

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

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

« Un avis pour leurs vies »





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier

**Travaux de fin d'études :
*Un avis pour leurs vies***

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 ».

« Un avis pour leur vie »

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière 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 03/05/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Sommaire

<i>Introduction</i>	1
1. Problématique	2
1.1. Situation de départ N°1	2
1.2. Situation de départ N°2	4
1.3. Émergence d'une question de départ	5
2. Cadre conceptuel	7
2.1. Quelques textes de loi.....	7
2.2. Du concept d'influence à l'alliance thérapeutique.....	8
2.2.1. L'influence	8
2.2.2. L'art de la suggestion et sa distinction du conseil.....	8
2.2.3. La confiance et les valeurs soignantes menant à l'alliance thérapeutique	9
2.3. Double identité : identité personnelle et identité professionnelle ou sociale.....	11
2.4. L'identification	12
2.5. « Le jeu de la conversation »	13
3. Méthodologie	15
4. Analyse descriptive	16
4.1. La place du soignant dans l'information	16
4.2. Les méthodes d'aide à la décision	16
4.3. Les notions abordées	17
4.4. Les difficultés dans l'aide à la décision.....	18
4.5. La "bonne" décision	18
5. Discussion	20
6. Conclusion	23
7. Bibliographie	24
8. Annexes	26

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier toutes les personnes bienveillantes que j'ai rencontrées sur mon chemin d'études.

Je remercie aussi mes formateurs qui m'ont accompagnée pendant ces trois années.

Merci à toi Corentin de m'avoir soutenue et écoutée pendant ce travail lorsque le doute m'assaillait.

Merci à ma famille, ma mère notamment, et à mes amis de m'avoir aidé à y voir plus clair lorsque l'objectivité me quittait.

Et pour finir merci à la CDB. C'est ensemble que l'on a grandi pendant ces trois ans et c'est grâce à vous que j'ai pu autant rire. Vous avez été un repère pendant ces années où nous avons tous beaucoup changés.

*« Face à une situation, il nous est impossible de reconnaître la réalité dans son ensemble si l'on reste figé à sa place. »
Maud ANKAOUA*

Introduction

Un patient me demande mon avis !

C'est lors du début de ma deuxième année que j'ai rencontré une situation qui m'a beaucoup questionnée. Pendant ces trois ans nous apprenons une multitude de savoir-faire : les prélèvements sanguins, préparer des antibiotiques, surveiller des signes cliniques. Certes nous avons aussi des cours de psychologie, de sociologie, nous avons même la chance de nous exercer en nous mettant en situation d'entretien infirmier avec d'autres étudiants pendant des travaux dirigés. Mais, comment se préparer à cette question. Une question qui met en conflit notre identité professionnelle et notre identité personnelle en perpétuelle changement. Suis-je légitime ? Moi qui ne je ne suis même pas infirmière encore... J'étais perdue entre le devoir de l'aider et la peur de l'influencer car cette décision ne m'appartenait pas. Lui avais-je volé une partie de son chemin de réflexion en lui répondant ? Peut-être était-elle utile pour prendre la bonne décision, celle qui lui correspondait.

C'est à partir de ce jour, que mes prises en soin n'ont plus jamais été les mêmes. C'est à partir de ce jour, que la façade d'étudiante en soins infirmiers, que j'avais créée sans le vouloir, entre les patients et moi s'est modifiée. A partir de ce jour, celui qui était patient la minute d'avant, redevint distinctement aussi une personne avec : des questionnements, des émotions, des préoccupations, des difficultés mais surtout une demande d'aide. Être infirmière prit alors une toute autre définition pour moi. De "celle qui soigne", elle devint aussi "celle qui aide".

A l'heure où le paternalisme médical disparaît et les patients experts apparaissent, des personnes novices dans le domaine médical, pour qui un choix s'impose, se retrouvent parfois face à un dilemme et se dirigent souvent naturellement vers les soignants.

Régulièrement confrontée à cette situation dans mes lieux de stages et dans l'exercice d'auxiliaire puéricultrice, je me suis interrogée quant à l'aide à la décision parfois difficile de certains patients ou proches de patients.

En décrivant plus précisément cette situation, une question fût le départ de ma réflexion. Puis, j'ai par la suite entrepris des recherches documentaires qui m'ont permis d'étayer mes connaissances dans le domaine de l'aide à la décision. Plus tard, je les ai mises en lien avec un entretien auprès d'une professionnelle afin de pouvoir mettre en confrontation la théorie avec la pratique expérimentée.

1. Problématique

1.1. Situation de départ N°1

Je suis en stage dans une unité de soins digestifs. Dans cette unité nous recevons des patients atteints de pancréatites aiguës, des personnes souffrant d'un endo-brachy œsophage, de MICI (ou Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin) comme des maladies de Crohn ou des rectocolites hémorragiques mais aussi des patients atteints de cancers.

Les pathologies sont aussi vastes que peut l'être l'appareil digestif et les patients sont de tout âge.

J'étais en stage sur l'horaire d'après-midi, un jour de ma quatrième semaine de stage. Avec l'infirmière du secteur nous terminons notre premier « tour des patients », il est 14h30.

Nous rentrons dans la chambre de Monsieur A, âgé de 32 ans, hospitalisé pour une énième poussée de rectocolite hémorragique (RCH).

Cette maladie est devenue très invalidante, au moment de ses poussées pour Monsieur. A, du fait de selles fréquentes (jusqu'à 30 par 24h) sanglantes qui s'accompagnent de douleurs très importantes du fait de brûlures rectales. En plus de cela ce patient souffre de coliques expulsives et de faux besoins liés à l'avancée de sa maladie. Monsieur. A, qui est professeur d'histoire en collège, est depuis trois ans maintenant en arrêt maladie et s'est isolé socialement car il a perdu l'estime de lui-même. Il dit préférer mourir car sa vie ne tourne plus qu'autour de sa maladie.

Après de multiples essais médicamenteux et du fait de l'avancée de sa maladie, les médecins de Monsieur A lui ont annoncé cinq jours plus tôt l'échec thérapeutique. Ils lui ont proposé la chirurgie pour diminuer ses douleurs et le nombre de selles, devenues omniprésentes dans sa vie. La réponse à cela n'a cessé d'être négative de sa part pour la colostomie et Monsieur. A s'est renfermé sur lui-même.

Pourtant ce jour-là M. A semble plus souriant. Il nous exprime avoir appris l'échec thérapeutique. Il dit également que la seule solution pour améliorer la situation est d'avoir « une poche à vie » et qu'il « ne sera jamais guéri ».

