



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

## **La volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant**

Formateur référent mémoire :  
Kelig AUGER-DUCLOS

DEHOUX Maëva  
Formation infirmière  
Promotion 2019-2022

Date : 2 mai 2022



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 :**

***En quoi la volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant impacte-t-elle la prise en soin du patient ?***

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 13/04/2022**

**Identité et signature de l'étudiant : Maëva DEHOUX**

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<sup>er</sup> : 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.

## Remerciements

Dans cette partie, je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidé, directement ou indirectement pour la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier dans un premier temps Mme Kelig Auger-Duclos, ma référente mémoire qui m'a accompagnée tout au long de cette troisième année de formation dans l'écriture de ce travail.

Je souhaite également remercier les formateurs de l'IFSI du CHU de Rennes qui ont toujours été disponibles pour les étudiants malgré le contexte sanitaire particulier ainsi que les professionnels de santé que j'ai croisé tout au long de ma formation et qui m'ont permis de devenir la soignante que je suis aujourd'hui.

Je tiens à remercier Léonie, Lucile, Stéphanie, Laurie et Jennifer avec qui j'ai grandi tout au long de la formation, qui sont devenues des soignantes extraordinaires et des amies sur qui je peux compter.

Je souhaite remercier Ema, qui a toujours été là pour moi et qui est d'une grande aide et d'un grand soutien pour moi au quotidien.

Je remercie également Thomas, qui m'a soutenue et épaulée de nombreuses fois au cours de la rédaction de ce mémoire et de cette dernière année de formation.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement mes parents, mon frère et ma soeur pour leur amour sans faille, de m'avoir soutenue dans mes projets et de toujours être présents pour moi, dans les bons comme dans les mauvais moments.

## Sommaire

1. Introduction .....	p.1
2. Cheminement vers la question de départ .....	p.2
2.1 Situation d'appel .....	p.2
2.2 Questionnements et cheminement .....	p.3
3. Le cadre conceptuel .....	p.5
3.1 La volonté du patient .....	p.5
3.1.1 Qu'est-ce que la volonté ? .....	p.5
3.1.2 Que dit la loi sur le droit des patients ? .....	p.6
3.2 Le prendre soin .....	p.8
3.2.1 Que signifie prendre soin ? .....	p.8
3.2.2 La relation de confiance .....	p.9
3.3 L'exclusivité dans les soins .....	p.10
3.3.1 Le concept d'exclusivité .....	p.10
3.3.2 Le travail en équipe .....	p.11
4. Le dispositif méthodologique du recueil de données .....	p.13
5. L'analyse descriptive des entretiens .....	p.15
6. Discussion .....	p.18
6.1 La volonté du patient .....	p.18
6.2 Le prendre soin .....	p.19
6.3 L'exclusivité dans les soins .....	p.20
7. Conclusion .....	p.23
8. Bibliographie .....	p.25
9. Annexes	
10. Abstract	

## 1. Introduction

A l'occasion de ma troisième et dernière année d'études en soins infirmiers au CHU de Rennes, je réalise un travail de recherche : le Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, qui me permettra de clore mes trois années de formation. Ce travail qui a été une source d'interrogations tout au long de ma formation et de son écriture, me permet d'accomplir un travail de réflexion personnelle et professionnelle qui marquera le début de ma pratique professionnelle.

Lorsque nos formateurs nous ont demandé de commencer à réfléchir au sujet de notre mémoire, je me suis replongée dans les stages que j'avais effectué et plus particulièrement dans les situations qui m'ont interpellées et questionnées. Au début de la réflexion, je souhaitais trouver un thème en lien avec la psychiatrie, domaine qui m'intéresse tout particulièrement et vers lequel je vais peut-être m'orienter. Le côté relationnel de la prise en soin d'un patient par un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) est un côté qui m'intéresse tout particulièrement. C'est donc tout naturellement que je me suis orientée dans mes recherches vers des situations qui m'avaient questionnées d'un point de vue relationnel.

J'ai alors repensé à une situation que j'ai vécu en stage qui m'a particulièrement marquée. Elle m'a fait me questionner quant à la relation qui peut-être établie entre un patient et un soignant et à l'ampleur que peut prendre cette relation.

## 2. Cheminement vers la question de départ

### 2.1 Situation d'appel

Avant d'arriver à ma question de départ, j'ai vécu une situation en stage qui m'a particulièrement marquée.

Lorsque j'étais en stage en soins intensifs d'hépatogastro-entérologie lors de mon semestre 3, je prenais en soins une femme, Mme L, 42 ans habitant Vannes qui avait passé plus d'un mois hospitalisée au CH de sa ville d'habitation.

Elle était venue dans le service pour une hyperthermie et des douleurs abdominales persistantes à la suite d'une cholécystectomie effectuée sur le CH de Vannes 1 mois plus tôt. Elle est entrée un matin et a été accueillie par mes collègues. Étant d'après-midi ce jour-là, on me présente cette patiente aux transmissions en m'expliquant son motif d'hospitalisation ainsi que certains de ses antécédents tels qu'une tendance à faire des lombagos et à avoir des dorsalgies et une hystérectomie liée à un cancer du col de l'utérus environ 3 ans auparavant. L'équipe de matin ajoute que dès que la patiente a une température supérieure ou égale à 38°C, nous devons prélever des hémocultures. De plus, BU et ECBU ont été prélevés et envoyés au laboratoire pour analyse. Lors de son arrivée, la patiente avait une hyperthermie donc des hémocultures avaient aussi été envoyées. L'équipe du matin nous précise qu'elle est difficile à piquer, qu'ils ont difficilement réussi à la perfuser et que la perfusion était très positionnelle. De plus, Mme L avait des douleurs abdominales diffuses qu'elle cotait à 7 sur une échelle de 0 à 10. Des antalgiques de paliers 1 et 2 avaient donc été prescrits et lui avaient été administrés un peu après son arrivée, soit environ 1h avant les transmissions.

Une fois les transmissions terminées, nous allons voir Mme L. afin de nous présenter, prendre ses constantes et évaluer sa douleur. Au cours de son hospitalisation dans le service, Mme L. sera régulièrement douloureuse et hypertherme. Elle aura donc des antalgiques de manière fréquente et des hémocultures lui seront prélevées selon le protocole mis en place. Au fur et à mesure des jours, Mme L. se confie de plus en plus à moi. Elle me parle de sa fille de 5 ans qu'elle n'a pas pu voir depuis plus d'un mois car les visites sont interdites en raison du contexte sanitaire, de son épouse avec qui elle est en pleine séparation, de leur restaurant qui est fermé suite aux décisions gouvernementales, des relations fluctuantes avec sa mère depuis son enfance... Tous ces sujets sont des sources d'angoisse pour cette patiente, en plus du stress généré par le fait que les examens qu'elle avait passé n'avaient pas permis de déterminer la cause de ses douleurs et de ses hyperthermies. J'essayais donc de la réassurer et de la reconforter en étant à son écoute et attentive à ses plaintes.

Sur décision médicale, Mme L. s'est faite poser un Picc Line au bras droit du fait de son capital veineux pauvre. Un après-midi, l'infirmière a demandé à Mme L. si cela la dérangeait que ce soit moi qui fasse la réfection du pansement, ce à quoi la patiente a répondu : "pas du tout, bien au contraire, j'ai une confiance totale en Maëva". En sortant de ce soin, j'étais flattée que la patiente me fasse confiance bien que cela m'a mis une pression qui n'était pas présente auparavant. Cependant, cela n'a, en rien, changé ma façon de prendre en soin Mme L.

La patiente a passé un scanner Thoraco-Abdomino-Pelvien (TAP) après avoir effectué une prise de sang montrant des marqueurs tumoraux élevés. Le scanner a montré la présence de métastases disséminées dans la zone thoraco-abdominale de la patiente. L'annonce du diagnostic n'avait pas encore été faite lorsque cette information m'a été transmise lors des transmissions avec l'équipe de nuit. Durant ces mêmes transmissions, les collègues de nuit ont ajouté que lors de leur dernier tour vers 5h, elles avaient remarqué que le Picc Line de la patiente était retiré de quelques centimètres alors que lors de leur tour précédent, il était bien en place. Mme L. leur a expliqué qu'elle s'était levée pour aller aux toilettes et qu'elle avait tiré dessus sans le faire exprès puisque le pied à perfusion se trouvait de l'autre côté du lit par rapport aux toilettes. Elle n'a ensuite pas appelé l'équipe de nuit car elle savait que quelques heures plus tard ce serait l'équipe de matin qui viendrait pour prendre ses constantes et voir si tout allait bien. Elle savait donc que ce serait moi qui referait le pansement et les soins liés au Picc Line puisque c'était moi qui m'occupais d'elle. Elle a refusé que ce soit l'infirmière de nuit qui lui les fasse et voulait absolument que les soins soient faits par moi. Lorsque je suis allée la voir, je lui ai dit que j'allais faire les soins nécessaires mais que la prochaine fois, il fallait qu'elle prévienne l'équipe même si elle préfère que je fasse les soins, que je lui disais ça pour sa sécurité et son confort. Ne pouvant remettre le Picc Line en place, j'ai dû l'enlever. Les médecins ont décidé de ne pas en reposer et de ne pas la reperfuser. Ils lui feraient l'annonce du diagnostic dans la matinée et elle pourrait retourner chez elle par la suite.

## 2.2 Questionnements et cheminement

C'est lorsque j'ai commencé à réfléchir à la situation sur laquelle j'allais travailler pour mon analyse de pratique professionnelle que j'ai commencé à me poser des questions sur la situation que j'avais vécu avec cette patiente et sur la relation que nous avions. J'ai pourtant choisi un autre sujet pour mon analyse, n'ayant à ce moment là, pas assez de recul pour analyser correctement la situation. La prise de recul, l'avancée dans la formation ainsi que l'acquisition d'apports théoriques et pratiques, à l'école comme en stage, m'ont permis de me questionner sur cette situation afin de cheminer vers une question qui est la problématique de ce mémoire.

Les questionnements que j'ai pu avoir sont les suivants :

- Pourquoi la patiente voulait-elle exclusivement être soignée par moi ?
- Comment et pourquoi la relation soignant - soigné a-t-elle évolué jusque là ?
- Les limites de la relation soignant- soigné ont-elles été respectées ?
- Le relais doit-il être pris par d'autres soignants (Est-ce que j'aurai dû arrêter de prendre en soin la patiente) ?
- La patiente avait-elle conscience du danger encouru ?
- Comment aurait-elle réagi si je n'avais pas été présente dans le service le lendemain matin ?
- La relation soignant - soigné aurait-elle été la même si la patiente avait pu voir sa fille pendant son hospitalisation ?

Ces questionnements m'ont amené à me poser la question suivante qui est ma question de départ :

**En quoi la volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant impacte-t-elle la prise en soin du patient ?**

Au regard de ma question de départ, je vais développer les concepts suivants : la volonté et les droits du patient, le prendre soin et l'exclusivité.



### 3. Le cadre conceptuel

#### 3.1 La volonté du patient

##### 3.1.1 Qu'est-ce que la volonté ?

Le sujet de mon mémoire concerne la volonté des patients lors des soins qui leur sont prodigués. Dans un premier temps, il me semble important de définir la volonté. Selon le Larousse, la volonté est la "Faculté de déterminer librement ses actes en fonction de motifs rationnels ; pouvoir de faire ou de ne pas faire quelque chose".

La volonté d'une personne implique donc sa liberté de choisir de faire ou non quelque chose. Elle est propre à chaque individu et dépend du contexte dans lequel il se trouve. Elle peut être influencée par l'environnement, les émotions, les savoirs, la personnalité de la personne.

En psychologie, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la volonté correspond au "Pouvoir qu'a l'homme d'accomplir des mouvements et des actes en les contrôlant, c'est-à-dire en fonction d'une représentation consciente et d'une intention préalable de les accomplir; *en partic.*, ensemble des forces psychiques qui portent à l'action (d'apr. Lafon 1969)."

La volonté entraîne donc des actes qui sont effectués en toute conscience et avec l'intention de les réaliser.

Maintenant que nous avons défini la volonté, nous allons déterminer ce que signifie la volonté du patient dans un contexte d'hospitalisation.

Lors d'une hospitalisation, le patient se verra recevoir un certain nombre de soins effectués par différents soignants (IDE, AS, médecins, kinésithérapeute, ergothérapeute...). Ces soins doivent être effectués avec l'accord préalable du patient qui doit donner son consentement, comme le stipule l'article L1111 - 4 du Code de la Santé Publique (la Loi du 2 février 2016). Le consentement représente, selon le Larousse (2022), le fait de donner son approbation quant à la réalisation d'une action, d'un projet. Il correspond à un acquiescement, un assentiment. La volonté du patient dans un contexte d'hospitalisation représente le pouvoir de faire ou ne pas faire quelque chose en tant que patient. C'est-à-dire que la personne qui est aussi un patient peut choisir de faire ou non certaines choses, qui seront en lien avec son hospitalisation et son état de santé comme demander un éclaircissement sur une information, poser des questions... De plus, le consentement du patient concernant des possibles soins qui seront réalisés doit être obtenu comme le mentionne l'article 36 du Code déontologie des médecins, dont la dernière mise à jour date du 8 août 2004. Le patient peut

vouloir être soigné par un soignant ou par un autre ou au contraire peut refuser d'être soigné par un soignant ou un autre. On retrouve régulièrement dans les unités de soins, le cas d'une patiente qui ne souhaite pas que ses soins d'hygiène soient effectués par un soignant de sexe masculin.

Cependant, cette volonté mettrait en difficulté l'équipe soignante de par la complexité de l'organisation qui devrait être mise en œuvre afin de répondre au souhait de chaque patient qui voudrait ou non être soigné par tel ou tel soignant.

D'après le site du Service Public, les directives anticipées sont une ressource permettant à une personne majeure de "préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés" (n.d.). Les directives anticipées permettent aux équipes soignantes de respecter la volonté d'une personne en fin de vie qui ne peut plus s'exprimer.

On retrouve aussi la personne de confiance qui est désignée par le patient et qui a pour rôle d'accompagner le patient à ses rendez-vous médicaux si ce dernier le souhaite, d'aider le patient à prendre des décisions concernant sa santé ainsi que d'informer le médecin des volontés du patient si celui-ci n'est pas en mesure de les exprimer. Ces informations permettront au médecin d'être guidé pour prendre ses décisions.

Ces moyens mis à disposition des patients mettent en exergue l'intention et l'importance de respecter la volonté des patients, qu'ils puissent s'exprimer ou non.

Jusqu'où la volonté du patient d'être soigné de telle ou telle manière peut-elle aller vis-à-vis de la loi ?

