les patients qui font appel à nous" = une démarche qui vient du patient	<i>"quand c'est les patients qui font appel à nous, [...]ils sont beaucoup plus accueillants, beaucoup plus enclins à [...] notre venue" "c'est eux qui appellent, c'est eux qui prennent rendez-vous" "souvent une demande de leur part" "[...] c'est qu'en fait eux aussi se sentent prêts" "souvent une demande de leur part" "[une plus value énorme] de pouvoir encore faire, et savoir qu'est ce qu'on leur fait et pourquoi" "ils demandent beaucoup d'explications [...] il y en a qui essaient de comprendre" "à partir du moment où les gens sont d'accord et qu'ils ont envie en fait, c'est souvent une démarche de leur part""c'est sur tout le long de l'éducation thérapeutique"</i>
	le patient acteur de sa santé	implication du patient	<i>"s'investissent dans leur traitement, dans leur pathologie, c'est à dire qu'ils posent des questions" "il est acteur" "il est acteur de sa santé" "ils ont envie de savoir et ils ont le droit" " c'est une plus value énorme pour eux [les patients] de [...] pouvoir encore faire" "[un patient partenaire] c'est un patient qui participe à ses soins, donc qui</i>

			<i>s'implique, qui s'implique dans sa maladie, qui s'implique dans ses soins [...] avec nous, qui n'est pas passif par rapport à sa maladie</i> "d'autres ils nous laissent faire" <i>"beaucoup sont dans la demande de ça, de savoir quels médicaments ils ont, combien ils ont, à quoi ça sert" "ils ont envie"</i>
		"un travail collaboration en quelque sorte"	<i>"[un patient] c'est nous qui faisons les prises de sang, on suit un peu de loin, mais c'est lui qui appelle le médecin, c'est lui qui fait ses démarches, qui gère pas mal de choses [...] c'est sûr qu'on travail en collaboration avec lui en quelque sorte"</i>
<i>la mise en place de la collaboration parfois freinée</i>	les pré requis au partenariat avec le patient	"tout dépend de leur autonomie"	<i>"on la laisse faire de façon qu'elle soit autonome parce que justement elle est capable de le faire" "tout dépend de leur niveau d'autonomie" "il y a des gens ce sera jamais le moment parce qu'ils ont de tels troubles cognitifs qu'ils seront incapable de prendre un gant de toilette" "en fonction de l'évolution de la maladie"</i>
		"s'il a des troubles cognitifs"	<i>"il y a des gens ce sera jamais le moment parce qu'ils ont de tels troubles cognitifs qu'ils seront incapable de prendre un gant de toilette" s'ils sont vraiment pas autonomes c'est par rapport à des troubles cognitifs "enfin cognitif [...] c'est plus de l'assistanat" "il y a beaucoup au niveau cognitif" "s'il y a des troubles cognitifs énormes, ça nous limite énormément dans sa prise en charge, enfin dans son autonomie"</i>
		"tout dépend de son âge"	<i>"c'est quand même des personnes âgées, si c'est des jeunes, on les accompagne de façon qu'ils soient de plus en plus autonome" "l'approche est pas du tout la même avec un ado qu'avec une personne âgée"</i>
		notion de confiance envers le soignant	<i>"ils savent qu'à tout moment ils peuvent nous rappeler et on repassera voir s'il y a le moindre soucis" "ce binôme là il se crée naturellement"</i>
	le risque d'erreur	des risques	<i>"ils essaient mais [...] il y a beaucoup d'erreurs [...] le risque se majore" "si on parle médicament, le principal risque c'est qu'il y ait erreur dans les traitements, un mauvais dosage ou qu'il en manque" "les risques c'est le danger" "si on le laisse faire certaines choses qu'il se mette en danger"</i>
		"ça fonctionne pas toujours"	<i>"ça fonctionne pas toujours [...] par rapport à la dépendance physique et</i>