M. A nous dit être « perdu ». Il nous interroge sur la décision qu'il doit prendre. A ce moment-là nous prenons conscience que le positionnement de M. A est différent et qu'il se questionne. Il nous semble plus ouvert à la discussion. M. A m'interpelle premièrement sur la question. Il

souhaite que je lui donne mon avis. J'exprime à mon patient que nous ne pouvons pas prendre la décision pour lui mais que nous serons là pour le soutenir.

Je lui conseille de faire une liste afin de poser le pour et le contre : « ce qu'apporte la chirurgie », « ce que retire la chirurgie ». M. A explique directement les aspects négatifs. J'appuie ma proposition en lui disant que cet exercice lui permettrait de voir les aspects positifs. Il me remercie de ce conseil, me dit qu'il le fera car effectivement cela pourrait l'aider à prendre une décision.

Ensuite, il interroge l'infirmière pour avoir son avis. Elle lui répond qu'elle-même accepterait les conseils médicaux. Cependant, elle nuance son propos : « mais nous appartenons au monde médical et je pense que nous n'avons pas la même approche des colostomies étant habitués à en voir ». M. A m'a de nouveau interpellé « mais vous n'avez pas répondu à ma question...le feriez-vous ? ».

Cette fois ci je prends le parti de donner mon avis personnel.

Au vu de mon analyse de la situation j'explique à Mr que je ferais la chirurgie. Je lui dis qu'il nous a souvent exprimé que sa situation ne lui permettait pas d'être heureux. De ce fait, je lui explique que je tenterais cette opération car bien que ça changerait son schéma corporel, celle-ci pourrait améliorer sa qualité de vie. De plus elle permettrait de réduire ses douleurs. J'appuie également sur le fait que cela aura un impact positif sur son sommeil, car il ne sera plus entrecoupé. Et une fois le sommeil retrouvé il aurait sûrement de la force pour sortir à nouveau avec ses amis au moins quelques heures sans avoir cette crainte de devoir aller aux toilettes

Mon ressenti :

Lorsque je suis rentrée dans la chambre j'ai été surprise que M. A ait besoin d'un avis pour cette décision compliquée à prendre du fait qu'il ne semblait pas prêt jusqu'à présent à changer de décision pour cette colostomie.

De plus je n'avais jamais été face à un patient qui me posait une question qui m'impliquait dans la réponse. Cela m'a mise mal à l'aise. J'ai contourné la question une première fois, car il est difficile pour moi de donner une réponse qui pourrait influencer le choix de ce patient. Un choix qui pourrait changer son schéma corporel et avoir un impact important s'il ne l'accepte jamais.

1.2. Situation de départ N°2

Lors de ma deuxième année d'études, j'ai eu la chance de travailler comme auxiliaire puéricultrice d'accueil aux urgences pédiatriques. Mon rôle était celui d'accueillir les enfants de 0 à 15 ans et leurs accompagnants, de leur demander la raison de leur venue, d'avoir un regard clinique et de prendre les constantes.

Un soir, comme de nombreux soirs aux urgences pédiatriques, une maman arrive très anxieuse et préoccupée de l'état de son enfant. A l'arrivée son enfant de 5 mois présentait une hyperthermie à 38.4 et j'observe un inconfort semblable à de la douleur. Sa mère décrit que depuis 3 jours il mange moins et qu'elle le « sent bizarre » et quelque peu irritable et que c'est l'arrivée de la fièvre ce soir qui l'a précipitée ici. Le reste des constantes n'étaient pas inquiétantes et la puéricultrice à l'IAO l'a côté moyennement urgent. En effet, l'enfant nécessitait sûrement d'être vu par un médecin car la fièvre était inexplicquée et l'enfant relativement jeune mais aucun signe de gravité.

Ce soir-là, comme souvent, la salle d'attente se remplissait et les chaises se faisaient rares pour les patients. Nous continuions à enchaîner les patients avec la puéricultrice. Je reconnus la mère de l'enfant de 5 mois qui me faisait signe. Lorsque je m'approchai d'elle, elle m'expliqua que cela faisait déjà trois heures qu'elle attendait de voir le médecin « je ne viens pas du tout me plaindre, je me doute de tout le travail des médecins en voyant le nombre d'enfant ce soir...Mais justement, je me demande si je ne me suis pas inquiétée pour rien. Et puis il s'est enfin endormi, je m'en veux de ne pas pouvoir le mettre dans son lit, il serait sûrement plus à l'aise. Je peux peut-être rentrer chez moi finalement ? Qu'en pensez-vous ? ». A sa question je n'ai pas voulu lui donner de réponse précise. Je lui ai répondu que je pense qu'elle devrait se faire confiance en se souvenant ce pourquoi elle était venue car elle le trouvait « bizarre » et que je ne pouvais pas lui dire qu'elle peut rentrer car l'enfant n'a pas été ausculté et que je ne suis pas médecin. Elle prit alors la décision de rester pour avoir un diagnostic.

1.3. Émergence d'une question de départ

Dans la première situation de soin ce qui m'interrogea aussitôt sortie de la chambre est : comment les actions d'un soignant impactent les décisions d'un patient ?

Dans cette situation j'ai conseillé, ainsi que l'infirmière à mes côtés, de faire cette opération.

En faisant des recherches plus tard sur les répercussions psychologiques d'une stomie, j'ai pu y lire que les patients pouvaient sentir un trouble profond du schéma corporel et un sentiment de régression physique. Je pouvais imaginer la notion de schéma corporel bousculé cependant je n'avais pas mesuré la notion de régression physique et j'ai alors conseillé un patient sans avoir toutes les connaissances nécessaires.

La notion de conseil est une « attitude de Porter » que nous avons étudié en cours pourtant, et j'avais la notion qu'elle était considérée comme une attitude neutre c'est-à-dire ni positive ni négative. Car si elle permet de créer une sorte de sécurité dans ce contexte c'est parce qu'elle permet à l'autre de ne pas choisir par lui-même, en quelque sorte de faire ce choix à sa place. Cependant je comprends, qu'à ce moment précis de sa vie, c'est important pour M.A d'avoir des avis car c'est un homme qui s'est isolé de sa famille et de ses amis et que ce conseil aura aussi été bénéfique pour qu'il se sente soutenu et entouré avec de la bienveillance.

Dans cette situation je vois aussi une notion d'authenticité avec le patient, j'ai pu lire que l'authenticité du soignant au patient est aussi gage d'une relation de confiance.

Lors de la deuxième situation j'avais déjà en mémoire la situation de Monsieur A. Je su donc que je n'avais pas envie de donner de conseil alors que je ne connaissais rien des conséquences qui auraient pu suivre. De plus en ayant discuté de cela auparavant avec mes collègues des urgences pédiatriques, les parents connaissent très bien les réactions de leur nourrisson et remarquent très vite leurs changements. Mes collègues ont souvent pu remarquer que les parents se trompaient rarement lorsqu'il sentait leur enfant malade sans avoir de certitude.