### 3.1.2 Que dit la loi sur les droits des patients ?

Dans ce contexte, la loi permet d'établir une organisation qui doit prendre en compte la volonté des patients tout en garantissant la sécurité et la faisabilité des soins effectués par les soignants.

Selon l'article L 1111 - 4 du Code de la Santé Publique (loi du 2 février 2016), une personne a le droit de prendre les décisions concernant sa santé, en ayant accès à toutes les informations et recommandations dont il aura besoin pour prendre cette décision.

De plus, "Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif". La

décision du patient doit être respectée. Si cette décision prise par le patient, en tenant compte des informations, conséquences et de leur gravité met en danger la vie du patient, alors cette décision doit être renouvelée dans un délai avisé. Le patient peut faire appel à une autre personne du corps médical. La dignité du patient et la qualité de sa fin de vie doivent être assurés notamment grâce à la mise en place de soins palliatifs. Enfin, l'article L 1111 - 4 du Code de la Santé Publique indique qu'aucun "acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment". Pour PITTE (2019), le consentement libre aux soins correspond à un consentement reçu du patient sans que celui-ci se trouve sous une quelconque contrainte. Le consentement éclairé signifie quant à lui à un "consentement obtenu après avoir informé le patient des traitements, des risques fréquents et graves normalement prévisibles et des conséquences éventuelles".

Le patient a donc le droit d'accepter librement qu'un traitement ou un soin lui soit donné, tout comme il a le droit de choisir quel traitement il souhaite si plusieurs traitements lui sont proposés. Ce choix doit se faire par le patient qui peut demander l'avis de sa personne de confiance, de son entourage, tout en connaissant les bénéfices et risques possibles de chaque traitement.

D'après le Ministère des Solidarités et de la Santé, la Charte du patient hospitalisé a été mise en place en 1995 et a évolué par la suite notamment avec l'instauration de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 6 août 2004 relative à la bioéthique, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Dans cette charte, on retrouve une partie dédiée au consentement des patients lors des soins. En effet, la quatrième partie de la charte stipule qu'"un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient". Le consentement doit être "préalable" et "libre". La partie suivante mentionne qu'"un consentement spécifique est prévu pour certains actes", comme par exemple dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, le don et l'utilisation des éléments, des organes et des produits du corps humains ou encore l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Le consentement concerne le prendre soin puisqu'il fait partie intégrante de ce dernier. En effet, le consentement doit être demandé avant de réaliser n'importe quel geste ou soin auprès du patient.

## 3.2 Le prendre soin

### 3.2.1 Que signifie prendre soin ?

Selon De Koninck (2013), dans un premier temps, le mot “soigner” détient un sens qui signifie “jusque dans les moindres détails” comme nous pouvons le voir avec l’expression “un travail très soigné”. Dans une situation où une personne est hospitalisée et que des soins lui sont prodigués, en prenant en compte le fait que “soigner” puisse avoir plusieurs sens, T. De Koninck considère que le soin doit manifester un respect de la dignité de la personne et des exigences que cette dignité entraîne à propos de son esprit, de son corps, de sa culture et des relations interpersonnelles qui sont indispensables à son bien-être.

D’après le CNRTL (n.d.), la dignité correspond au “sentiment de la valeur intrinsèque d’une personne ou d’une chose, et qui commande le respect d’autrui”. Le prendre soin fait donc référence à la dignité et au respect de la personne et de sa dignité. A travers le prendre soin, le soignant doit prendre en compte la valeur intrinsèque à chaque personne et doit la traiter avec considération et égards, quels que soient son sexe, sa culture, ses origines, sa religion, son état de santé physique et mentale.

Selon le site [Dictionnaire.orthodidacte.com](http://Dictionnaire.orthodidacte.com), la dignité se définit comme “le respect qui est dû à quelqu’un ou à quelque chose, et notamment le respect dû à une personne juste parce que c’est un être humain.”

Walter Hesbeen est l’un des pionniers dans la définition du prendre soin. En effet, W. Hesbeen est un infirmier et docteur en santé publique de l’Université catholique de Louvain en Belgique. Selon la définition qu’il donne dans l’article “Le caring est-il prendre soin ?” (1999), Walter Hesbeen considère que “prendre soin c’est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé”.

La prise en soin est donc un acte qui vise à épauler autrui afin qu’il retrouve ou conserve un état de bien-être et de bonne santé dans une situation distincte. Dans un contexte d’hospitalisation, la personne qui prend soin est alors un soignant et la personne prise en soin est un patient. A travers cette définition, on remarque que chaque situation est singulière et que le soignant doit donc s’adapter à la situation, au patient et à son vécu.

Le patient est dans une situation où sa santé et/ou son bien-être est/sont dégradé(s). Le soignant est alors présent dans ce cas pour tenter d’accompagner le patient dans l’amélioration de sa santé et/ou de son bien-être physique et psychologique. Si l’amélioration de sa santé n’est pas possible, alors le soignant doit tout mettre en œuvre pour favoriser le bien-être du patient et l’améliorer ou le maintenir au possible.

Dans le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné (2018)*, la vision de Michel Nadot est utilisée pour définir le prendre soin. Selon ce dernier, le prendre soin doit inclure 3 dimensions : le prendre soin de l'humain quelque soit son âge, le prendre soin de la vie du groupe car l'être humain vit en communauté et le prendre soin de la vie du domaine (de l'environnement du soin) avec les aspects socio-économiques, logistiques et domestiques. Le prendre soin est donc vu comme un acte qui doit prendre en compte l'être humain dans sa globalité, ce qui comprend aussi son environnement et pas seulement l'aspect physique et psychologique de la personne.

### 3.2.2 La relation de confiance

Dans le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné (2018)*, la notion de confiance est décrite comme relevant "d'une croyance spontanée ou réfléchie en la valeur éthique d'une autre personne ayant la capacité de respecter une confiance." La relation de confiance se base sur le fait qu'une personne puisse se fier et se confier à une autre personne, sans que ses confidences ne soient répétées. La confiance présente dans une relation induit une sensation de sécurité qui favorise les confidences liée à l'espoir et la communication des besoins.

Dans cette même définition de l'ouvrage, on retrouve 4 étapes d'évolution de la relation de confiance entre un soignant et un soigné selon Hildegarde Peplau :

- étape d'orientation : les personnes participant à la relation se présentent et cherchent du contact et de la sécurité
- étape de mise à l'épreuve : le patient aspire à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir envers le soignant avant de poursuivre la relation de s'y engager encore plus
- étape d'exploitation de la relation : les personnes communiquent afin de trouver des solutions. Chacune d'entre elles est acceptée telle qu'elle est
- étape de fin de relation : les personnes font un point sur ce qui s'est passé, concluent la relation et créent des liens avec d'autres personnes

Un lien de confiance peut donc s'établir entre un soignant et un soigné au cours du développement de la relation soignant-soigné. Le soigné peut se sentir en sécurité avec le soignant, ce qui favorisera son envie et sa capacité à se confier à lui.

Une confiance entre un soignant et un soigné permet une meilleure observance de la part du patient. Cette confiance peut être associée à l'alliance thérapeutique qui est définie par Margot

Phaneuf (n.d.) comme un “lien qui s’établit entre la soignante et le soigné et qui favorise la mise en commun d’un projet de soins”.

L’objectif de l’alliance thérapeutique est d’obtenir le mieux-être du patient, qu’il soit physique ou psychologique afin de favoriser sa prise en soins. Le soignant adopte alors un comportement d’empathie, de soutien, de non-jugement et de considération positive pour le patient qui peut s’appuyer sur lui.

L’alliance thérapeutique est basée sur différentes relations qui sont développées entre le soignant et le soigné. En effet, dans un premier temps, la relation de civilité permet d’accueillir le patient. Ensuite, la relation fonctionnelle est orientée vers le patient et la satisfaction de ses besoins. Puis on retrouve la relation de confiance dans laquelle le patient peut se confier au soignant. Enfin, la dernière relation sur laquelle l’alliance thérapeutique est basée est la relation d’aide. Dans cette dernière, le patient trouve de l’empathie et de l’énergie pour agir.

Voir annexe V.

### 3.3 L’exclusivité dans les soins

#### 3.3.1 Le concept d’exclusivité

Selon le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) (n.d.), l’exclusivité correspond à un droit ou une propriété uniquement réservée à une personne ou à un groupe de personnes.

L’exclusivité dans les soins correspond à la réalisation de l’intégralité des soins d’un patient par un seul et unique soignant. Le patient se verra donc toujours soigné par la même personne. Cela implique que le soignant soit disponible tout au long de la journée et la nuit afin de répondre aux demandes du patient et qu’il soit en capacité de réaliser tous les soins dont le patient a besoin. La relation entre le patient et le soignant doit être favorable au développement d’une relation exclusive qui se construit sans qu’il n’y ait de conflits dès le début de la relation.

L’exclusivité dans les soins peut aussi être perçue comme étant le refus d’un patient d’être soigné par un ou plusieurs soignant(s).

L’exclusivité dans les soins permet de maintenir et continuer à faire progresser, voire de construire, une relation soignant-soigné basée sur la confiance, si le patient et le soignant sont d’accord sur le fait que la relation soignant-soigné sera exclusive.

Chaque soignant peut avoir une relation d’exclusivité avec un patient pendant le soin.

Tous les soignants créent des relations singulières avec les soignés mais cela ne doit pas impacter le reste de l’équipe/du travail en équipe, ni la prise en soin du patient. Rester dans le partage

d'informations, garder la juste distance entre ce qui est confidentiel et la nécessité de partager les informations avec le reste de l'équipe est une compétence primordiale dans la prise en soin du patient et dans la relation avec les collègues, qu'ils soient du milieu médical ou paramédical.

### 3.3.2 Le travail en équipe

L'équipe peut être définie comme un "ensemble de personnes travaillant à une même tâche" selon le Larousse.

Gilles Amado et Paul Fustier (2012) définissent l'équipe comme "un groupement de sujets que réunit un « projet » commun lié à l'exécution de la tâche primaire dévolue à l'institution (soigner, produire des objets symboliques ou réels, gagner des matchs...)"

L'équipe comprend donc plusieurs personnes qui travaillent et collaborent ensemble dans un but commun. Dans une équipe soignante, les personnes seront les soignants qui peuvent comprendre les aides-soignant(e)s, les IDE mais aussi les médecins, les kinésithérapeutes, les diététiciennes, le cadre de santé... qui travaillent ensemble dans un seul et même but commun : soigner les patients et améliorer leur bien-être et leur confort.

Une équipe soignante implique une organisation particulière qui est mise en place afin de faciliter la prise en soin des patients. Cette organisation, qui bien que propre à chaque service, comprend généralement des similitudes entre ces derniers. En effet, les services de soin fonctionnent généralement de la même manière en ce qui concerne l'organisation d'une journée.

Des désaccords entre soignants peuvent avoir lieu au sein d'une équipe soignante, ce qui peut générer des tensions. Les causes des désaccords peuvent être diverses : pratiques professionnelles différentes d'un soignant à l'autre, relation compliquée entre deux soignants...

Une relation consensuelle entre les membres d'une équipe soignante permet une prise en soin plus efficace des patients. En effet, l'accord des soignants sur une manière de faire va permettre une prise en soin plus harmonieuse et qui sera donc plus efficace.

Selon Dumas & al., 2016, p.45 à 67, le travail en équipe de soins est défini comme un "processus dynamique impliquant deux professionnels du soin ou plus avec des connaissances complémentaires et des compétences, partageant des objectifs médicaux et de soins communs et exerçant des efforts mentaux et physiques concertés en évaluant et organisant les soins aux patients". Le travail en

équipe de soin permet donc aux soignants d'évaluer ensemble une situation clinique et de santé et d'organiser les soins qui peuvent être prodigués au patient dans le cadre de sa prise en soin.

Le travail en équipe, tout comme la relation soignant-soigné, doit se baser sur une confiance mutuelle afin de pouvoir prendre en soin efficacement les patients.



#### 4. Le dispositif méthodologique du recueil de données

Le premier objectif de mes entretiens est de connaître l'expérience professionnelle des personnes interviewées. Le but étant de connaître la population interrogée et de prendre en compte leurs expériences professionnelles lorsqu'elles répondent aux questions posées. Le deuxième objectif des entretiens est d'identifier un contexte de soin autour de l'exclusivité dans les soins dans le but de connaître la ou les situations que les infirmiers interrogés ont vécu et de discerner la relation soignant-soigné alors en place. Le troisième objectif est de reconnaître la posture professionnelle adoptée par le soignant lors de leur situation afin d'identifier les différentes actions qui peuvent être mises en place lors d'une situation d'exclusivité. Enfin, le quatrième objectif des entretiens est d'identifier les répercussions d'une telle situation dans le but de connaître les conséquences que peut avoir une situation d'exclusivité dans les soins au sein d'une équipe soignante et vis-à-vis du patient.

Les infirmiers interrogés travaillent dans des services différents, l'un en réanimation médicale et l'autre en service de consultations/hôpital de jour de dermatologie. De plus, l'un exerce en réanimation médicale depuis 1 an et demi et l'autre travaille aux consultations/hôpital de jour de dermatologie depuis 5 ans (depuis 10 ans en dermatologie) en ayant travaillé dans différents services avant. Les expériences sont donc diverses, tout comme les services d'exercice des infirmiers ainsi que leurs expériences passées, ce qui permet d'avoir une diversité des points de vue.

Les deux entretiens effectués sont des entretiens semi-directifs.

Pour le premier entretien, ma formatrice référente mémoire m'a mise en relation avec une de ses connaissances. Elle lui avait au préalable expliqué le sujet de ce mémoire afin de savoir s'il avait déjà vécu une situation d'exclusivité. Je l'ai ensuite contacté par SMS en me présentant et en lui demandant quelles étaient ses disponibilités pour fixer une date d'entretien. L'entretien a donc été réalisé le lendemain après-midi en visio sur demande de l'infirmier interrogé. Je lui ai demandé avant de commencer l'entretien s'il acceptait que j'enregistre ce dernier, ce que j'ai pu faire avec mon téléphone. Le deuxième entretien a été effectué auprès d'une infirmière en service de dermatologie, service dans lequel j'ai été en stage lors de mon semestre n°6. Elle m'a demandé quel était le sujet de mon mémoire et m'a alors confié avoir vécu des situations d'exclusivité dans les soins. Je lui ai alors demandé si elle était d'accord pour que je l'interviewe, ce qu'elle a accepté. Nous avons fixé un rendez-vous la semaine suivante et avons effectué l'entretien dans l'un des bureaux du service des

consultations en dermatologie. J'ai également enregistré l'entretien avec mon téléphone après avoir eu l'accord de l'infirmière interrogée.