			<i>psychologique, enfin cognitif [...] c'est plus de l'assistantat et non pas du partenariat"</i>
	l'entrée dans l'intimité du patient parfois mal vécue	notion de passage infirmier, perçu comme une contrainte	<i>"comme ça elle est autonome, on la laisse tranquille" l'avantage c'est qu'il est autonome" "des gens qui ont été très autonome c'est d'accepter [...] de lâcher, de nous laisser faire. [...] c'est compliqué pour eux"</i>
	une remise en question du maintien à domicile pour le patient : accepter le passage d'un soignant / accepter son aide	pour le soignant : sentiment d'intrusion à domicile	
	en lien avec les étapes du deuil de son autonomie	"des patients parfois réfractaires"	<i>" il y a des gens qui sont un peu réfractaires à notre venue, ils sont [...] imposés [...] on impose le passage infirmier, c'est la condition de sortie ou alors les médecins obligent [...] dans ces contextes là c'est vrai que c'est plus compliqué parce que [...] c'est pas leur démarche à eux de nous avoir demandé de passer" "quand c'est une contrainte imposée par l'hôpital ou par son médecin traitant, [...] il sont un peu plus réticents" "ils se laissent complètement vivre, ils nous font confiance" "les gens qui veulent faire mais qui sont plus vraiment capables[...] des fois des compliqué" "des gens qui ont toujours été autonomes [...] et puis là ils sont plus capables, c'est compliqué"</i>
<i>La finalité</i>	la finalité : le bien être du patient	soutien psychologique du patient	<i>"lui redonner le sourire, l'aider psychologiquement aussi, le fait qu'on l'aide dans son autonomie" "ça le valorise de savoir faire, de pouvoir faire"</i>
	la finalité : le bien être au travail du soignant	confiance en soi de solides acquis d'expérience professionnelle	<i>"beaucoup de gens me connaissent, ils ont plus confiance quand c'est moi qui vais" "j'ai évolué dans ma relation au patient" "plus sûre de moi, plus sûre de mes gestes techniques" "je peux plus [au sens de davantage] l'accompagner dans le partenariat, dans la maladie, sachant que je suis plus [au sens de davantage] sûre de [moi]" "[avoir plus d'expérience] être capable de faire plusieurs choses, de prendre des initiatives par rapport à [...] il y a 33 ans" "valorisant de se dire "oh j'ai réussi à lui faire faire ça aujourd'hui" "[estime] et pour moi aussi, parce que ça veut dire que j'ai réussi la relation, et le rendre autonome"</i>

NOM : COSTARD

PRÉNOM : Olivia

TITRE DU MÉMOIRE : Mener une collaboration soignant-soigné à domicile, les pré-requis

Home patient care is increasingly common.

The establishment of collaboration between caregiver and patient becomes essential in meeting the patient needs. The goal is to take care of the patient, placing him at the heart of his own care. In order to enrich this research work, I interviewed two home nurses and collected their experience.

Through this work, I wanted first to research the impacts of a collaboration on care before considering the prerequisites for quality collaboration.

We will then see that the notion of autonomy must be taken into account and that experience plays an important role in the smooth running of the collaboration, involving self-confidence for the caregiver and mutual trust with the patient.

La prise en soin des patients à domicile est de plus en plus courante.

La mise en place d'une collaboration entre le soignant et le patient devient alors indispensable pour répondre aux besoins des patients en les impliquant au cœur de leur prise en charge. Afin d'enrichir mon travail de recherche, j'ai interrogé et recueilli l'expérience de deux infirmières à domicile.

Par ce travail, j'ai souhaité d'abord rechercher les impacts d'une collaboration sur le soin avant d'envisager les pré-requis à une collaboration de qualité.

Nous verrons alors que la notion d'autonomie est à prendre en compte puis que l'expérience occupe une place importante au bon déroulé de la collaboration, impliquant confiance en soi pour le soignant et confiance mutuelle avec le patient.

KEYWORDS : Home patient care - Collaboration - Caring - Autonomy

MOTS CLÉS : Soins à domicile - Collaboration - Expérience - Prendre Soin - Autonomie

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2018-2021