Cette deuxième situation a fait émerger plusieurs questionnements : Pourquoi la mère de l'enfant avait-elle besoin d'un avis ? Qu'attendait-elle de moi ? Voulait-elle un simple soutien ou une réelle réponse ?

En analysant ces deux situations et les questionnements qui en ont émergés cela m'a mené à d'autres interrogations :

- Qu'est-ce qui rend les décisions des patients si difficiles ?
- Quels processus entrent en jeu à ce moment-là ?

Jusqu'à ma question de départ qui est la suivante : de quelle manière l'infirmière peut-elle influencer les choix thérapeutiques d'un patient ?

2. Cadre conceptuel

2.1. Quelques textes de loi

Pour initier le cadre théorique de mon mémoire j'aimerais exposer tout d'abord les textes qui régissent les choix thérapeutiques des patients ainsi que le rôle du personnel médical et paramédical :

- Article R4311-3 du Code de santé publique
Modifié par [Décret n°2008-877 du 29 août 2008 - art. 1](#) « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes »
- La Charte du patient hospitalisé de mars 2002 tout comme, le Code de déontologie médicale, donne le droit au patient de refuser un traitement.
- D'après l'article 1111-4 du Code de Santé publique : « 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. ». Tout cela implique une explication claire, c'est à dire avec un langage adapté à la compréhension du patient. Un consentement éclairé engage l'équipe médicale et paramédicale à avoir fait prendre connaissance au patient de ses possibles alternatives thérapeutiques. Être libre dans sa décision médicale implique une absence de « pression ou contrainte » par les soignants. C'est avec tous ces éléments réunis que l'on pourra considérer que la décision du patient est un choix libre et éclairé.

2.2. Du concept d'influence à l'alliance thérapeutique

De plus, il me paraissait intéressant de définir, comparer et préciser certains termes utiles afin d'accompagner les patients dans leurs prises de décisions.

2.3. L'influence

D'après la définition du dictionnaire Larousse, l'influence serait l'« action, généralement continue, qu'exerce quelque chose sur quelque chose ou sur quelqu'un ». En psychologie, « l'influence « informative » ou « centrée sur la tâche » concerne la relation avec l'objet et répond au désir d'avoir une perception exacte de la réalité. Les gens font preuve de plus de conformité quand ils travaillent à une tâche difficile ou ambiguë, quand ils doutent de leur compétence pour cette tâche et quand ils croient que d'autres membres du groupe sont très compétents pour effectuer cette tâche. La conformité leur permet de réduire l'incertitude. »

La notion d'influence est donc transposable dans les soins mais comment peut-elle se présenter ?

2.4. L'art de la suggestion et sa distinction du conseil

Dans l'étymologie, la suggestion est « l'influence d'un individu par un autre ». Son art, par contre, en est l'utilisation mesurée et surtout bienveillante pour les autres ou soi-même. Si la suggestion est utilisée dans le domaine du management ou dans nos relations sociales au quotidien, nous pouvons aussi la retrouver dans le domaine du soin, notamment en hypnose. Yseult Théraulaz cite d'ailleurs cette manière de communiquer qui, n'impose rien mais suggère seulement des propositions au patient. Cela lui laisse la liberté par la suite de se les approprier et de les accepter ou non.

Au contraire, le conseil est par défini dans le dictionnaire Larousse par une « Indication sur une manière d'agir que l'on découvre, en faisant référence à quelque chose ; incitation ». Il serait donc une manière de communiquer laissant moins de libre arbitre au patient.

Cependant, lorsque le patient nécessite de l'aide, d'autres éléments joueraient aussi un rôle dans la relation soignant-soignée.

2.5. La confiance et les valeurs soignantes menant à l'alliance thérapeutique

Deux textes traitent d'un même thème : la construction de l'alliance thérapeutique. Ces deux écrits sont indirectement liés avec ma question de départ concernant l'aide à la décision dans les choix thérapeutiques. En effet, il me semblait incontournable de me renseigner sur les différents facteurs qui permettent une alliance thérapeutique dans la relation de soin.

Le premier texte, par une approche psychologique et historique, explique comment d'une relation de confiance peut naître une alliance thérapeutique. Le deuxième, évoque, par une approche éthique, les critères de relation qui permettent une alliance thérapeutique. Ces articles me permettent de confronter les points de vue de différents auteurs à plusieurs dates entre le XXe et XXIe siècle sur la question de la confiance dans l'alliance thérapeutique.

Lors de mes lectures j'apprends que Bordin, en 1975, a construit un schéma basé sur la psychanalyse permettant de mettre en lumière trois éléments capitaux dans la relation de confiance qui donnent lieu à l'alliance thérapeutique. Ces trois éléments sont les : "tasks, bonds et goals" (Recherche en soins infirmier, sept 2001).

Or, dans ces trois éléments, des notions coïncident avec l'apport éthique retrouvées dans le numéro 35 de perspectives soignantes. Notamment sur le fait qu'un soin peut s'inscrire dans un contexte de confiance.

En effet, d'après le numéro 35 de Perspectives Soignantes ceux qui forment un "acte de soin" sont : le patient et le soignant avec tout ce qui les compose (dimensions sociales, psychologiques, spirituelles, biologiques, vécu, engagement professionnel...), ainsi que le soin en lui-même. Le soin réunirait donc le patient et le soignant dans le fait "d'accomplir quelque chose ensemble". Cependant, cet écrit attire notre attention sur le fait que la confiance dans un soin n'est pas systématique, mais n'indique pas en quoi elle pourrait être favorable. C'est dans l'article de recherche en soins infirmiers que la notion de "solidité" de réalisation de soins apparaît. Effectivement, Bordin considère que si le soignant et le patient coopèrent de la même manière vers un même objectif alors la cohésion favorisera la bonne réalisation du soin.

Aussi, afin que ceci ait lieu, il faudrait la présence essentielle de paramètres tels que : "l'humain se trouve face à l'humain, qui le convoque et l'interpelle en sa qualité d'humain" (Perspectives Soignantes). Cela sous-entend donc la nécessité d'authenticité et d'humanité dans la relation de soin, autant de la part du patient que de celle du soignant.

Dans le numéro 35 de Perspectives soignantes, Simmel précise qu'il faudrait apporter de l'humanité et de l'authenticité dans le soin, et suggère que pour avoir confiance la place des "sentiments" est nécessaire. Ceux-ci permettraient une sorte de promesse mutuelle telle que le patient puisse avoir "confiance que celui qui est en face va réellement faire le nécessaire dans la situation". En somme, la confiance se déploierait d'autant plus quand les acteurs du soin éprouvent des sentiments. Par exemple, plus le patient ressent de l'empathie envers lui plus il sera susceptible d'accorder sa confiance au soignant. C'est ainsi que le patient alternera, d'après Zetzel dans Recherche en soins infirmiers, entre "des périodes dominées par le transfert et des périodes dominées par l'alliance de travail". C'est d'ailleurs Ricoeur, qui envisage la confiance comme un fondement qui débouchera sur l'alliance thérapeutique.