## 5. L'analyse descriptive des entretiens

Les définitions du mot "exclusivité" données par les infirmiers sont variées. On retrouve la notion de singularité et de restriction. Le mot exclusivité est, selon l'un des infirmiers, un mot fort de part cette notion d'exclusion et de restriction. De plus, le fait qu'un patient souhaite être soigné spécifiquement par un soignant peut mettre en valeur ce dernier, le valoriser et le rassurer dans sa prise en soin et dans l'exercice de son métier. Il peut alors développer un sentiment de reconnaissance, un sentiment d'être un bon soignant. Cela crée un côté plaisant et réconfortant qui pourrait mener à un comportement vaniteux de la part du soignant d'après la deuxième infirmière. Les causes identifiées de l'exclusivité dans les soins sont diverses, multifactorielles et elles sont propres à chaque personne et à chaque situation. On retrouve par exemple l'ancienneté du soignant dans le service, qui crée chez les patients des repères qui leur sont rassurants. De plus, les médecins auront tendance à orienter les patients vers les infirmier(e)s ayant le plus d'ancienneté dans le service pour réaliser certains soins. Par ailleurs, le fait de s'intéresser au patient et de lui porter son attention peut engendrer une volonté d'exclusivité. En effet, le patient sent que le soignant est à son écoute, qu'il s'intéresse à lui en lui posant des questions sur ses habitudes de vie, sur les raisons qui l'ont amenés à être hospitalisé. Cela montre au patient que le soignant est avec lui, qu'il n'a pas la tête ailleurs et ne regarde pas ou ne fait pas autre chose en même temps qu'il soigne le patient, qu'il est disposé à répondre à ses besoins, ses questions... Enfin, une autre cause pouvant mener à l'exclusivité dans les soins est une relation difficile entre un patient et un ou plusieurs soignant(s) ce qui peut amener le patient à vouloir être soigné par un soignant en particulier. Une relation compliquée entre un soignant et un patient peut se caractériser par un défaut de communication, le courant qui ne passe pas bien, une relation distante bien que respectueuse...

Les postures professionnelles adoptées par les soignants dans ce contexte sont tout aussi variées, bien que certaines prédominent sur les autres. En effet, on remarque que passer le relai est l'une des attitudes les plus utilisées par les soignants lors d'une situation dans laquelle un patient souhaite être soigné exclusivement par un soignant ou au contraire refuse d'être soigné par un soignant en particulier. Les infirmiers mettent en exergue l'importance de faire du lien entre les soignants et les patients et de les rassurer afin d'assurer un relai qui se passera dans les meilleures conditions possibles. Les patients ont besoin d'être rassuré parce que le passage de relais est synonyme de changement, ce qui peut être anxiogène chez certaines personnes. L'objectif est d'expliquer au patient que le soin se passera bien aussi avec les autres soignants, que ceux-ci sont compétents, qu'il peut leur faire confiance. De plus, la deuxième infirmière exprime le fait que le patient doit alors

apprendre à faire confiance aux autres soignants. Les soignants ont parfois eux aussi besoin d'être rassurés. En effet, ils ont besoin de comprendre ce qui peut être la cause de la volonté d'exclusivité d'un patient et de savoir que cela ne vient pas d'eux directement mais parfois des formations qu'un(e) autre soignant(e) a en plus par exemple.

Ensuite, on retrouve une posture qui s'oriente vers le fait de garder en mémoire les faits tout en trouvant des solutions et en se focalisant sur autre chose que la volonté d'exclusivité du patient ou son refus d'être soigné par un soignant en particulier. En effet, les soignants gardent en tête ce genre de situation car ils devront s'adapter et "faire avec" du mieux possible, notamment parce que les roulements d'équipes ne peuvent pas forcément être inversés, que le soignant que le patient demande n'est pas toujours présent. De plus, des solutions peuvent être trouvées afin de favoriser une prise en soin de qualité tout en respectant les volontés du patient. Donner des techniques au patient qu'il peut appliquer n'importe quand afin que le soin se passe bien même avec d'autres soignants ou utiliser des distractions notamment avec les enfants sont des techniques qui peuvent être utilisées pour pouvoir passer le relai à d'autres soignants sans générer d'anxiété pour le patient, ou au moins en la limitant. Le premier infirmier interrogé essaie de "faire page blanche" afin de repartir à zéro et repartir sur de bonnes bases. Il essaie dans ce genre de situation de passer outre en trouvant des solutions, des alternatives, des compromis, que ce soit sur du court ou du plus long terme.

D'autre part, se recentrer sur le soin est aussi une solution utilisée pour se focaliser sur autre chose que sur la volonté d'exclusivité. Enfin, la communication est un outil important pour les soignants comme pour les patients de manière à exprimer les ressentis de chacun et trouver un consensus qui permettra de maintenir une prise en soin adaptée. Le but est d'exposer clairement les choses avec le patient, d'extérioriser ce qui ne l'a pas été, ne pas attendre que la relation se dégrade même s'il est conseillé de laisser quelques heures si le soignant ou le patient n'est pas en mesure d'entendre ce que l'autre peut avoir à dire. En outre, chacune des parties peut donner son avis sur des choses qu'il a pu ne pas apprécier ou accepter, le soignant peut expliquer l'importance de tel ou tel acte dans la prise en soin du patient. L'objectif final est de trouver une solution ou un compromis qui permet de continuer la prise en soin du patient.

La volonté d'exclusivité du patient peut engendrer différentes répercussions, notamment un bouleversement des habitudes du patient. En effet, un changement peut s'opérer lorsque le patient est habitué à être soigné par une personne en particulier et que cette dernière ne peut assurer la prise en soin. Les changements de soignant peuvent être anxiogènes pour le patient qui a pris des habitudes avec un soignant et qui ne sait pas comment vont se passer les soins avec quelqu'un

d'autre. Par ailleurs, l'infirmière interrogée explique que l'habitude peut faire que certaines informations ne sont pas prises en compte car elles sont habituelles. De plus, on remarque une perte de la confiance entre le soignant et le patient ainsi qu'une perte de l'alliance thérapeutique et une dégradation de la relation, de par les tensions et les doutes que la situation peut engendrer. L'infirmière décrit alors une relation à sens unique, déséquilibrée et sans attache. En outre, la volonté d'exclusivité peut mener à un refus de soin de la part du patient ainsi qu'à une rupture dans la prise en soins, qui va se caractériser par une peur du soignant qui prend le relai de voir la relation avec le patient aboutir de la même manière qu'avec son collègue lorsqu'il s'agit d'un refus de soin.

Par ailleurs, on peut observer des vécus ambivalents de ce genre de situation de la part des patients et des soignants. En effet, le patient peut, lorsqu'un soignant décide de passer le relai à un collègue, refuser d'être soigné par ce collègue. Parfois, le patient refuse de discuter, d'adresser la parole au soignant. Les patients peuvent donc mal vivre l'exclusivité lorsque celle-ci est rompue. Pourtant, on remarque parfois que l'arrêt de l'exclusivité peut être bien vécu par les patients, notamment lorsque les soins se passent bien avec les autres soignants. Dans ce contexte, les patients sont heureux de revoir le soignant avec qui la relation était exclusive. De leur côté, les soignants peuvent être déçus et lassés qu'un patient souhaite constamment être soigné par quelqu'un d'autre.

## 6. Discussion

Pour rappel, ma question de départ est la suivante : En quoi la volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant impacte-t-elle la prise en soin du patient ?

Après avoir défini les différents notions et concepts de ma problématique dans le cadre conceptuel, je vais dans cette discussion comparer les informations présentes dans ce dernier avec les données formulées lors des entretiens avec les infirmiers. De plus, dans cette partie, il sera possible pour moi d'exprimer mon opinion en ce qui concerne l'exclusivité dans les soins.

### 6.1 La volonté du patient

Grâce à mes différentes recherches, j'ai pu définir la notion de volonté d'une personne. La volonté est le fait qu'une personne puisse décider librement de ses actes, de ce qu'elle souhaite faire ou ne pas faire. La volonté implique donc le choix et est faite consciemment par les personnes. Dans la définition du Larousse comme dans la définition donnée sur le site du CNRTL, on retrouve la notion de détermination des actes par une personne, tout en prenant en compte son environnement pour prendre la décision de l'accomplissement ou du non accomplissement de ces actes.

Dans les soins, la volonté du patient aura un impact sur sa prise en soin. En effet, le patient peut décider d'accepter ou de refuser un soin, tout comme il peut demander à ne pas être soigné par un soignant en particulier.

Je n'ai pas recueilli d'informations dans mes entretiens concernant la volonté des patients, je ne peux donc pas confronter les informations de mon cadre conceptuel avec des informations tirées des entretiens réalisés.

Pour moi la volonté du patient représente ce que le patient souhaite, ce qu'il veut dire, faire, accepter ou au contraire ne pas dire, ne pas faire ou refuser. La volonté du patient est un élément fondamental selon moi. En effet, j'essaie de respecter au maximum le souhait des patients, leur volonté. Le recueil du consentement est un élément que je considère comme indispensable au soin. Il permet d'expliquer le soin au patient, de lui demander s'il est d'accord pour qu'on effectue le soin de telle ou telle manière, de savoir s'il préfère qu'on fasse le soin plus tard, d'une autre manière ou qu'il refuse complètement le soin. Une personne, que ce soit dans un contexte de soins ou non, doit pouvoir choisir d'accepter ou de refuser des actions qui auront des conséquences directes sur leur personne, qu'elles soient physiques ou psychologiques. Avant de rentrer dans une chambre, je frappe à la porte et j'attends que le patient réponde pour entrer, si j'ai un soin à effectuer, j'explique le

déroulé de ce dernier, l'intérêt de le faire et je demande au patient s'il est d'accord pour je lui prodigue ce soin. Si j'ai besoin de m'asseoir, de m'installer, je demande au patient si je peux m'asseoir auprès de lui, sur une chaise par exemple, si je peux décaler ses affaires pour que je puisse poser mon plateau de soins. Ces petites actions sont très importantes pour moi car elles permettent de ne pas envahir l'espace personnel et d'intimité du patient, de recueillir son consentement.

Du point de vue législatif, je n'ai pas trouvé de texte ou d'article abordant la notion d'exclusivité. Plusieurs textes abordent la notion de consentement dans les soins mais aucun ne permet de faire face à une situation dans laquelle un patient souhaite une exclusivité.

## 6.2 Le prendre soin

On remarque que le mot soigner possède plusieurs sens en fonction du contexte dans lequel il est employé. Dans le cadre des soins, T. De Koninck aborde la définition du mot "soin" par une notion de respect de la dignité de la personne ainsi que de son corps, de sa culture, de son esprit. On remarque que le CNRTL et le site [Dictionnaire.orthodidacte.com](http://Dictionnaire.orthodidacte.com) se mettent en accord sur le fait que la dignité se définit par le fait de respecter autrui.

Pour Walter Hesbeen, le prendre soin a pour objectif de venir en aide à une personne, de contribuer à son bien-être et à sa santé en lui portant une attention particulière. D'après la vision de M. Nadot, le prendre soin doit englober trois dimensions indispensables qui permettent d'enclorre la personne dans sa globalité, avec notamment les aspects socio-économiques, logistiques, domestiques, communautaires.

Je n'ai pas parlé du prendre soin dans mon guide d'entretien donc les infirmiers interrogés ne l'ont pas abordé. Je vais donc donner mon avis et mon point de vue sur ce sujet.

De mon point de vue, le prendre soin correspond au fait de faire attention à une personne, à son état de santé physique et psychologique et agir dans le but d'aider cette personne à améliorer sa santé, de la soutenir, en prenant en compte son environnement, sa religion, sa culture, ses besoins et en respectant sa dignité et sa volonté. En effet, la dignité d'une personne correspond au respect de celle-ci, simplement parce qu'elle est un être humain et ce quels que soient ses croyances, ses valeurs, ses origines, son statut social, sa religion. Le prendre soin implique que la personne prise en soin ainsi que la personne qui prend soin soient en relation. La personne prise en soin doit accepter l'aide que la personne qui souhaite prendre soin lui propose. En général, pour qu'une personne accepte de l'aide, il faut qu'une confiance s'instaure entre l'aidé et l'aidant. Une relation de confiance entre le soignant et le soigné s'installe en général au fur et à mesure de la prise en soin, du temps et

des échanges entre les deux personnes. Pour moi, la confiance entre le soignant et le patient permet une meilleure observance de la part du patient qui n'aura alors pas de méfiance envers ce que lui propose le soignant et qui osera poser des questions sur son/ses traitement(s) s'il a des interrogations.

### 6.3 L'exclusivité dans les soins

L'exclusivité est un concept qui a été défini de manière différente par les infirmiers interrogés. En effet, le premier infirmier expose la notion de singularité, "une relation singulière entre deux parties". La deuxième infirmière interrogée dépeint les notions de restriction et d'exclusion. Elle explique ensuite que pour elle, dans un contexte de soins, elle définirait l'exclusivité comme la demande d'un patient d'être soigné spécifiquement par un soignant. Le CNRTL définit quant à lui l'exclusivité comme un droit ou une propriété qui est réservée à une ou à un groupe de personnes.

Le premier infirmier a plutôt abordé l'exclusivité dans les soins dans la mesure où le patient refuse d'être soigné par un soignant en particulier alors que la deuxième infirmière l'a plutôt exposé dans un point de vue dans lequel le patient souhaite être soigné exclusivement par un soignant et ne veut pas être soigné par quelqu'un d'autre.

D'un côté, dans le cas où le patient ne veut pas être soigné par un soignant, si les soignants répondent à cette demande, il faudrait que le soignant ne travaille jamais dans le secteur dans lequel le patient est, si le service comprend plusieurs secteurs. Si ce n'est pas le cas, cela impliquerait soit que le soignant ne travaille pas durant la période d'hospitalisation du patient, soit qu'une autre personne soit présente en plus pour prendre soin du patient en question pendant que l'infirmier que le patient ne veut pas prendre en soin les autres patients du service. Ces organisations sont difficiles voire même impossibles à mettre en place. Ne pas faire travailler un soignant dans un secteur est faisable mais peut créer des conflits et des désaccords avec d'autres membres de l'équipe qui eux aussi pourraient demander à ne pas travailler dans tel ou tel secteur. De plus, ne pas faire travailler un soignant durant la durée d'hospitalisation d'un patient est irréalisable, tout comme faire venir un autre soignant spécifiquement pour ce patient.