On peut donc saisir que les deux écrits sont en accord sur le fait qu'une alliance thérapeutique nécessite une confiance entre les deux partenaires de soin, que sont le patient et le soignant. En rassemblant les deux textes, il est possible de remarquer qu'ils insistent tous deux sur le fait que pour que la confiance puisse naître, plusieurs valeurs clés sont incontournables de la part du soignant. Et puisque ma question de départ traite de l'influence que peut avoir l'infirmière dans les choix thérapeutiques, les quelques éléments pouvant impacter l'alliance thérapeutique sont, d'après Rogers : l'empathie, le regard inconditionnellement positif et l'authenticité.

Après avoir compris que le soin, le patient et le soignant forment un ensemble, j'aimerais pouvoir dissocier la personne en tant qu'individu et la personne en tant que du soignant.

2.6. Double identité : identité personnelle et identité professionnelle ou sociale

Lorsque nous sommes soignants nous possédons une double identité. Pour commencer nous avons l'identité personnelle. D'après Markus en 1977, cette identité se fonde dans les représentations sociales afin de bâtir son "soi spécifique". D'autres auteurs apportent une précision. Breakwell, Guichard ou encore Zavalloni considèrent que c'est la personnalisation des représentations sociales, dans lesquelles l'individu est immergé, qui participe à la construction de son identité personnelle.

Tajfel a lui put définir l'identité sociale. Il l'a défini comme : " la connaissance qu'on a d'appartenir à certains groupes sociaux et la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance". L'identité sociale ou professionnelle, peut donc s'apparenter ici à une sorte d'identité personnelle avec laquelle nous travaillons tous les jours.

D'après Turner, c'est le fait d'appartenir à un groupe qui permet de distinguer l'identité sociale de l'identité personnelle. C'est à dire qu'une personne vit avec son identité personnelle construite de toutes ses représentations sociales acquises par l'expérience. C'est lorsque cette personne, infirmière par exemple, se retrouve à aller travailler avec son équipe à l'hôpital, qu'elle peut alors "jouer son rôle" social grâce à l'interaction avec le groupe. "Rôle social" dans lesquelles des représentations supplémentaires peuvent s'ajouter.

Nous portons tous en nous cette double identité et dans notre travail en permanence en lien avec l'humain nous pouvons parfois nous trouver des similitudes avec nos patients qui peuvent nous troubler.

2.7. L'identification

Martine RUSZNIEWSKI expose la notion d'identification projective concernant les soignants. D'après elle, par ce fonctionnement, le soignant tente d'effacer la distance "par une prise en charge active et globale de la souffrance du malade". Le soignant alloue au patient une similitude avec lui-même. Il considère que le patient a la même façon de réagir, de ressentir ou de penser que lui, or cela entraîne pour lui une impossibilité d'objectivité face aux différentes situations que va vivre le patient. De plus, par ce mécanisme, le soignant devient intimement persuadé d'être le seul capable de savoir ce qui correspond au patient, le seul à savoir comment lui apporter confort et sérénité. Le seul capable de cela, niant même la capacité du patient d'en être capable pour lui-même. Ce processus entraîne donc pour le patient par la suite une sorte de négation de ses émotions. Car en pensant être à la place du patient, le soignant n'est plus à l'écoute des ressentis de celui-ci, mais des siens.

C'est par ce mécanisme d'identification projective que le soignant n'arrive plus à maintenir la "juste distance", celle qui lui permet de soigner, sans nier l'Autre, réussir à pouvoir se nier. Mais pour soigner faut-il un Soi nié du professionnel ?

D'après Marie Quinon, dans un article de Soins Aides-Soignantes, il n'existe pas de méthode qui permet d'aboutir à une juste distance. Elle explique qu'en tant que soignants nous pouvons être touchés par les émotions de certains patients mais aussi par leur histoire qui peut ressembler à certains moments de nos vies. La façon dont nous allons être impactés dépendra aussi de la période de vie que nous traversons. Personne n'est exempt de se retrouver dans une situation d'identification à une personne et il n'en est pas moins dans le monde professionnel du soin.

La psychologue nous avise sur le fait de rester vigilant quant à la possibilité de survenue de cette situation. Elle insiste sur la conscience de veiller à conserver sa posture professionnelle pendant les échanges avec le patient. De plus une notion semble incontournable, celle de l'asymétrie de la relation. En effet, Marie Quinon lui donne un intérêt pour éviter une identification qui mettrait à mal le rôle du soignant dans la relation soignant-soigné. D'après elle, la conscience d'être un professionnel nous permet un ancrage pour effectuer nos soins aux quotidiens. Se nier en tant que professionnel ne serait-il donc pas la solution pour prendre soin et accompagner de la meilleure des manières. Faudrait-il donc se nier en tant que personne ?

2.8. « Le jeu de la conversation »

Lorsqu'un patient doit prendre une décision cela implique que son équilibre a été bouleversé par un dilemme et qu'il doit le retrouver.

Dans l'esprit de la plupart des individus, une décision éclairée doit se prendre en analysant et en mettant en place une méthode. Pour J. Quintin, il existe deux types d'intelligence : rationnelle ou intuitive. La méthode se rapproche donc de l'intelligence rationnelle. Mais qu'en est-il lorsque nous nous retrouvons face à nos propres décisions ? Y plaquer une méthode « afin de contrôler et discipliner notre pensée » (J. Quintin) suffit-il ?

Au-delà d'une possible méthode à utiliser, Gadamer lui « nous avertit du danger d'implanter dans les sciences humaines une méthodologie issue des sciences exactes ». En effet, cela se produit si nous considérons la prise de décision de notre patient en fonction de notre propre spectre ou vécu.

De plus, Nietzsche fût l'un de ceux contredisant la « vérité ultime ». Comment guider un patient à prendre la bonne décision alors qu'elle sera la sienne et que sa projection personnelle se fonde dans « l'expérience sociale et individuelle de chacun » (J. Quintin), son vécu.

J. Quintin pense que la prise de décision ne peut être entendue comme un ensemble d'informations distinctes mais qu'elle doit faire apparaître le concept de « jeu de la conversation ». Un concept difficile à maîtriser et qui s'apprend dans un processus d'observation puis d'imitation.

Par sa réflexion, il souhaite d'ailleurs par une première observation de la discussion entre deux personnes (qui correspond à ce qu'il appelle le jeu de conversation), nous amener à comprendre par quel processus les choix se font. Il explique qu'« en éthique clinique les personnes ne justifient pas leur choix selon des principes, mais selon ce qui donne du sens à leur vie ». Par exemple si un patient considère que sa vie n'a plus de sens s'il ne peut plus sortir son animal de compagnie alors il prendra peut-être la décision de ne pas se soigner si cela implique de ne plus pouvoir le promener. La difficulté pour le soignant n'est pas de comprendre cela, mais plutôt de réussir à sortir de notre réalité personnelle pour réfléchir avec celle de notre patient. Il faudrait donc, non pas abandonner notre opinion mais être au fait que nous ne détenons pas "la" réalité mais "une" réalité, afin d'avoir une conception moins biaisée par nos propres représentations. En effet, ce qui importe au patient lors d'une conversation, n'est pas notre vérité de soignants mais le fait que l'on entende avec justesse la vérité dans laquelle il vit à ce jour. Il faut alors être attentif et subtil quant aux mots que nous pourrions utiliser.

Francis Jacques a dit « un bon dialogue se caractérise par la place qu'il donne aux questions ». Et on peut entendre autrement une situation lorsqu'on entend le sujet du dilemme qui se pose chez notre patient.

J. Quintin « une conversation devient éclairante dans la mesure où elle élargit notre horizon de pensée et défait nos anciennes perspectives ».

3. Méthodologie

Afin de pouvoir lier mon opinion, celle des auteurs de la littérature et celle de professionnels de terrain sur le sujet de mon mémoire, j'ai d'abord rédigé un guide d'entretien afin d'interroger un infirmier. J'ai construit ce guide avec une méthode qualitative, c'est à dire dans le but d'étudier les contenus qui peuvent englober des valeurs, des opinions, des croyances ou encore des expériences. Ce guide d'entretien fût semi directif. Cela permettait d'amener le professionnel de terrain à développer son expérience sur les différents champs que je voulais aborder dans mon mémoire. Aussi cela permettait au professionnel de pouvoir enrichir voire élargir certains champs. Les thèmes que je voulais aborder pendant l'entretien sont les suivants :

- Le droit à l'information
- La confiance dans la relation soignant-soignée
- L'alliance thérapeutique
- La notion de conseil
- Les valeurs soignantes

J'avais ensuite comme objectif d'interroger deux infirmières que je ne connaissais pas : l'une diplômée en éducation thérapeutique et travaillant en diabétologie et l'autre infirmière puéricultrice exerçant dans le service de pédiatrie des grands enfants. Mais au vu du contexte actuel lié à l'épidémie de Covid-19 j'ai seulement pu interroger la première infirmière.

J'ai eu le contact de cette infirmière par l'intermédiaire du CHU de Pontchaillou. En effet, le CHU a diffusé des fiches avec les profils de professionnels recherchés par les élèves. L'infirmière ayant le Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique, s'y est inscrit par ce biais. Par la suite, le CHU m'a transmis son contact téléphonique par mail ce qui m'a permis de la joindre de cette manière. Nous avons donc pu fixer un rendez-vous en fonction des disponibilités de chacune et avons prévus de se rencontrer dans le bureau de consultation de la professionnelle.

Lors de l'entretien et avec l'autorisation de l'infirmière, j'ai enregistré notre échange grâce à mon téléphone portable afin de pouvoir le retranscrire avec précision par la suite. A la fin de l'entretien, elle m'a permis de la rappeler dans le cas où je me rendrais compte qu'il faut plus de précisions sur les questions.

Le contexte du confinement lié à l'épidémie du Covid-19 a en effet été une difficulté car j'ai dû me résoudre à mener qu'un seul entretien et donc aussi à diminuer la possibilité de liens dans ma partie discussion.

4. Analyse descriptive

4.1. La place du soignant dans l'information

A la première question de mon guide d'entretien : quelle place doit avoir le soignant lorsque le patient doit prendre une décision concernant sa santé ?

Elle répondit "Accompagnement, guide..." et me demanda si elle pouvait développer. Lorsque je répondis par l'affirmative elle continue en expliquant que pour elle c'était un accompagnement et un guide mais que le soignant pouvait aussi donner des conseils. Puis elle ajouta "il ne faut pas que ça s'arrête à l'information en tous cas."

Je lui demande de préciser le type d'information elle apporte alors au départ au patient et elle m'énonce des actions de rôle propre qui peuvent être en lien avec le diabète mais aussi avec d'autres types de pathologies. Elle explique qu'elle pourrait donner des informations sur l'alimentation ou l'activité physique. Puis elle aborde aussi des actions qui peuvent être en lien avec notre rôle prescrit dans l'information de l'existence de certains traitements.

4.2. Les méthodes d'aide à la décision

Par la suite je lui demande ce qu'elle met en place pour aider son patient à la décision. Pour l'infirmière cela passe déjà par l'utilisation d'outils personnalisés afin d'expliquer au patient sa pathologie. Elle est convaincue que si le patient n'a pas compris ce qui lui arrive il ne sera pas en mesure de prendre des décisions "ou du moins sa décision ne sera pas [...] bénéfique pour lui". Elle précise aussi qu'il faut s'adapter à la compréhension de chacun. Elle valide le fait que ce ne serait pas une décision éclairée si le patient n'avait pas compris ce qu'implique sa pathologie.

Puis elle rentre un peu plus en détails en expliquant de quelle manière elle met en place ses séances. En effet, elle me décrit qu'elle part toujours de ce que sait déjà le patient pour aborder ses représentations et ses croyances "parce que sinon on ne peut pas changer un comportement". Elle fait allusion, par exemple, aux connaissances des patients sur l'alimentation et explique l'importance de remobiliser, ou d'apporter parfois, les connaissances que l'on a, nous, en tant que soignant.

De plus, elle amène l'importance de la valorisation. Pour se faire, il faut partir d'une réussite du passé, demander à quoi les patients se sont raccrochés à ce moment-là afin de savoir si ce qui leur avait donné de la force pour l'épreuve passée pouvait être transposable dans un nouveau contexte. Elle ajoute "Si tu remarques que ton patient a déjà changé de

comportement, il faut le ramener à cette époque-là et lui demander ce qui l'a amené à changer de comportement, comment il a mis en place tout cela, si cela avait été difficile, qu'est-ce qui avait été difficile. On l'amène à réfléchir à ses propres outils et ses propres capacités.”

4.3. Les notions abordées

- **Le conseil :**

J'aborde ensuite avec l'infirmière de son opinion sur la notion de conseil. Elle me dit alors que le conseil peut être bénéfique mais la condition reste qu'il soit en lien avec les attentes du patient : “Le conseil c'est bien mais en fonction du patient. Vraiment personnalisé”

- **Les valeurs soignantes :**

Dans cet entretien ressort aussi l'importance des valeurs soignantes.

Elle citera tout au long de l'entretien : la confiance, la disponibilité, le soutien et l'empathie. Elle insiste surtout sur l'écoute et le respect des patients, sur le non jugement de leurs décisions pour répondre aux mieux à leurs attentes.