D'un autre côté, dans la situation où un patient demande à être soigné exclusivement par un soignant, pour répondre à cette demande, le soignant désigné devrait travailler vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Or, cela n'est pas possible.

Dans les deux cas, la mise en place d'une organisation permettant de respecter la volonté du patient est difficile voire impossible à effectuer. De plus, dans ces cas de figure, un seul patient dans le



service et ou dans le secteur demande à avoir une exclusivité, cependant si plusieurs d'entre eux font cette demande, aucune organisation ne pourrait permettre d'y répondre.

Je pense que l'exclusivité dans les soins peut avoir des avantages comme des inconvénients, pour le patient et pour le soignant. En effet, pour le patient, l'avantage est qu'il n'aura pas à répéter plusieurs fois son histoire puisque le soignant la connaîtra. De plus, pour le patient comme pour le soignant, des habitudes s'installeront, ce qui permettra au soignant de connaître la façon dont le patient vit le mieux les soins qui lui sont prodigués, connaître ses habitudes de vie... De plus, la relation qui se développera entre le soignant et le patient sera une relation de confiance, ce qui peut favoriser la prise en soin du patient de part l'alliance thérapeutique qui pourra se créer. La deuxième infirmière interviewée explique aussi que le fait qu'un patient souhaite être soigné exclusivement par un soignant apporte un sentiment plaisant, rassurant et valorisant au soignant.

Parlons maintenant des inconvénients et des conséquences que l'exclusivité dans les soins peut avoir. Ce qui revient le plus dans les entretiens que j'ai pu effectuer est le fait que des habitudes vont s'instaurer lorsqu'un patient est soigné exclusivement par un soignant. D'après la deuxième infirmière, les changements sont en général difficiles à accepter pour les patients qui sont habitués à être soignés exclusivement par un soignant. En outre, elle explique que le fait d'avoir des habitudes instaure une routine qui peut être néfaste pour le recueil d'informations qui vont paraître sans importance aux yeux du soignant et du patient qui y sont habitués alors que cette information peut être importante pour adapter la prise en soin du patient. Ensuite, le premier infirmier interviewé met en exergue le fait qu'une perte de confiance entre le soignant et le patient peut s'observer, que l'alliance thérapeutique et la relation peuvent se dégrader, notamment dans le cas où le patient ne souhaite pas être soigné par un soignant en particulier. L'infirmier met aussi en avant le fait que le patient peut refuser un ou des soin(s) s'il est effectué par le soignant par qui il ne veut pas être soigné. De plus, dans la situation que j'ai vécu, on remarque que la patiente, qui souhaitait être exclusivement soignée par moi, n'a pas voulu appeler l'équipe de nuit car elle voulait que ce soit moi qui lui fasse les soins. De surcroît, ce même infirmier indique que dans son cas, il avait peur qu'il y ait une rupture dans la prise en soin et que "cette rupture se renouvelle" avec lui lorsqu'il prendrait en soin le patient qui ne souhaite pas être soigné par un de ses collègues.

Par ailleurs, la deuxième infirmière témoigne du fait que d'un côté les patients peuvent mal vivre le fait de rompre l'exclusivité et de l'autre, qu'ils peuvent finalement apprécier ce changement. On remarque aussi que l'exclusivité peut avoir des conséquences sur les équipes soignantes. Effectivement, Amado et Fustier définissent l'équipe comme "un groupement de sujets que réunit un « projet » commun lié à l'exécution de la tâche primaire dévolue à l'institution (soigner, produire des

objets symboliques ou réels, gagner des matchs...)'". L'objectif d'une équipe soignante est alors de soigner les patients et d'améliorer leur bien-être physique et mental et leur confort. Dans une équipe soignante, les membres entretiennent tous une relation singulière les uns avec les autres. Des liens de confiance et d'attachement peuvent se créer entre certains membres du groupe, ce qui peut favoriser la prise en soin des patients de part la facilitation à trouver des compromis lors de désaccords rencontrés par exemple. Lorsqu'un patient demande à être soigné exclusivement par soignant, d'après la deuxième infirmière interviewée, les collègues peuvent être déçu(e)s de voir que le patient ne souhaite pas être soigné par elles et qu'il veut tel soignant pour sa prise en soin. Cela peut créer des tensions au sein de l'équipe soignante.

Ces apports, qu'ils proviennent de mes recherches ou des entretiens que j'ai pu effectuer avec des professionnels, m'ont permis de prendre du recul sur la situation que j'avais vécu en stage et de comprendre comment la relation entretenue avec la patiente a pu évoluer pour arriver au point de la volonté de l'exclusivité de sa part. J'ai aussi compris l'importance de savoir passer le relais lorsque cela est nécessaire, que ce soit parce qu'on se sent en difficulté, parce qu'on sent que la relation avec le patient va au-delà de nos limites ou encore parce que ce dernier ne souhaite pas être soigné par nous. Il faut aussi savoir discuter, avec l'équipe soignante et aussi avec le patient, savoir se remettre en question et remettre en question sa pratique professionnelle, qui parfois, peut ne pas être adaptée à tous les patients.

Ces apports m'ont aussi permis de comprendre l'importance de la place d'un soignant au sein d'une relation soignant-soigné. En effet, à l'avenir, j'essaierai d'être plus attentive à l'évolution de la relation que j'entretiens avec les patients afin d'éviter qu'ils demandent l'exclusivité. D'une part parce que cela peut entraîner de leur part un refus de soin et d'autre part parce que je sais aujourd'hui que cela peut avoir un impact sur le reste de l'équipe soignante.

Nous avons vu dans ce travail que la volonté du patient a un impact majeur sur sa prise en soin, notamment de par l'exclusivité, et donc par la relation entretenue avec les soignants. Afin de poursuivre ce travail, je pense qu'il serait intéressant de se questionner sur la problématique suivante : Comment la relation soignant-soigné peut-elle impacter les décisions du patient vis-à-vis de sa prise en soin ?

## 7. Conclusion

Nous allons maintenant passer à la dernière partie de ce travail d'initiation à la recherche, durant lequel nous nous sommes attachés à répondre à la question suivante : En quoi la volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant impacte-t-elle la prise en soin du patient ?

Pour y répondre, j'ai élaboré un cadre composé de trois parties distinctes mais qui ont un lien entre elles, dans lequel j'ai exposé des apports théoriques que j'ai pu fournir grâce aux ouvrages, textes législatifs, pages web et articles que j'ai pu lire et consulter. Ces recherches m'ont permis de définir les notions et concepts clés de ma question de départ que sont la volonté, le prendre soin et l'exclusivité. De plus, j'ai pu poser un cadre législatif, en apprendre plus sur la relation de confiance et améliorer mes connaissances sur le travail en équipe. On remarque que dans le cadre législatif, la loi impose le respect de la volonté du patient, cependant, aucun texte n'aborde le sujet de l'exclusivité dans les soins. De plus, la relation soignant-soigné se base est un élément essentiel dans la prise en soin du patient afin que celle-ci soit adaptée au patient et que ce dernier puisse vivre le plus sereinement possible les soins qui lui sont prodigués. Cette relation évolue tout au long de l'hospitalisation ou du soin réalisé au patient. Enfin, l'exclusivité dans les soins prend en compte la volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant ainsi que le refus d'un patient d'être soigné par un soignant en particulier. Cette exclusivité a des conséquences sur le patient et sur le(s) soignant(s). Celles qui reviennent le plus chez les infirmiers interviewés sont le risque du refus de soin par le patient et une déception, au mauvais vécu de la demande d'exclusivité par les soignants.

Deux entretiens ont été effectués auprès de soignants d'âges et d'expériences professionnelles différents. Un travail d'approfondissement de ce mémoire peut être intéressant en abordant plus particulièrement la question de l'impact de la relation soignant-soigné sur les décisions du patient avec la problématique suivante : Comment la relation soignant-soigné peut-elle impacter les décisions du patient ?

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'élargir mes connaissances et mes compétences en tant que soignante et d'alimenter ma réflexion en tant que future professionnelle. Je parviendrais maintenant plus facilement à prendre du recul sur des situations dans lesquelles la volonté d'exclusivité de la part du patient entre en jeu.

Je suis reconnaissante d'avoir traité ce sujet qui m'a permis de mieux comprendre la situation que j'ai vécu en stage et qui me permettra certainement de mieux appréhender les situations à venir. Ce

travail représente l'accomplissement de trois années d'études intenses, riches en apprentissages et fortes en émotions. Ces trois années m'ont amené à grandir, sur le plan professionnel dans le domaine soignant, mais aussi sur le plan personnel à travers le développement, la valorisation et l'ancrage des valeurs soignantes qui sont à présent aussi les miennes.

## 8. Bibliographie

### Ouvrages :

*Définitions : consentement - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse. 2022

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>

*Définitions : équipe - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9quipe/30690>

Larousse, Æ. (s. d.). *Définitions : volonté - Dictionnaire de français Larousse.* Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/volont%C3%A9/82476>

Paillard, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné* (4ème ed., Vol. p. 346). Setes.

Paillard, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné* (4ème ed., Vol. p. 400). Setes.

Paillard, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné* (4ème ed., Vol. p. 111) Setes.

### Articles :

De Koninck, T. (2013). L'acte de "prendre soin". Dans *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives* (p. 31 - 44). Hermann.

<https://www.cairn.info/prendre-soin--9782705687120-page-31.htm>

Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016, Janvier). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE*, N°5, 45 - 67

<https://www.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45.htm>

Fustier, P., & Amado, G. (2012). *Faire équipe*. Erès

<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-2.htm>

Hesbeen, W. (16 mars 1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, N°4, p. 30 - 48

<http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>

Phaneuf, M. (n.d.). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins Les origines*.

Prendre soin.

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

Textes législatifs :

*Article 36 - Consentement du patient - Code de déontologie*. (n.d.). Conseil National de l'Ordre des Médecins.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-e-36-consentement-patient>

LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5, article L 1111 - 4 du Code de la Santé publique,

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04)

Pages Web :

*DIGNITÉ : Définition de DIGNITÉ*. (n.d.). Cnrtl. <https://www.cnrtl.fr/definition/dignit%C3%A9>

*Dignité - Définition du mot*. (n.d.). Dictionnaire Orthodidacte.

<https://dictionnaire.orthodidacte.com/article/definition-dignite>

*Directives anticipées : dernières volontés sur les soins en fin de vie*. (n.d.). Service public.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>

*La charte de la personne hospitalisée*. (2019, February 28). Ministère des Solidarités et de la Santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>

Morin, E. (n.d.). *EXCLUSIVITÉ : Définition de EXCLUSIVITÉ*. Cnrtl.

<https://cnrtl.fr/definition/exclusivit%C3%A9>

PITTE, M. (2019, August 2). *Le consentement aux soins - Cours soignants*. Espace soignant.

<https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/consentement-aux-soinsn>

*Santé : qu'est-ce qu'une "personne de confiance" ?* (n.d.). Service public.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32748>

*VOLONTÉ : Définition de VOLONTÉ*. (s. d.). Ortolang. <https://www.cnrtl.fr/definition/volont%C3%A9>

9. Annexes :

- I. La situation d'appel en version longue
- II. Guide d'entretien
- III. Les tableaux d'analyse
- IV. Les entretiens retranscrits
- V. Document utilisé dans le cadre conceptuel



## I. La situation d'appel en version longue :

Lorsque j'étais en stage en soins intensifs d'hépatogastro-entérologie lors de mon semestre 3, je prenais en soins une femme, Mme L, de 42 ans habitant Vannes qui avait passé plus d'un mois hospitalisée dans le CH de sa ville d'habitation.

Elle était venue dans le service pour une hyperthermie et des douleurs abdominales persistantes à la suite d'une cholécystectomie effectuée sur le CH de Vannes 1 mois plus tôt. Elle est entrée un matin et a été accueillie par mes collègues. Étant d'après-midi ce jour-là, on me présente cette patiente aux transmissions en m'expliquant son motif d'hospitalisation ainsi que certains de ses antécédents tels qu'une tendance à faire des lombagos et à avoir des dorsalgies et une hystérectomie liée à un cancer du col de l'utérus environ 3 ans auparavant. L'équipe de matin ajoute que dès que la patiente a 38°C de température ou plus, nous devons prélever des hémocultures. De plus, BU et ECBU ont été prélevés et envoyés au laboratoire pour analyse. Lors de son arrivée, la patiente avait une hyperthermie donc des hémocultures avaient aussi été envoyées. L'équipe du matin nous précise qu'elle est difficile à piquer, qu'ils ont difficilement réussi à la perfuser et que la perfusion était très positionnelle. De plus, Mme L avait des douleurs abdominales diffuses qu'elle cotait à 7 sur une échelle de 0 à 10. Des antalgiques de paliers 1 et 2 avaient donc été prescrits et lui avaient été administrés un peu après son arrivée, soit environ 1h avant les transmissions.

Une fois les transmissions terminées, je commence à préparer les soins pour le tour de 15h. Une fois que nous sommes prêtes, l'infirmière et moi commençons le tour et nous rendons dans la chambre de Me L. Nous nous présentons, prenons ses constantes, vérifions le fonctionnement de sa perfusion, lui demandons comment elle se sent, si elle a mal. Ses constantes étaient stables, sa température était inférieure à 38° et elle était toujours algique mais dans une moindre mesure qu'à son arrivée, elle notait sa douleur à 4/10. Nous discutons un peu car nous voyons que la thymie de la patiente est basse. Dans l'après-midi, Mme L. sonne pour signaler que ses douleurs sont de plus en plus fortes et qu'elle souhaiterait un antalgique. Je regarde donc quel antalgique je peux lui donner et je vais le chercher. Lors du tour de 18h, je suis allée voir Mme L sans l'infirmière. Ses douleurs s'étaient calmées mais sa température était supérieure à 38°, j'ai donc dû lui faire une prise de sang pour prélever des hémocultures. Comme l'équipe de matin nous l'avait annoncé, le capital veineux de Me L. n'est pas très riche, j'ai donc cherché une veine qui me paraissait convenable à piquer pendant quelques minutes, tout en discutant avec elle et en étant la plus douce et rassurante possible afin de ne pas accroître son inconfort vis-à-vis de ses douleurs et de son anxiété. Elle m'a parlé de sa vie personnelle et professionnelle pendant tout le soin, j'ai donc pu adapter par la suite sa prise en soin, notamment sur le plan psychologique. J'ai finalement réussi à trouver une veine sur

sa main gauche et à prélever les hémocultures. Elle m'a remercié pour ce soin qui n'était habituellement pas agréable pour elle mais qui, cette fois-ci, était passé plus rapidement grâce à ma réassurance vis-à-vis d'elle, à la douceur des gestes et à mon écoute. En sortant de la chambre, j'étais plutôt fier d'avoir réussi à prélever les hémocultures sans faire passer un moment très désagréable à la patiente et qu'elle m'ait remercié pour cela.

Les jours suivants, la patiente a dû être reperfusée 2 fois car sa perfusion ne passait plus. La seconde fois, les infirmier(e)s présents n'ont pas réussi à reposer un cathéter, il a donc été décidé par les médecins que la patiente se ferait poser un Picc Line dès que possible. C'est donc le lendemain matin (un mercredi) que la patiente est descendue en salle de radiologie interventionnelle pour se faire poser le Picc Line dans le bras droit. Après discussion avec la patiente, celle-ci était contente du dispositif qui lui permettait plus de liberté dans ses mouvements et qui lui évitait des piqûres régulières puisque l'on pouvait prélever du sang directement via le dispositif. Sa température étant régulièrement supérieure à 38°, les prélèvements d'hémocultures n'étaient pas rares pour cette patiente.

Le lundi suivant, je travaillais le matin. Le week-end s'était relativement bien passé, bien que les douleurs de Mme L. ainsi que son hyperthermie soient toujours présentes. Plusieurs examens comme une échographie abdominale et une coloscopie ont été réalisés la semaine précédente, sans montrer de problème particulier.

Le lundi matin, un bilan sanguin avait été prescrit, à la recherche de marqueurs tumoraux anormalement élevés. Les résultats sont arrivés dans l'après-midi suite à une arrivée tardive du prélèvement au laboratoire d'analyses. C'est le lendemain que j'ai appris que les marqueurs tumoraux de la patiente étaient anormalement élevés. Les médecins ont donc demandé un scanner (TAP) afin de voir la présence de métastases dans l'organisme de la patiente. Ce dernier était prévu le jeudi dans l'après-midi.

La matinée se déroule comme la veille : prélèvement sanguin pour des hémocultures car la patiente est hypertherme, administration d'antalgiques car la patiente est algique, réassurance et réconfort car la patiente est anxieuse. Elle ne comprenait pas ce qui lui arrivait, se demandait pourquoi elle n'avait pas de réponses, voulait rentrer chez elle... Elle a beaucoup pleuré ce matin-là et m'a expliqué que durant ce mois d'hospitalisation à Vannes, elle n'a pas pu voir sa fille âgée de 5 ans car le contexte sanitaire lié au COVID-19 interdisait les visites aux patients. Elle faisait des appels téléphoniques et des appels vidéos avec celle-ci mais elle ne pouvait pas la voir. C'est sa mère et sa femme qui le gardaient en son absence. Elle m'a confié avoir des relations "compliquées et fluctuantes" avec sa mère et ne plus avoir de contact avec son père depuis son enfance. De plus, elle était en instance de divorce avec sa femme avec qui elle tenait un restaurant. Le contexte sanitaire

vis-à-vis de la situation des restaurants et de leurs propriétaires sur le plan financier était une source d'angoisse en plus pour la patiente. Cette dernière étant une personne anxieuse de nature, l'éloignement de sa fille, sa situation familiale complexe ainsi que sa situation financière et professionnelle incertaines amplifiaient son anxiété. Je l'ai donc écouté pendant environ 1h, lui ai tenu la main, essayé d'avoir des paroles réconfortantes. Elle m'a par la suite remercié d'avoir pris le temps de l'écouter et de l'avoir réconforté. Je me suis sentie attristée par l'histoire de vie de cette patiente et en même temps, j'étais flattée qu'elle se soit confiée à moi. Ces deux sentiments réunis sont quelque peu déconcertants mais j'étais contente de continuer à prendre en soin Mme L et à me dire que je réussissais à lui apporter un peu de réconfort.

Le lendemain, le mercredi, le pansement du Picc Line de la patiente devait être refait. C'est donc moi, avec l'aide de l'infirmière qui suis allée faire la réfection de ce dernier.

En entrant dans la chambre, nous expliquons pourquoi nous venons et l'infirmière demande à la patiente si ça ne la dérange pas que ce soit moi qui fasse le pansement. Ce à quoi la patiente répond : "pas du tout, bien au contraire, j'ai une confiance totale en Maëva". Je la remercie et commence la réfection du pansement. Pendant le soin, nous discutons avec la patiente, je lui demande de temps en temps si tout va bien et si je ne lui fais pas mal. Elle répond alors qu'elle est contente quand c'est moi qui effectue ses soins car je suis douce et que les soins ne sont pas douloureux.

Une fois le pansement terminé, la patiente nous remercie et nous sortons de la chambre. L'infirmière me dit alors qu'elle a l'impression que j'ai construit une relation de confiance avec la patiente. Ce sont ces mots qui me font me rendre compte que la relation que j'ai avec Mme L est plus qu'une relation soignant-soigné et que la patiente a une totale confiance en moi, ce qui me met une pression, bien que légère, qui n'était pas présente auparavant. Cela ne changera en rien la manière dont je prends en soin Mme L mais je pense que cette prise de conscience a conduit à renforcer la relation de confiance.

Le jeudi après-midi, Mme L. passe donc son scanner TAP. Le lendemain matin, lors des transmissions, on nous dit que le scanner de la veille montrait des métastases répandues un peu partout dans les parties thoraco-abdominales de la patiente. Lors du staff un peu plus tard dans la matinée, les médecins ont confirmé la présence d'un cancer généralisé, avec un mauvais pronostic et ont ajouté que l'annonce du diagnostic n'avait pas encore été faite. Aux transmissions, les collègues de nuit ont ajouté que lors de leur dernier tour vers 5h, elles avaient remarqué que le Picc Line de la patiente était retiré de quelques centimètres alors que lors de leur tour précédent, il était bien en place. Mme L. leur a expliqué qu'elle s'était levée pour aller aux toilettes et qu'elle avait tiré dessus sans le faire exprès puisque le pied à perfusion se trouvait de l'autre côté du lit par rapport aux toilettes. Elle n'a ensuite pas appelé l'équipe de nuit car elle savait que quelques heures plus tard ce serait l'équipe de

matin qui viendrait pour prendre ses constantes et voir si tout allait bien. Elle savait donc que ce serait moi qui referait le pansement et les soins liés au Picc Line puisque c'était moi qui m'occupais d'elle. Elle a refusé que ce soit l'infirmière de nuit qui lui les fasse et voulait absolument que les soins soient faits par moi.

Lorsque je suis allée la voir, je lui ai donc demandé ce qu'il s'était passé et elle m'a raconté la même chose que ce que l'équipe de nuit nous avait dit : elle préférait que ce soit moi qui fasse les soins. Je lui ai donc dit que j'allais faire les soins nécessaires mais que la prochaine fois, il fallait qu'elle prévienne l'équipe même si elle préfère que je fasse les soins, que je lui disais ça pour sa sécurité et son confort.

Ne pouvant remettre le Picc Line en place, j'ai dû l'enlever. Lors du staff, les médecins ont décidé de ne pas en reposer et de ne pas la perfuser. Les médicaments qui étaient administrés en intraveineux seraient pris en per os et la patiente sortirait très probablement le jour même ou le lendemain, après que les médecins aient fait l'annonce du diagnostic. Elle serait alors suivie en externe sur le CH de Vannes.

En milieu de matinée, les médecins ont annoncé le diagnostic à la patiente. Ils nous ont par la suite dit que la patiente pouvait sortir dans la matinée et qu'on pouvait aller le lui dire. Je suis donc allée voir la patiente et lui ai dit que nous allions lui commander un transport pour qu'elle rentre chez elle, qu'elle pouvait faire ses valises. Elle était très heureuse de retourner chez elle après un mois et demi d'hospitalisation pendant lequel elle n'a pas pu voir sa fille. Nous avons ensuite commandé un transport qui arriverait environ 2h plus tard. Juste avant l'arrivée de ce dernier, je suis allée voir comment allait Mme L., si ses affaires étaient prêtes et je lui ai donné ses papiers de sortie. Elle m'a remercié plusieurs fois pour ma gentillesse, ma douceur, l'écoute et le soutien que je lui ai apporté. Puis lorsque le transport est arrivé, je lui ai souhaité bon retour et lui ai dit de prendre soin d'elle. Elle m'a alors dit que si elle avait pu avoir une autre fille, elle l'aurait appelé Maëva. Elle est ensuite partie avec l'ambulancier. Lorsqu'elle m'a dit ces derniers mots, j'étais très touchée d'avoir pu contribuer à lui donner un peu de réconfort et de bien-être lors de son hospitalisation. J'étais aussi heureuse pour elle de la voir se réjouir de rentrer chez elle, bien que son diagnostic m'a rendu triste, pour elle et aussi pour sa fille.

## II. Guide d'entretien :

Objectif N°1 : Connaître l'expérience professionnelle des personnes interviewées :

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ?
- Dans quel(s) service(s) avez-vous travaillé depuis votre diplôme ?

Objectif N°2 : Identifier un contexte de soin autour de l'exclusivité dans les soins :

- Comment définiriez-vous l'exclusivité dans les soins ? / Pour vous, qu'est-ce que l'exclusivité ?  
→ Le sujet de mon mémoire étant l'exclusivité dans les soins, j'aimerais savoir comment vous définiriez cette notion
- Pouvez-vous nous raconter une situation d'exclusivité dans les soins que vous avez vécu ?
- Comment décririez-vous la relation que vous entreteniez avec le patient du moment où vous avez commencé à le prendre en soin jusqu'au moment où le patient a souhaité une prise en soins exclusive ? A-t-elle évolué ?
- (La question de volonté de l'exclusivité a-t-elle été abordée directement par le patient ou s'est-elle installée progressivement ?)

Objectif N°3 : Reconnaître la posture professionnelle adoptée par le soignant dans ce contexte :

- Comment avez-vous vécu cette situation ? Quels étaient vos ressentis par rapport à cette exclusivité ou cette volonté d'exclusivité ?
- Comment la relation avec ce patient a-t-elle évolué par la suite ?
- Avez-vous continué à prendre en soin le patient ?

Objectif N°4 : Identifier les répercussions d'une telle situation :

- Quelle(s) a/ont été les réaction(s) de l'équipe soignante face à la volonté du patient d'être exclusivement soigné par vous ? // dans une situation où le patient fait comprendre qu'il souhaite être soigné par vous
- Avez-vous senti la nécessité de parler de cette situation à votre hiérarchie et au corps médical pour essayer de la régler ?
- Avez-vous ressenti les limites de l'exclusivité ? Comment le patient a-t-il réagi ? Comment avez-vous travaillé la relation de confiance entre le patient et le reste de l'équipe ?

conséquences du refus / de l'exclusivité pour le patient

### III. Les tableaux d'analyse

Objectif n°1	Établir un contexte de soin autour de l'exclusivité dans les soins				
Catégories	Définition	Les causes de l'exclusivité			
Classification	<b>Définition de l'exclusivité</b>	<b>Une relation "difficile" entre patient et soignant</b>	<b>L'ancienneté du soignant au sein du service</b>	<b>Une diversité des causes de l'exclusivité</b>	<b>Porter son attention sur le patient</b>
	<p>IDE 1 : "c'est une relation singulière entre 2 parties"</p> <p>IDE 1 : "si elle est dans les soins, qui concerne forcément les soins"</p> <p>IDE 2 : "Exclusif ça restreint déjà énormément",</p> <p>"c'est un mot fort exclusif parce que ça exclut quelque part quelque chose"</p> <p>IDE 2 : "faire un soin par une personne qui demande à être soignée par cette personne"</p>	<p>IDE 1 : "que ce soit dans la communication"</p> <p>"un rapport qui ne passe pas du tout entre soignant soigné"</p> <p>"le courant passe moins bien avec un soignant et un patient"</p> <p>"le courant ne passe pas, ça ne fonctionne pas"</p> <p>"si le courant ne passe plus du tout"</p> <p>IDE 2 : "il y a des gens avec qui ça va tout de suite bien se passer, d'autres ça va être plus"</p>	<p>IDE 2 : "J'en ai eu plusieurs entre autres parce que je commence à être la plus ancienne dans les consult"</p> <p>IDE 2 : "les médecins aussi jouent ce rôle dans l'exclusivité. C'est-à-dire qu'ils vont se rapporter à celui qui a le plus d'ancienneté"</p> <p>IDE 2 : "Et moi j'ai vécu ça aussi pour ceux qui étaient plus anciens"</p> <p>IDE 2 : "ils vont aller se référer souvent aux anciens"</p>	<p>IDE 1 : "des relations ou des situations qui sont assez diverses"</p> <p>"C'était à chaque fois une difficulté, que ce soit... Ca peut être divers"</p> <p>"ce soignant là a des difficultés à prendre en soin le patient pour diverses raisons"</p> <p>IDE 2 : "Il y a beaucoup de choses qui peuvent entrer en jeu"</p>	<p>IDE 2 : "je me dis là je suis avec le patient et je suis pour lui"</p> <p>IDE 2 : "Là je m'occupe de lui, je m'interroge, je lui demande où il habite, ses habitudes, pourquoi il vient, s'il a bien compris pourquoi il venait."</p> <p>IDE 2 : "De ne vraiment s'intéresser qu'à lui"</p> <p>IDE 2 : "les personnes le ressentent si on est vraiment disposés"</p> <p>IDE 2 : " même si il a beaucoup de questions"</p>

	<p>spécifiquement”</p> <p>IDE 2 : “ça peut mettre un peu trop en valeur la personne qui est exclusive justement”</p> <p>“c’est quelque part un peu vaniteux quoi”</p> <p>“C’est agréable dans la reconnaissance”</p> <p>“Il y a ce côté qui est plaisant, rassurant et valorisant”</p>	<p>distant, respectueux mais distant”</p>	<p>IDE 2 : “encore une fois comme je suis dans les ainés, son repère c’était ça”</p> <p>IDE 2 : “les gens ont besoin d’avoir des repères de personnes”</p>		<p>et que voilà il va falloir passer un peu de temps pour expliquer”</p> <p>IDE 2 : “qu’il ne nous sente pas tout le temps en train de regarder autre chose ou de dire “j’ai un autre soin à faire””</p> <p>IDE 2 : “Il faut aussi marquer un temps, ou même retourner voir les collègues et dire que là je vais être bloquée pendant un quart d’heure”</p>
		6	6	4	7
	23				