- **L'alliance thérapeutique :**

La professionnelle relie d'ailleurs la confiance à l'alliance thérapeutique : “c'est aussi euh parce que quand ils commencent à vous faire confiance et qu'ils voient que vous les écoutez et bien c'est là que vous allez réussir à les amener à réfléchir justement sur ce qu'ils ont en tête. Ils arrivent même à modifier un schéma”.

Aussi, elle complète son propos en ajoutant que pour avoir une bonne alliance thérapeutique il est préférable d'accompagner les patients sur le long terme. Elle relève d'ailleurs que ce lien sur le long terme n'est pas assez présent et qu'il peut représenter une difficulté pour construire une alliance thérapeutique. Elle souhaiterait une prise en charge plus globale des patients avec les différents acteurs de santé (médecin, infirmière libérale, hôpitaux périphériques) et améliorer la communication entre ceux-ci.

Ensuite, elle compare son suivi au patient à du “coaching” et explique “Le patient a parfois besoin d'être remotivé, d'être revalorisé [...] quand c'est chronique il n'y a pas de vacances vous êtes toujours obligé de faire attention, soit au traitement, et puis là en diabète c'est un

peu la totale : le traitement, l'alimentation, l'activité physique... et c'est normal que parfois ça lâche. Et en plus de cela les maladies chroniques évoluent suivant les étapes de la vie et le traitement peut être re-modifié. C'est pour cela que c'est important à long terme, ou du moins, être là à leur demande [...] quand on ne va pas bien on ne va pas chercher l'aide, ou du moins c'est rare". Elle me valide le fait qu'avant l'alliance thérapeutique il y a une confiance qui s'instaure et qu'afin de faire perdurer cela il faut soutenir le patient sur le long terme.

4.4. Les difficultés dans l'aide à la décision

Formée en éducation thérapeutique, c'est pour cette raison, d'après elle, qu'elle s'est rarement sentie en difficulté dans l'accompagnement des décisions de ses patients. Cependant, elle reconnaît que ce qui peut potentiellement amener la difficulté est le moment de vie dans lequel est le patient : "parfois en fait ce n'est pas le moment. Ils ont d'autres préoccupations et du coup il faut encore une fois respecter le fait que ce n'est pas le moment."

Or, elle précise ensuite le caractère essentiel de lui expliquer qu'on a compris qu'il ne souhaite pas d'aide aujourd'hui mais qu'il faut inviter le patient à nous contacter lorsqu'il en sentira le besoin. "En fait plus on explique, plus les gens au final ils écoutent et reviennent."

4.5. La "bonne" décision

Pendant ses échanges avec le patient l'infirmière m'explique ce qui semble très important pour elle car elle le répète plusieurs fois pendant l'entretien. La "bonne" décision. Je lui demande alors ce qu'elle entend par "bonne" décision.

Elle se questionne sur le fait que les patients puissent prendre des décisions en fonction de leurs croyances ou représentations. Et lorsque je lui demande dans quelles mesures elle les considère bonnes, elle me répond "c'est pour cela qu'il faut y réfléchir, c'est..." "bonnes" pour qui ? "Parce que souvent elles peuvent-être bonnes pour eux mais pas spécialement bonne pour le monde médical". Elle ajoute "parfois vous avez des patients qui vont avoir envie de vivre leur vie « pénard » quitte à mourir plus tôt, mais d'en profiter. Et ça ben est-ce qu'il ne faut pas le respecter quoi ? On n'a pas tous la même vision de la vie " et "on ne peut pas juger que s'il fait ça le patient aura une meilleure qualité de vie".

Elle aborde, lorsqu'elle parle des outils, le souhait et les objectifs des patients. Elle me signifie que son objectif est de partir de ceux des patients. Puis par la suite elle les réajuste avec eux car cela lui permet d'emprunter "la même voie" que ces patients et de se comprendre au mieux.

Elle m'expose sa façon de les guider. La "technique" qui fonctionne selon elle, ne doit pas être "trop brusque" et le soignant ne doit pas dicter ce que devrait ou ne devrait pas faire le patient. Elle rajoute d'ailleurs que c'est en les laissant parler qu'on peut mettre en lumière "certains mots ou certaines phrases". Elle utilise parfois le principe des reformulations échos afin qu'il se remettent en question dit-elle. Elle conclue que les laisser parler et de leur apporter des connaissances leur permet souvent de revoir certains projets de vies auxquels ils n'avaient pas repensé.

5. Discussion

Par cet écrit, composé de plusieurs recherches littéraires et d'un entretien auprès d'une professionnelle, mon regard sur ma problématique a pu évoluer. La problématique de ce mémoire d'initiation à la recherche est : en quoi l'infirmière peut-elle influencer les choix thérapeutiques de ses patients ?

Comme j'ai pu l'écrire auparavant, j'ai initié mon questionnaire auprès de la professionnelle sur la place de l'infirmière dans les décisions de ses patients. Or si ce rôle passe nécessairement par l'information au patient sur son état de santé du fait de l'encadrement de la profession par des textes de loi, l'infirmière a relevé tout de suite que cela ne devait pas s'arrêter à l'information. Même si elle valide que la décision du patient ne peut être éclairée que s'il a compris ce qu'implique sa pathologie. Il est vrai que notre rôle infirmier ne s'arrête pas seulement à la dispensation d'information car le fait que le patient ait un pouvoir de décision implique que nous devons avoir un rôle de guide et d'accompagnement afin qu'il puisse prendre ses décisions avec une certaine clairvoyance.

Cette problématique conjointe de l'accompagnement et du devoir d'information est récurrente tant auprès du patient que du soignant car elle relève de toutes les pathologies dès qu'il est question d'une poursuite ou d'une adhésion à un soin, le patient ayant le choix ou non de l'accepter.

Cependant dans certains services certains professionnels sont peut-être davantage sollicités par ceux qui doivent prendre les décisions. Lorsqu'une conséquence médicale entraîne un changement qui va impacter le quotidien des patients, ils seront potentiellement plus à même de demander à l'infirmière un soutien pour prendre leur décision. C'est là que je rejoins l'avis de l'infirmière qui indique l'importance particulière de notre rôle d'information et de guide auprès du patient.

A cela il est important de préciser que l'accompagnement de soignant n'est pas toujours limité au patient. Dans les services de pédiatries par exemple, la personne qui prend les décisions est le responsable légal et non le patient. La place de l'infirmière est primordiale pour accompagner les parents (ou autres) à faire des choix qui impacteront sur un autre individu, qui de plus, est leur proche. Cette problématique, se retrouve aussi dans les services de réanimations où des choix de limitation ou arrêt de traitements actifs sont pris en concertation avec la famille ou la personne de confiance. Finalement l'aide de l'infirmière lors d'une aide à la décision ne se dirige pas seulement vers le patient, mais vers la personne qui devra prendre cette décision. En d'autres termes j'aurai pu remplacer le mot « patient » par le terme « décisionnaire ».

Par la suite, j'ai abordé, de différentes manières dans mon cadre théorique, l'attitude que pouvait adopter l'infirmière lorsqu'elle apporte une aide à la décision à son patient. Cela peut évidemment passer par une alliance thérapeutique à partir d'un lien de confiance mais c'est avant tout porté par un ensemble de valeurs comme l'empathie, un regard et des actions bienveillants et l'authenticité. A ces valeurs, l'infirmière que j'ai interrogée rajoutera le soutien et la dimension de disponibilité communiquée et démontrée au patient par une écoute attentive de leurs souhaits, un respect et un non-jugement de leurs décisions. "[...] quand ils commencent à vous faire confiance et qu'ils voient que vous les écoutez et bien c'est là que vous allez réussir à les amener à réfléchir justement sur ce qu'ils ont en tête. Ils arrivent même à modifier un schéma".

Puis, dans mes recherches, j'ai voulu distinguer la notion de conseil et de suggestion afin de traiter le questionnement que j'avais par rapport à l'influence de l'infirmière. Son avis de professionnelle expérimentée et le mien de future professionnelle étaient sans équivoque concernant le conseil : la personnalisation de l'accompagnement est indispensable. En effet, la notion de conseil, selon sa définition littérale peut être relié à une forme d'incitation, une manière de communiquer laissant moins de place au libre arbitre. Le conseil, s'il a lieu, doit donc être centré et rester en lien avec les attentes du patient. Le sujet de la suggestion n'ayant pas été abordé avec l'infirmière, j'y reviendrais plus tard dans mon développement.

Toutefois, nous avons pu aborder avec l'infirmière les raisons des difficultés d'accompagnements dans l'aide à la décision. La difficulté, pour l'infirmière que j'ai interrogée, est de rester dans le respect du moment que choisit le patient pour se faire aider.

La difficulté de l'accompagnement est un point que je n'ai pas abordé dans mon cadre théorique, n'ayant pas, malgré mes recherches, trouvé de littérature à ce sujet. Cela s'explique potentiellement par la subjectivité des raisons pouvant causer les difficultés des patients. En effet, ces raisons sont souvent intrinsèques au patient et rendent donc difficile une généralisation. Il semble donc compliqué de répertorier un ensemble de raisons pouvant conduire au refus du patient d'une aide par l'infirmière.

Une influence positive pouvant aider le patient et où la compétence de l'infirmière aurait toute sa place pourrait être celle de la suggestion. En effet, l'infirmière, elle, appuie l'importance de donner l'information au patient sur la possibilité de la recontacter lorsqu'il en sentira le besoin. Ne serait-ce pas ici une suggestion ? Car l'infirmière ajoute derrière : "En fait plus on explique, plus les gens au final ils écoutent et reviennent.". Elle communique au patient des informations qu'il a la liberté ou non de saisir afin de les accepter.

Pour finir, la suggestion ne serait-elle pas une hypothèse de réponse d'aide au patient à prendre ses décisions en prenant en compte l'avertissement de danger selon Gadamer (cf cadre théorique) d'"implanter dans les sciences humaines une méthodologie des sciences exactes" ? Car comme l'infirmière le souligne "On n'a pas tous la même vision de la vie " et "on ne peut pas juger que s'il fait ça le patient aura une meilleure qualité de vie". En effet, je trouve les mots de l'infirmière justes et je peux les mettre en lien avec Nietzsche qui avait déjà mis en exergue l'absence de "vérité ultime".

Par cette recherche, j'ai davantage pris conscience de l'importance de distinguer notre réalité de soignant de celle qu'a le patient. Le patient est individu qui a construit ses représentations par ses expériences. Ses représentations peuvent être potentiellement différentes des nôtres mais surtout et aussi, elles sont toutes aussi légitimes. Je pense donc qu'il est de notre responsabilité d'infirmière d'aider le patient à prendre ses décisions en respectant ses idées, car il sera le seul à vivre le quotidien avec les conséquences de ses choix médicaux. Notre rôle peut être celui de guider le patient grâce à une écoute attentive des mots qu'il utilise afin de les mettre en lumière sans pour autant lui imposer notre façon de voir les choses.

De plus, comme l'a écrit J. Quintin "un bon dialogue se caractérise par la place qu'il donne aux questions". Je pense en effet, que nous pouvons être utile au décisionnaire si nous arrivons à le mettre face à ses différents questionnements. Car ce sont les questionnements qui créent un dilemme et empêchent le patient, le parent ou le proche, de prendre une décision définitive. Notre but est donc qu'il puisse, s'il le souhaite, remettre en question ses représentations et/ou qu'il prenne une décision qui lui correspond au mieux.

Finalement, le rôle de l'infirmière est important car il est ce lien au patient entre le monde médical et une connaissance sociale. L'infirmière pourra y occuper cette place légitime de guide car c'est la place que le patient lui aura laissé au fil des conversations et de la confiance qui se sera instaurée. Elle fait un lien entre la proximité au patient, dû à son statut professionnel, et les connaissances médicales qu'elle a pour aider le patient à prendre sa décision.

Pour terminer, j'aimerais ajouter que l'opinion personnelle du soignant fût l'un des premiers questionnements me menant à ce travail d'initiation à la recherche. Grâce à ces recherches et cet écrit je pense désormais qu'il y a peu d'intérêts à la communiquer au patient. Je pense même qu'il serait plus délétère au processus de décision du patient. Car, d'après moi, une opinion est basée sur des représentations et donc un vécu et il me paraît impossible de transposer deux histoires de vie alors que chaque individu est unique dans son parcours et ses façons d'appréhender la sienne.

6. Conclusion

Dans ce travail d'initiation à la recherche, je suis donc partie de deux situations de départs qui concernaient toutes les deux l'aide que l'infirmière peut apporter à un décisionnaire pour une décision thérapeutique qu'il doit prendre. Par la suite, plusieurs questionnements intermédiaires m'ont permis d'arriver à une question de départ qui est : en quoi l'infirmière peut-elle influencer les choix thérapeutiques de son patient ?

Dans mon cadre théorique, de nombreuses recherches m'ont aidé à éclairer mon avis sur cette question de départ. J'ai pu, en effet, grâce aux différentes sources y apporter des définitions mais aussi délimiter mon sujet par la législation en vigueur. Puis j'y ai confronté les avis de différents auteurs sur plusieurs thèmes comme : la confiance et l'alliance thérapeutique, les valeurs soignantes, l'identité personnelle et professionnelle, la notion d'identification et enfin la manière dont on peut mener un entretien infirmier en restant neutre afin que le patient soit libre d'arriver à la décision qui lui correspond.