Objectif n°2	Reconnaître la posture professionnelle adoptée par le soignant dans ce contexte				
Catégories	Passer le relai	Faire avec Trouver une solution et détourner l'attention			Communiquer
Classification	<b>Faire le lien, rassurer et passer le relai</b>	<b>Garder en mémoire et faire avec</b>	<b>Passer outre et trouver des solutions</b>	<b>Se focaliser sur autre chose</b>	<b>Communiquer</b>
	<p>IDE 1 : "et souvent doit passer le relais à des collègues"</p> <p>"Et du coup passer le relai pour que ce soit un autre collègue, une personne tierce pour faire ses soins"</p> <p>"Je vais demander à un collègue s'il est disponible ou autre"</p> <p>"je vais passer le relai et dire à mon collègue que le prise de sang n'a pas été faite"</p> <p>"on peut demander à des collègues de se déplacer ou autre ou passer le relai"</p> <p>"qu'on change les infirmiers qui s'en occupent"</p> <p>"un cadre de service peut être une bonne ressource parce qu'il y a un côté hiérarchique, que ça rappelle le cadre de soins"</p>	<p>IDE 1 : "Évidemment je garde dans un coin de ma tête"</p> <p>"j'essaie, pas de les contourner ou de faire comme si elles n'existaient pas"</p> <p>IDE 1 : "on ne peut pas inverser tous les roulements d'équipe ou autre"</p> <p>IDE 1 : "Il faudra faire avec, faire au mieux avec"</p> <p>"on sera obligés de faire avec"</p>	<p>IDE 1 : "J'essaie de faire page blanche de mon côté"</p> <p>"on tourne la page, on repart à zéro"</p> <p>"on va essayer de repartir à zéro, ne pas repartir sur ses aprioris de la veille et recommencer sa journée"</p> <p>IDE 1 : "trouver des solutions tierces pour passer outre, entre guillemets, ce conflit"</p> <p>"on essaie de passer outre et de faire autrement"</p> <p>"ou d'autres méthodes pour passer outre en tout cas"</p> <p>IDE 1 : "Les différends qu'a pu avoir mon collègue avec le ou la patient(e), j'essaie de ne pas"</p>	<p>IDE 1 : "j'essaie de focaliser l'attention sur autre chose, sur le soin etc."</p> <p>"on essaie de tout recentrer sur le soin"</p>	<p>IDE 1 : "il faut le dire immédiatement"</p> <p>"il faut mettre les choses à plat"</p> <p>"mettre les choses à plat"</p> <p>"Dire effectivement, oui on a un conflit"</p> <p>"La communication c'est hyper important là-dessus"</p> <p>"de dire que certaines choses"</p>



	<p>“s’appuyer sur les médecins”</p> <p>“Passer par des tiers ou même si ce n’est pas forcément le cadre ou un médecin”</p> <p>“un collègue infirmier qui peut venir ou même un collègue de binôme, un collègue aide-soignant”</p> <p>“le rapport de prise en soin où on est dans une complémentarité, où on est dans la transmission etc”</p> <p>“On se donne mutuellement le relai, que ce soit sur une prise de poste ou autre chose”</p> <p>“passer le relai”</p> <p>“S’il refuse toujours, on passe par un tiers”</p> <p>“notre rôle ce sera d’en informer le médecin”</p> <p>IDE 2 : “Donc moi aussi je lui ai dit que ce ne sera pas moi tout le temps”</p> <p>IDE 2 : “Moi j’ai fait un peu le lien pour aussi dire “vous avez les techniques, vous pouvez les utiliser même quand je ne suis pas là et ma collègue qui pose très bien les</p>		<p>en tenir compte”</p> <p>“il faut faire des compromis”</p> <p>IDE 1 : “je peux trouver des alternatives au fait que ce soit moi qui fasse la prise de sang”</p> <p>“dans certains cas on peut trouver des alternatives”</p> <p>IDE 1 : “faire un pas vers l’autre”</p> <p>“par une autre approche, par d’autres moyens, d’autres biais, ça permet de fonctionner”</p> <p>IDE 2 : “je lui avais donné des techniques aussi pour appréhender ce soin là”</p> <p>IDE 2 : “Il fallait aussi qu’elle dise à la personne qui allait poser la perfusion de lui laisser le temps d’utiliser la technique, respiration ou autre”</p> <p>IDE 2 : “mais ceux pour qui ça se passe bien je leur ai appris à</p>		<p>sont d’une nécessité médicale et que même si ça dérange la personne que telle ou telle chose soit faite, ça fait partie de la prise en soins et des choses obligatoires à faire”</p> <p>“C’est important d’insister, il ne faut pas s’arrêter sur un premier refus, les avis peuvent changer”</p> <p>“c’est une bonne chose d’aborder les sujets qui ne l’ont pas été”</p> <p>“extérioriser ce qui ne l’a pas été”</p> <p>“de revenir</p>
--	---	--	---	--	--

	<p>perfusions vous laissera ce temps de respiration, d'utiliser votre technique""</p> <p>“Il faut faire le relai”</p> <p>“et juste un relai, une transition”</p> <p>“Pour ce genre de patients j'étais plutôt ouverte en disant “non non, on fait la transition””</p> <p>IDE 2 : “il fallait rassurer un peu tout le monde et ça s'est très bien fait comme ça”</p> <p>“mais il faut les rassurer en disant qu'on n'est pas tout seul et que les collègues aussi ont leur place”</p> <p>“il faut les rassurer”</p> <p>“il faut les rassurer parce qu'ils ont envie que ça se passe bien avec l'enfant”</p> <p>IDE 2 : “mais les collègues elles sont très bien, elles ont aussi leurs compétences et il faut aussi leur faire confiance ”</p> <p>“il faut aussi les aider à apprendre avec les autres”</p> <p>IDE 2 : “Je pense qu'il faut aussi les</p>		<p>l'équipe à utiliser la distraction”</p> <p>“on a même une salle où il n'y a vraiment que des choses pour les enfants, d'utiliser les livres, de jouer. Et on fait le soin après ou pendant mais on ne fait pas le soin tout de suite”</p>		<p>dessus quelques heures plus tard histoire de voir si c'est toujours à chaud ou si la situation a refroidi”</p> <p>“C'est important de revenir dessus”</p> <p>“Le fait que le patient puisse s'exprimer à ce sujet là, qu'il puisse dire telle et telle chose il n'a pas accepté ou il n'a pas apprécié ou il ne veut pas que ça se passe de cette manière ou autre”</p> <p>“il faut qu'il y ait quelqu'un pour les entendre”</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>éduquer les patients pour leur dire qu'il n'y a pas que nous"</p> <p>IDE 2 : "Je pense que même pour elle c'est aussi apprendre à faire confiance aux autres"</p> <p>IDE 2 : "mais là je leur ai dit "oui mais là j'ai une compétence supplémentaire qui fait que ça amène une autre prise en charge""</p>				
	29	5	16	2	13
	29	23			13

Objectif n°3	Identifier les répercussions d'une telle situation					
Catégories	Une prise en soins affaiblie			Des vécus ambivalents		Habitudes et changements
Classification	<b>Perte de la confiance entre le soignant et le patient, de l'alliance thérapeutique, dégradation de la relation</b>	<b>Refus de soins</b>	<b>Rupture dans la prise en soins</b>	<b>Vécu des collègues</b>	<b>Vécu ambivalent du patient</b>	<b>Habitudes et changements</b>
	<p>IDE 2 : "ce mot là qui peut mettre du doute, de la non confiance envers les autres"</p> <p>"ça va faire des tensions peut-être"</p> <p>"Mais il y a l'autre partie qui fait que ce n'est pas très équilibré."</p> <p>IDE 1 : "on n'a aucune alliance thérapeutique"</p> <p>"on n'a aucune attache"</p> <p>"c'est à sens unique"</p> <p>IDE 2 : "Des fois ça peut mettre un ton aussi désagréable"</p>	<p>IDE 1 : "ça se résume par un patient qui refuse d'avoir tel ou tel soin"</p> <p>"qu'on lui pratique tel ou tel soin par un soignant"</p> <p>"qui va refuser les soins"</p> <p>"même n'importe quel soin si ça vient de tel soignant et qui va accepter le traitement si ça ne vient pas de lui"</p> <p>"des refus de soins de la part des patients"</p>	<p>IDE 1 : "qu'on n'y va pas à reculons mais presque"</p> <p>IDE 1 : "j'ai peur que cette rupture se renouvelle et que du coup, puisse être mise à défaut dans cette situation"</p>	<p>IDE 2 : "Après c'était mal vécu, [...] par les collègues"</p> <p>IDE 2 : "On sent bien qu'il y a une petite déception"</p> <p>"Du coup même si on sent qu'il y a de la déception"</p> <p>IDE 2 : "ça ne doit pas être facile pour les collègues d'entendre"</p> <p>"non je veux que ce soit Madame untel ou L."</p> <p>IDE 2 : "elles se</p>	<p>IDE 2 : "ça, ça peut être mal vécu par le patient par exemple. Il peut se dire "elle ne veut plus me voir""</p> <p>IDE 2 : "après quand elle revenait elle était toujours contente de me voir"</p> <p>"on blaguait ensemble"</p>	<p>IDE 2 : "Dans les changements elle a trouvé de nouvelles choses chez les autres personnes"</p> <p>IDE 2 : "Mais des fois les changements c'est difficile à accepter pour certains qui sont habitués"</p> <p>"ce qui fait que c'est compliqué parfois pour eux de changer, enfin d'avoir du changement"</p> <p>IDE 2 : "L'habitude"</p> <p>"L'habitude"</p> <p>"le changement"</p> <p>"Il y a des habitudes</p>

	<p>IDE 2 : “et ça ne va pas améliorer la relation”</p>	<p>“un refus même juste de discuter tout simplement”</p> <p>“Qui refusent d’adresser la parole, qui refusent les soins, qui refusent qu’on les touche...”</p> <p>“le patient dit “non si c’est vous je n’en veux pas””</p>		<p>disaient “on en a marre””</p> <p>IDE 2 : “mais il fallait que je leur dise sinon c’était plus difficile pour elles”</p>		<p>comme ça”</p> <p>“les changements”</p> <p>“Encore “habituer””</p> <p>“Voilà, c’est surtout l’habitude et les changements”</p> <p>IDE 2 : “ ce qu’il faut qu’ils comprennent c’est que quand on est trop habitué, il y a moins de nouveautés alors que quand on change...”</p> <p>IDE 2 : “Et c’est ça le risque de l’habitude, c’est qu’on peut passer à côté de choses ou ne pas donner une nouvelle information”</p> <p>IDE 2 : “les patients s’habituent...”</p>
	8	8	2	6	3	13
	18			9		13

#### IV. Les entretiens retranscrits

##### **Entretien N°1 :**

ESI: "Tout d'abord je tiens à vous remercier d'avoir accepté cet entretien. Je souhaiterais l'enregistrer afin de pouvoir le retranscrire et l'analyser plus tard. Etes-vous d'accord ?

IDE : Aucun souci pour moi.

ESI : Merci. Avez-vous des questions avant que l'on ne commence ?

IDE : Non, je n'ai pas de question.

ESI : Très bien. J'aimerais que vous vous présentiez, que je sache dans quel service vous travaillez.

IDE : Je m'appelle L, j'ai 24 ans. Je suis diplômé de l'IFSI [...]. Diplômé depuis juillet 2020 et j'exerce en réanimation chirurgicale depuis octobre/novembre 2020.

ESI : D'accord. Vous avez toujours été en réa chir ?

IDE : Non j'ai commencé en soins intensifs de neurochir à Clovis Vincent et après j'ai quelques expériences que ce soit aux urgences, UHTCD chirurgicale et médicale et j'ai rapidement été pris en réa chir et c'était mon projet professionnel d'exercer en réanimation.

ESI : Vu que le sujet de mon mémoire est l'exclusivité dans les soins, j'aimerais savoir comment vous définiriez cette notion.

IDE : L'exclusivité ? Alors... Ah je n'ai pas la définition en tête mais je dirais que c'est une relation singulière entre 2 parties et si elle est dans les soins, qui concerne forcément les soins. Je dirais ça dans un premier temps.

ESI : D'accord. Est-ce que vous pouvez me raconter une situation d'exclusivité dans les soins que vous avez pu vivre ?

IDE : Ce qui me vient en tête en termes d'exclusivité ce serait plutôt... Ce qui me vient en tête c'est plutôt des relations ou des situations qui sont assez diverses mais le cas général était que, imaginons le courant passe moins bien avec un soignant et un patient et ce soignant là a des difficultés à prendre en soin le patient pour diverses raisons et souvent doit passer le relais à des collègues ou trouver des solutions tierces pour passer outre, entre guillemets, ce conflit. Du coup, moi l'exclusivité je l'ai plutôt vécue dans le sens où on est la personne qui prend le relais. C'est plutôt dans ce sens là où moi j'ai des expériences en fait.

ESI : Est-ce que vous en avez une en tête qui vous a particulièrement marqué ?

IDE : En soit pas particulièrement, je n'ai pas eu de cas très marqué. Moins que vous parce qu'on m'a raconté votre histoire, votre point de départ. Ce n'était pas aussi marqué que ça. C'était à chaque fois une difficulté, que ce soit... Ça peut être divers, que ce soit dans la communication où voilà on a un rapport qui ne passe pas du tout entre soignant soigné et du coup on n'a aucune alliance thérapeutique, on n'a aucune attache, c'est à sens unique et c'est très compliqué de prendre en soin dans ce cas de figure et on essaie de passer outre et de faire autrement. C'était plutôt ça qui m'a le plus marqué et puis ça se résume par un patient qui refuse d'avoir tel ou tel soin, qu'on lui pratique tel ou tel soin par un soignant, qui va refuser les soins, même n'importe quel soin si ça vient de tel soignant et qui va accepter le traitement si ça ne vient pas de lui. Moi souvent, le souvenir que j'en ai enfin ce à quoi ça me fait penser, c'est vraiment des refus de soins de la part des patients, un refus même juste de discuter tout simplement. Qui refusent d'adresser la parole, qui refusent les soins, qui refusent qu'on les touche... Et du coup passer le relais pour que ce soit un autre collègue, une personne tierce pour faire ses soins ou d'autres méthodes pour passer outre en tout cas.

ESI : Et du coup dans les situations où vous étiez le relais, comment vous décririez la relation que vous aviez avec le patient ?

IDE : Déjà quand on apprend que ça ne passe pas avec un collègue, j'ai l'impression, en tout cas c'est mon ressenti, qu'on n'y va pas à reculons mais presque. Parce que quand on sait que ça n'a pas marché avec un collègue, que ce soit infirmier ou aide-soignant, peu importe, quand on sait qu'il y a déjà une rupture qui a été faite, on a peur que cette rupture, en tout cas c'est mon ressenti mais j'ai peur que cette rupture se renouvelle et que du coup, puisse être mise à défaut dans cette situation. Comment je réagis face à ça ? J'essaie de faire page blanche de mon côté. Les différents qu'a pu avoir mon collègue avec le ou la patient(e), j'essaie de ne pas en tenir compte. Évidemment je garde dans

un coin de ma tête, surtout si c'est sur des choses bien précises, j'essaie, pas de les contourner ou de faire comme si elles n'existaient pas mais j'essaie de focaliser l'attention sur autre chose, sur le soin etc. Et puis une fois qu'on commence à établir un brin d'alliance thérapeutique, c'est plutôt à ce moment là que, si évidemment on a le besoin de revenir sur les difficultés qui ont été rencontrées avec ce collègue... Et que voilà les équipes tournent certes, mais souvent les mêmes qui reviennent etc. Donc s'il y a eu des difficultés avec mon collègue dans la journée, que c'est moi qui travaille la nuit et que c'est mon collègue qui revient le lendemain, on ne peut pas inverser tous les roulements d'équipe ou autre. Il faudra faire avec, faire au mieux avec.

ESI : Par rapport à vous, comment la relation avec le patient a évolué ? Est-ce que vous avez continué à le prendre soin ou pas ?

IDE : Alors moi j'ai pu également rencontrer des difficultés avec des patients, où malgré le mieux qu'on ai voulu faire, je n'en sais rien, je vais dire une bêtise mais une prise de sang qu'on a raté à X reprises avant d'y arriver, le lendemain, quand il faut la refaire, le patient dit "non si c'est vous je n'en veux pas". Que ce soit des situations toutes bêtes et toutes simples comme celle-ci ou des situations plus marquées, il faut prendre dans un premier temps au cas par cas et il faut mettre les choses à plat. Moi, j'entends tout à fait qu'un patient, d'autant plus si, moi de mon côté imaginons l'exemple de la prise de sang que j'ai raté, dans la mesure du possible je l'entends complètement et je peux trouver des alternatives au fait que ce soit moi qui fasse la prise de sang. Je vais demander à un collègue s'il est disponible ou autre. Si ce n'est pas possible, je vais passer le relai et dire à mon collègue que le prise de sang n'a pas été faite et qu'il faudra la faire parce que le patient ne voulait pas que ce soit moi qui la fasse. Sinon dans les cas plus généraux, mettre les choses à plat. Dire effectivement, oui on a un conflit, le courant ne passe pas, ça ne fonctionne pas, qu'est-ce qu'on peut faire chacun de notre côté, faire un pas vers l'autre, qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer cette situation. Parce qu'effectivement dans certains cas on peut trouver des alternatives, on peut demander à des collègues de se déplacer ou autre ou passer le relai mais à des moment ça n'est pas possible et quand ce n'est pas possible, le patient on continue de le prendre en soins. On ne peut pas ne rien faire. Que ce soit pour moi ou pour des collègues, c'est directement aller voir le patient et dire effectivement ça ne va pas, est-ce que vous êtes d'accord si on repart à zéro, on tourne la page, on repart à zéro. Chacun conçoit que ça n'a pas fonctionné, on va faire au mieux pour ça refonctionne de nouveau ou que ça fonctionne si ça n'a jamais fonctionné. Et puis on avance comme ça. Il y a des moments où il faut bien comprendre que les équipes tournent etc et qu'on n'a plus de ressources alternatives et qu'on sera obligés de faire avec. Je prends l'exemple de la nuit, en



réanimation on est nombreux alors qu'en USI on est le seul infirmier donc si il y a un patient qui ne veut pas que je le prenne en soin et avec qui j'ai des difficultés, ce sera moi qui sera là pour les 12h qui suivent donc il faut faire des compromis.

ESI : Vis-à-vis de ces situations là, quelles ont pu être les réactions de l'équipe soignante, du reste de l'équipe ?

IDE : Dans un premier temps, je pense que si on a un conflit avec un patient il faut le dire immédiatement pour que les gens le sachent. Dans la mesure du possible on fait en sorte que le si le courant ne passe plus du tout et que malgré le fait qu'on ait voulu en discuter ça n'ai pas marché, qu'on change les infirmiers qui s'en occupent. La communication c'est hyper important là-dessus. Si on a un différend avec le patient c'est aussi important de se remettre en question de pourquoi ce différend existe, passer le réel également. Je ne sais pas trop si je réponds à la question.

ESI : Si totalement. Dans ce genre de situation, est-ce que vous avez senti le besoin d'en parler à votre hiérarchie, par exemple au cadre ou même au corps médical pour essayer de régler la situation ?

IDE : Bien sûr. Si on a un patient qui nous refuse tout simplement parce que c'est nous ça va créer de grosses difficultés. Même si nous de notre côté on essaie de tout recentrer sur le soin, de dire que certaines choses sont d'une nécessité médicale et que même si ça dérange la personne que telle ou telle chose soit faite, ça fait partie de la prise en soins et des choses obligatoires à faire. Effectivement un cadre de service peut être une bonne ressource parce qu'il y a un côté hiérarchique, que ça rappelle le cadre de soins. Le côté également de s'appuyer sur les médecins ça peut être une bonne chose parce que ça arrive régulièrement que les patients refusent alors qu'on a beau leur dire pour telle et telle raisons que c'est nécessaire et que lorsque le médecin tient le même discours ça fonctionne. A doit être l'effet de la grande blouse blanche je suppose.

ESI : Oui ça doit être ça.

IDE : Passer par des tiers ou même si ce n'est pas forcément le cadre ou un médecin, juste un collègue infirmier qui peut venir ou même un collègue de binôme, un collègue aide-soignant qui va par une autre approche, par d'autres moyens, d'autres biais, ça permet de fonctionner. C'est important d'insister, il ne faut pas s'arrêter sur un premier refus, les avis peuvent changer. En

ajoutant une couche, puis une deuxième, puis une troisième, peut-être qu'à force, le patient se dira "d'accord, tout le monde me tient le même discours, peut-être pas énoncé de la même manière mais ça fait partie des choses qui peuvent faire changer d'avis un patient et changer le rapport entre le soignant et le soigné.

ESI : Suite à ce genre de situations, est-ce que vous avez pu travailler la relation de confiance entre le patient et le reste de l'équipe ?

IDE : Oui complètement, ça suit le rapport de prise en soin où on est dans une complémentarité, où on est dans la transmission etc. On se donne mutuellement le relai, que ce soit sur une prise de poste ou autre chose. Le patient on le prend en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 donc on sait que si ça ne passe pas un jour avec un collègue et que le collègue revient plus tard, on ne peut pas faire comme si de rien n'était non plus. Effectivement c'est une bonne chose d'aborder les sujets qui ne l'ont pas été. Ça permet aussi au patient d'extérioriser ce qui ne l'a pas été. Peut-être que le patient avait mal et il n'avait plus aucune patience donc il disait non à tout et l'infirmier qui était en face l'a pris pour lui alors qu'en fait c'était seulement une mauvaise interprétation qui est rapidement montée dans les tours et les tours ne sont jamais redescendues. Le fait de passer le relai, de revenir dessus quelques heures plus tard histoire de voir si c'est toujours à chaud ou si la situation a refroidi, si c'était tout simplement un cas très propre à une situation donnée. C'est important de revenir dessus. Le fait que le patient puisse s'exprimer à ce sujet là, qu'il puisse dire telle et telle chose il n'a pas accepté ou il n'a pas apprécié ou il ne veut pas que ça se passe de cette manière ou autre. Ça peut être pour plein de raisons différentes mais je pense que toutes les excuses sont bonnes mais il faut qu'il y ait quelqu'un pour les entendre. Et à l'inverse quand on reprend son poste et qu'on sait qu'il y a eu des difficultés avec un patient, on va essayer de repartir à zéro, ne pas repartir sur ses aprioris de la veille et recommencer sa journée.

ESI : Est-ce que vous pouvez me donner des conséquences du refus de soin pour le patient ?

IDE : Un refus de soins, évidemment c'est le patient qui décide. S'il refuse quelque chose, notre rôle c'est de lui expliquer les conséquences de son choix. Après on est d'accord ou non avec son choix mais c'est son choix et il est maître de celui-ci. Donc quelles sont les conséquences, tout dépend de ce sur quoi le refus est axé. Si le patient refuse que ce soit une prise de traitements, que ce soit de s'alimenter, peu importe, on réexplique le contexte, on réexplique le cadre, on fait et je pense que ça vaut pour tous les soins qu'on veut prodiguer que c'est pour son bien-être, pour que sa prise en soin

avance ou alors pour son confort ou autre. S'il refuse toujours, on passe par un tiers. Si le patient refuse un traitement ou autre, notre rôle ce sera d'en informer le médecin, dire que le patient refuse, de le tracer. Généralement s'il y a un refus, le médecin ira frapper à la porte du patient pour lui réexpliquer. Si le patient est tout en état de conscience de refuser, il refuse. Si c'est son choix, on réajustera la prise en soin à la suite de ça. Les conséquences directes, tout dépend de ce sur quoi est axé le refus mais le plus important est de donner, en mon sens, un état des lieux clair et précis de ce pourquoi on fait les choses et s'il refuse, certes, mais quelles sont les conséquences, sur le court, moyen et long terme.

ESI : Très bien. J'ai fait le tour des questions que j'avais à vous poser. Je vous remercie d'avoir pris le temps d'y répondre.

IDE : Il n'y a pas de quoi. Je vous souhaite une bonne continuation, bon courage pour la retranscription.

ESI : Merci, bonne continuation à vous aussi. Bonne fin de journée.

IDE : Merci, au revoir

ESI : Au revoir."

## **Entretien N°2 :**

ESI : "Bonjour L. Tout d'abord, je te remercie d'avoir accepté cet entretien.

IDE : C'est avec plaisir que j'ai accepté.

ESI : Avant de commencer, as-tu des questions sur le déroulement de l'entretien ?

IDE : Tu vas me poser des questions en lien avec ton mémoire c'est bien ça ?

ESI : Oui c'est ça.

IDE : Très bien, alors dans ce cas je n'ai pas de question.

ESI : Parfait. Dans un premier temps peux-tu te présenter ? Nous dire dans quel service tu travailles, depuis combien de temps ?

IDE : D'accord. Moi je suis L., je suis infirmière en dermatologie depuis 1995. Enfin en dermatologie ça fait 10 ans que j'y suis. J'ai fait un peu d'hospitalisation et là je suis aux consultations. Ça fait à peu près 5 ans que je suis en consultations. Et donc en fait, moi ce qui me plaît en dermatologie c'est toute la gestion des plaies, gestion de l'allergologie aussi et de l'hôpital de jour. Voilà c'est varié quoi, ça tourne plus que dans un service par exemple. Après c'est vrai qu'on a des patients chroniques donc on les voit régulièrement et donc des fois on a des patients qui demandent plus aussi avec une personne qu'une ou qui le font savoir qu'ils aimeraient bien avoir les soins toujours avec la même personne. Ça arrive. Donc ton sujet il est d'actualité et c'est vrai qu'on ne se pose pas forcément ces questions. Ça met même mal à l'aise des fois.

ESI : Dans quel service tu as travaillé depuis que tu as ton diplôme ?

IDE : J'ai commencé ASH, j'ai fait l'école d'aide soignante après, j'étais sur Paris et je travaillais beaucoup en salle d'accouchement dans un premier temps mais en tant qu'aide soignante. En tant qu'infirmière après j'ai travaillé aux urgences, cardiologie, infectieux et pneumologie. Et je suis arrivée après ici. Donc entre Paris, Dinan, parce que j'ai travaillé à l'hôpital de Dinan et je suis arrivée à Pontchaillou en 2005. Et j'ai travaillé en soins intensifs de cardio, pneumo et après dermatologie. Quand je suis arrivée en dermatologie c'est vrai que les patients étaient quand même très douloureux avec leurs plaies assez importantes au niveau des ulcères et donc j'ai demandé à faire un DU douleur et après j'ai été formatrice douleur pendant 10 ans. Donc ça me prenait 10 jours dans l'année pour faire des formations institutionnelles, pour l'ensemble du personnel de Pontchaillou. On était à 2 et c'était intéressant d'avoir d'autres visions d'autres services. Et après j'ai fait la formation hypnose. Je me suis formée à l'hypnose. Voilà en gros mon parcours.

ESI : D'accord merci de t'être présentée. Vu que le sujet de mon mémoire c'est l'exclusivité dans les soins, j'aimerais savoir comment tu définirais cette notion.

IDE : La..?

ESI : L'exclusivité dans les soins.

IDE : Ah oui l'exclusivité dans les soins. Comment je définis ça ? Exclusif ça restreint déjà énormément alors être exclusif c'est-à-dire une personne, enfin faire un soin par une personne qui demande à être soignée par cette personne spécifiquement.

ESI : D'accord

IDE : Donc exclusif, c'est un mot fort exclusif parce que ça exclut quelque part quelque chose. Après dans l'exclusif aussi comme ça exclut quelque chose ça peut mettre un peu trop en valeur la personne qui est exclusive justement. Donc voilà, déjà je trouve que c'est un peu fragile rien que par ce mot là qui peut mettre du doute, de la non confiance envers les autres enfin voilà, je ne sais pas, c'est un mot qui me froisse un peu parce que ça va faire des tensions peut-être. Après celui pour qui la personne va demander à être soignée par un soignant, c'est quelque part un peu vaniteux quoi. C'est agréable dans la reconnaissance et tout, parce que c'est quand même bien de se dire "elle est contente de ce que j'ai fait". Il y a ce côté qui est plaisant, rassurant et valorisant. Mais il y a l'autre partie qui fait que ce n'est pas très équilibré.

ESI : Est-ce que tu peux me raconter une situation d'exclusivité que tu as pu vivre ?

IDE : J'en ai eu plusieurs entre autres parce que je commence à être la plus ancienne dans les consult et c'est vrai que les médecins aussi jouent ce rôle dans l'exclusivité. C'est-à-dire qu'ils vont se rapporter à celui qui a le plus d'ancienneté quand ils ont aussi eux un patient avec qui ils savent que ça va être compliqué donc ils vont aller se référer souvent aux anciens. Et moi j'ai vécu ça aussi pour ceux qui étaient plus anciens. Donc c'est vrai qu'il y a ce côté qui est un peu bizarre quoi. Après une situation récente, c'était une patiente que j'avais suivie en hôpital de jour et que je connais parce qu'elle vient régulièrement aussi en consultation et encore une fois comme je suis dans les aînés, son repère c'était ça, comme il y a eu un changement en plus récemment. Donc aussi ils ont besoin dans la chronicité les gens ont besoin d'avoir des repères de personnes. Donc cette personne-là entre autres qui avait une hantise des perfusions, des piqûres et donc comme j'utilise l'hypnose, elle a aimé et ça lui a permis d'appréhender le soin différemment donc c'est vrai que cette personne là me demandait. Donc oui j'avais l'exclusivité pour cette personne. Après c'était mal vécu, comme elle venait régulièrement, par les collègues. Donc moi aussi je lui ai dit que ce ne sera pas moi tout le temps mais je lui avais donné des techniques aussi pour appréhender ce soin là et qu'il fallait qu'elle les utilise. Il fallait aussi qu'elle dise à la personne qui allait poser la perfusion de lui laisser le temps

d'utiliser la technique, respiration ou autre pour qu'elle puisse être bien avant le soin. Moi j'ai fait un peu le lien pour aussi dire "vous avez les techniques, vous pouvez les utiliser même quand je ne suis pas là et ma collègue qui pose très bien les perfusions vous laissera ce temps de respiration, d'utiliser votre technique. Donc voilà, il fallait rassurer un peu tout le monde et ça s'est très bien fait comme ça.

ESI : Comment tu décrirais la relation que tu entretenais avec le patient au moment où tu as commencé à le prendre en soin et jusqu'au moment où la question de l'exclusivité s'est posée ?

IDE : La relation ? C'est toujours compliqué la relation avec le patient parce qu'il y a des gens avec qui ça va tout de suite bien se passer, d'autres ça va être plus distant, respectueux mais distant. Enfin voilà, après ça dépend de comment on est là au moment où ça se passe. Il y a beaucoup de choses qui peuvent entrer en jeu. Mais souvent après, même avec la charge de travail et peut-être aussi avec l'expérience, je me dis là je suis avec le patient et je suis pour lui. Là je m'occupe de lui, je m'interroge, je lui demande où il habite, ses habitudes, pourquoi il vient, s'il a bien compris pourquoi il venait. De ne vraiment s'intéresser qu'à lui et ça s'est vrai que les personnes le ressentent si on est vraiment disposés même si il a beaucoup de questions et que voilà il va falloir passer un peu de temps pour expliquer, qu'il ne nous sente pas tout le temps en train de regarder autre chose ou de dire "j'ai un autre soin à faire". Il faut aussi marquer un temps, ou même retourner voir les collègues et dire que là je vais être bloquée pendant un quart d'heure. Comme ça tout le monde est au courant, si il y a quelqu'un d'autre qui arrive elles savent qu'ils faut qu'elles s'en occupent.

ESI : Comment tu as vécu cette situation et quels étaient tes ressentis par rapport à ça ?

IDE : Par rapport à quoi ?

ESI : Par rapport au fait que tu aies dû dire au patient que ça ne pouvait pas être toi tout le temps.

IDE : On sent bien qu'il y a une petite déception mais il faut les rassurer en disant qu'on n'est pas tout seul et que les collègues aussi ont leur place, qu'il ne faut pas les exclure. Moi je ne suis pas pour ça, pour exclure. Il faut aussi se mettre à la place des autres, se dire que ça ne doit pas être facile pour les collègues d'entendre "non je veux que ce soit Madame untel ou L.". Du coup même si on sent qu'il y a de la déception, il faut les rassurer en disant que voilà, je ne pourrais pas toujours être là, mais les collègues elles sont très bien, elles ont aussi leurs compétences et il faut aussi leur faire

confiance. Et qu'on se reverra à d'autres moments puisque à un moment ça retombe sur moi. Donc voilà il faut aussi les aider à apprendre avec les autres. Je pense qu'il faut aussi les éduquer les patients pour leur dire qu'il n'y a pas que nous. Je pense que même pour elle c'est aussi apprendre à faire confiance aux autres. Un jour si je ne suis pas là qu'est-ce qu'il se passe ? Elle va être paniquée ? Non, il ne faut pas en arriver là. Il ne faut pas en arriver à ça. Il faut faire le relai. Ne pas dire "non elle n'est pas là" ou "elle est occupée ailleurs", ça ça peut être mal vécu par le patient par exemple. Il peut se dire "elle ne veut plus me voir", les à priori ça va vite. On fonctionne tellement comme ça. Si on se dit "ah non ça ne sera pas elle" et puis si la collègue, un peu énervée parce qu'elle en a ras le bol qu'on demande une autre collègue, elle va dire "non aujourd'hui c'est avec moi et vous venez avec moi". Des fois ça peut mettre un ton aussi désagréable et ça ne va pas améliorer la relation. Donc voilà, il faut faire attention à tout ça et juste un relai, une transition qui va faire que ça va se faire naturellement et puis elle accepte, d'ailleurs ça s'est très bien passé. Après elle ne me réclamait plus. Elle s'y est habituée et elle a compris que ça pouvait se faire différemment. De toute façon dans la chronicité les gens sont assez directifs, ils savent ce qu'ils veulent. Il faut les entendre, les écouter tout ça mais il faut savoir repositionner, ne pas se laisser embarquer dans leurs directives.

ESI : Avec cette patiente, comment la relation a évolué ? Tu as continué à la prendre en soins mais est-ce que tu as pu remarquer un changement dans la relation à partir du moment où tu lui as expliqué que ce ne serait pas toujours toi qui la prendrait en soin ?

IDE : Non, du coup je pense que cette transition là ça a apaisé tout le monde parce qu'après quand elle revenait elle était toujours contente de me voir, on blaguait ensemble. Moi je lui disais "vous voyez ça s'est bien passé avec mes collègues" et elle me répondait que oui, elle avait des bons retours avec elles aussi donc moi j'étais contente. Je lui ai dit "vous voyez, des fois il faut aussi aller vers du nouveau, des changements". Dans les changements elle a trouvé de nouvelles choses chez les autres personnes. Mais des fois les changements c'est difficile à accepter pour certains qui sont habitués. L'habitude. L'habitude, le changement, tout ça pour eux c'est très déstabilisant. Enfin c'est ce que je ressens et ce que j'entends chez les patients. Ils n'ont pas envie forcément de raconter encore toute leur histoire parce qu'ils sont déjà épuisés et que ça finit par épuiser. Mais en même temps, ce qu'il faut qu'ils comprennent c'est que quand on est trop habitué, il y a moins de nouveautés alors que quand on change... Comme les médecins traitants. Il y en a qui ont le même médecin traitant toute leur vie et il n'a jamais exploré un problème dont le patient se plaint depuis toujours parce que c'était quelque chose d'habituel et qu'il n'y avait rien de spécial. Et puis elle change pour un remplaçant et lui va dire "comment ça se fait qu'on n'a pas exploré ça ?" et hop il va faire des explorations et il va

trouver quelque chose. Alors qu'elle a eu mal tout le temps. Il y a des habitudes comme ça. Et c'est ça le risque de l'habitude, c'est qu'on peut passer à côté de choses ou ne pas donner une nouvelle information.

ESI : Est-ce que tu avais pu discuter de la situation avec les autres membres de l'équipe et avoir leurs ressentis ?

IDE : Oui bien sûr, elles se disaient "on en a marre" et moi je disais "bah oui c'est vrai, j'ai pas envie qu'il n'y ai que moi". Après ce n'était pas forcément qu'avec cette patiente là, pour moi c'était évident qu'il fallait que ça tourne et que ça ne soit pas que moi à faire ces soins là. Pour ce genre de patients j'étais plutôt ouverte en disant "non non, on fait la transition". Par contre, du fait que je fais de l'hypnose, les médecins vont dire de demander à L. quand elle est là. Donc ça aussi ce n'était pas toujours bien vécu mais là je leur ai dit "oui mais là j'ai une compétence supplémentaire qui fait que ça amène une autre prise en charge". Il fallait que je le dise comme ça parce que sinon ce n'était pas facile pour elles de se dire qu'il y avait quelque chose qui nous différençait. Là c'est la compétence, il faut être formé. Après moi je leur dis de se former, ce serait top qu'on soit plusieurs. Ça a tout de suite apaisé, il y avait une réponse, il y avait un truc qui fait que ça s'explique mais il fallait que je leur dise sinon c'était plus difficile pour elles.

ESI: Est-ce que tu as déjà senti la nécessité de parler d'une situation comme ça à la hiérarchie, ça peut être au cadre par exemple ou même au corps médical pour essayer de régler la situation ?

IDE : Par exemple chez les enfants, c'est vrai qu'un médecin me demande souvent pour être là et bon après c'est vrai qu'il y a peut-être des enfants plus compliqués que d'autres mais ceux pour qui ça se passe bien je leur ai appris à l'équipe à utiliser la distraction. Tu sais on a même une salle où il n'y a vraiment que des choses pour les enfants, d'utiliser les livres, de jouer. Et on fait le soin après ou pendant mais on ne fait pas le soin tout de suite. Et ça maintenant elles savent le faire, elles savent utiliser tout ça et du coup maintenant c'est bon. Mais oui on en a parlé ensemble de ça pour que ce ne soit pas l'exclusif. Donc oui des fois avec les médecins c'est pareil, il faut les rassurer parce qu'ils ont envie que ça se passe bien avec l'enfant, que le stress soit un peu mis à plat. Donc c'est vrai qu'ils vont aller voir tout de suite la personne avec qui ils vont être rassurés. Mais le fait encore une fois de dire qu'elles sont aussi capables que moi, et ça se passe très bien, elles le font très bien. C'est ça qui est bien dans la transmission et qu'elles adhèrent, parce qu'elles pourraient ne pas adhérer.



Donc du coup même pour les autres médecins, comme ils voient que ça fonctionne bien, ça y est ça commence un peu à ce que ce soit universel. Il n'y a pas forcément une plus que l'autre.

ESI : Est-ce que tu aurais en tête des conséquences pour le patient qui voudrait justement une exclusivité avec un soignant ? Tu parlais tout à l'heure des habitudes que ça peut engendrer, est-ce que tu vois d'autres conséquences comme ça ?

IDE : Alors l'habitude... Le patient chronique quand même, les changements. Surtout chez les personnes chroniques, c'est vrai que pour eux ça peut être difficile. Les patients timides aussi. Il suffit que ça tombe deux fois ou trois fois sur la même personne, les patients s'habituent... Encore "habituer". Il suffit qu'il y ai un truc qui s'est mieux passé une fois qu'une autre avec cette personne là... L'humour aussi, ça contribue. Après ça dépend de quel type de patient on a en face. Voilà, c'est surtout l'habitude et les changements, ce qui fait que c'est compliqué parfois pour eux de changer, enfin d'avoir du changement.

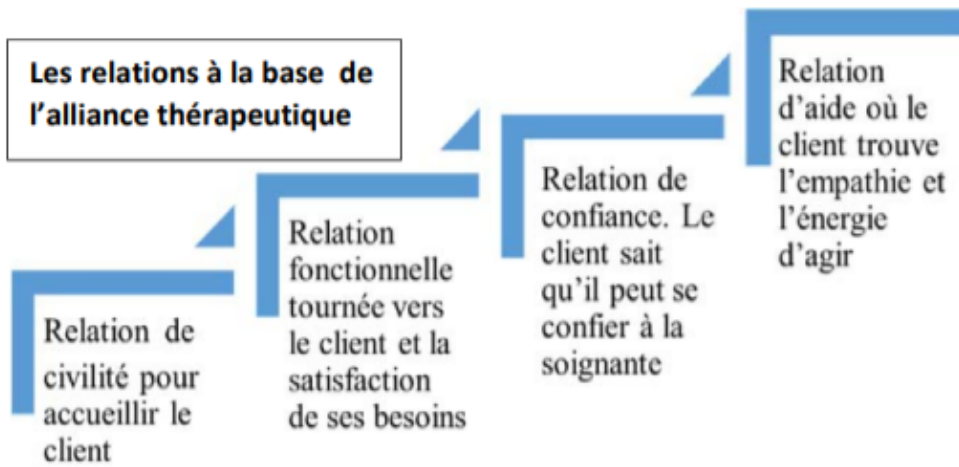
ESI : J'ai fait le tour des questions que j'avais à te poser. Merci pour le temps que tu m'as accordé.

IDE : De rien, j'espère que ça va permettre de te donner des axes de travail.

ESI : Oui j'ai pas mal d'informations qui me seront utiles. Encore merci et peut-être à une prochaine fois.

IDE : Oui peut-être à la prochaine, bonne journée et bonne continuation.

V. Document utilisé dans le cadre conceptuel



Phaneuf, M. (n.d.). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins Les origines*. Prendre soin.

## 10. Abstract

NOM : Dehoux
PRÉNOM : Maëva
TITRE DU MÉMOIRE : La volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant
<p>In a care context, two people are in interaction : the nurse and the patient. A relationship settle between these two people and can lead to the fact that the patient wants to be cured exclusively by a nurse in particular. This is why I asked myself : "How can the wishes of a patient to be cured exclusively by a nurse influence the care of the patient ?"</p> <p>In a first time, I defined the notion of wishes, taking care and exclusivity in cares, by addressing patient's rights, confidence relationship and teamwork. In a second time, I interviewed two nurses in order to know their point of view on this subject and expose it to the ones of the authors.</p> <p>That's how I could notice the importance of the patient's wishes in the take care and especially his consent in cares and his rights. Furthermore, the relationship between the nurse and the patient is an essential component in the construction of will's exclusivity by the patient. Finally, consequences of these wishes are multiples with principally an impact on the nurse team and on the therapeutic alliance between the nurse and the patient.</p>
<p>Dans un contexte de soins, deux personnes sont en interactions : le soignant et le soigné. Une relation s'établit entre ces deux personnes et peut aboutir au fait que le patient veuillent être soigné exclusivement par un soignant en particulier. C'est pourquoi je me suis demandé "En quoi la volonté d'un patient d'être soigné exclusivement par un soignant impacte-t-elle la prise en soin du patient ?"</p> <p>Dans un premier temps, j'ai défini la notion de volonté du patient, de prendre soin et d'exclusivité dans les soins, tout en abordant le droit des patients, la relation de confiance et le travail en équipe. Dans un second temps, j'ai interrogé deux infirmiers afin de connaître leur point de vue sur le sujet et de confronter ces derniers à ceux des auteurs.</p> <p>C'est ainsi que j'ai pu constater l'importance de la volonté du patient dans le prendre soin et notamment son consentement aux soins et ses droits. De plus, la relation entre le soignant et le soigné est une composante essentielle dans la construction d'une volonté d'exclusivité de la part d'un patient. Enfin, les conséquences de cette volonté sont multiples avec principalement un impact sur l'équipe soignante et sur l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné.</p>
MOTS CLES : wishes, confidence relationship, exclusivity, therapeutic alliance, teamwork
MOTS CLES : volonté, relation de confiance, exclusivité, alliance thérapeutique, travail en équipe
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 : 2019 - 2022