Ensuite, j'ai mené une enquête auprès d'une infirmière afin de joindre l'expérience à la littérature. Grâce à ces étapes, j'ai pu mettre en lien les points de vue des auteurs et de l'infirmière avec le mien dans la partie discussion de mon mémoire.

Ce mémoire me permet d'avoir acquis davantage de connaissances sur le sujet de l'aide à la décision. Il sera utile pour moi dans la future pratique de mon métier, peu importe dans quel service j'exercerai. Mais, il le sera aussi, dans le savoir que je serai susceptible de transmettre aux étudiants que je vais encadrer lorsque je serai diplômée. Je pense avoir intégré, non pas une méthode mais certaines notions clés, qui me guideront dans l'aide que je pourrais apporter aux patients qui le demandent, en respectant avant tout leurs différentes envies concernant leurs choix de vie.

Ce mémoire d'initiation à la recherche, sur un sujet qui m'a passionné, fût extrêmement stimulant intellectuellement. Il m'a permis d'approcher la méthodologie de recherche à adopter afin de savoir réellement approfondir et questionner mes croyances sur un sujet en particulier. Et même s'il fût un travail d'endurance, il a fait grandir mon envie de m'investir prochainement dans des projets de recherche et m'a permis de me guider vers le chemin d'une réflexion continue lors de la pratique de mon futur métier.

Pour finir, après ce travail intense de réflexion, j'aimerais donc soumettre cette question de recherche : en quoi l'utilisation de la suggestion par l'infirmière peut-elle influencer les prises de décisions des patients ?

7. Bibliographie

Site web :

Décret n° 2008-877 du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières - Article 1 | Legifrance. (s. d.). Consulté le 3 décembre 2019, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=AE72A869382130563E485EC02546450B.tplgfr31s_3?cidTexte=JORFTEXT000019414847&idArticle=LEGIARTI000019415736&dateTexte=20080903&categorieLien=id#LEGIARTI000019415736

Fiche 13 : j'exprime mon consentement –. (2020, février 28). Consulté le 3 décembre 2019, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-13-j-exprime-mon-consentement-429226>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance. (2002, mars 5). Consulté le 3 décembre 2019, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

Code de la santé publique - Article L1111-4 | Legifrance. (s. d.). Consulté le 4 décembre 2019, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204>

Larousse, É. (s. d.). Définitions : influence - Dictionnaire de français Larousse. Consulté le 22 décembre 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/influence/42976>

Cohen-Scali, V. (2008, décembre 15). Représentations sociales et identité : des relations complexes et m... Consulté le 23 décembre 2019, à l'adresse <https://journals.openedition.org/osp/1770>

Conseil . (s. d.). In *Le Larousse*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conseil/18348>

Mémoire :

CACHE SIMON, C. S. S. (2016). *La résonance émotionnelle des soignants face aux patients auxquels ils peuvent s'identifier* (Mémoire). Consulté à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413349/document>

Article de revue :

Quintin, J.(2014). Accompagner le patient dans ses choix de vie : le jeu de la conversation. *Ethique et santé*, 11, 69-76.

Haberey-Knuessi, V. (2009). De la relation de confiance à la construction de sens : un triptyque porté par l'éthique. *Perspective soignante*, (35), 69-77.

Bastian, J., Valdeyron, J., & Vaquier, V. (2001). De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique : étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (66), 97-98.

Ouharzoune, Y.(2009). Identification et distance professionnelle. *Soins Aides Soignantes*, (30), 23-24.

Ouvrages :

Théraulaz, Y., Bonvin, E., & Wolff, A. (2016). *L'hypnose*. Genève, Suisse : Planète santé.

8. Annexes

Sommaire annexes :

- I) Guide d'entretien
- II) Retranscription de l'entretien

Annexe I : Guide d'entretien

- Quelle place à/doit avoir le soignant lorsque que le patient doit prendre une décision concernant sa santé ?
- Pouvez-vous me décrire ce que vous mettez en place pour aider un patient à prendre une décision ?
- D'après vous que peut apporter le conseil dans l'aide à la prise de décision ?
- Essayez-vous d'établir quelque chose de spécifique dans la relation afin de faciliter les décisions des patients ?
- En quoi la confiance est d'après vous gage d'un soin de meilleure qualité ?
- Avez-vous déjà été en difficulté pour accompagner un patient à prendre une décision dont vous voudriez me parler ?
- Quelles sont les choses incontournables qui vous permettent une alliance thérapeutique ?

Annexe II : Retranscription de l'entretien

ESI : Alors mon thème porte sur l'aide à la décision. J'ai six questions à vous poser. Si vous ne comprenez pas quelque chose n'hésitez pas à me le dire et je pourrais reformuler.

IDE : Oui, ok.

ESI : Donc ma première question est : quelle place doit avoir le soignant lorsque le patient doit prendre une décision concernant sa santé ?

IDE : Quelle place ?

ESI : Oui

IDE : Une place euh...tu attends d'accompagnement ou de... accompagnement, guide euh...alors après dis-moi si tu veux que je développe par rapport aux autres questions qui vont suivre ?

ESI : Oui oui n'hésitez pas à développer ! Je réadapterais mes questions en fonction de toute façon !

IDE : Euh ouais pour moi c'est plus un accompagnement et puis un guide en fait. Des conseils aussi.

ESI : D'accord.

IDE : Oui surtout tourné autour de ça, en informant bien évidemment au départ quoi mais il ne faut pas que ça s'arrête à l'information en tous cas.

ESI : D'accord. Quel type d'information du coup ?

IDE : Alors là c'est toute pathologie confondue ou.. ?

ESI : Oui ça peut oui.

IDE : Sinon ça peut-être notamment ... je ne sais pas ça peut aller de notre rôle propre mais enfin sur l'alimentation l'activité physique des choses comme ça ou certains traitements.

ESI : D'accord, ok. Ma deuxième question est : est-ce que vous pouvez me décrire ce que vous mettez en place vous pour aider un patient à prendre une décision ?

IDE : (silence)

ESI : Quels outils vous avez par exemple.

IDE : Alors, (silence), c'est des bonnes questions hein. Alors déjà nous avons des outils pour davantage expliquer la pathologie. En fait c'est ça quoi.

ESI: Des flyers euh ?

IDE : Non des outils qui sont personnalisés.

ESI : D'accord, quels types ?

IDE : Ben en fait moi je pars du principe que si le patient n'a pas compris ce qui lui arrive il ne va pas être en mesure de prendre de décisions, ou du moins sa décision elle ne sera pas... elle ne sera pas bénéfique pour lui

ESI : D'accord, pas éclairée du coup ?

IDE : Pas éclairée oui

ESI: Donc une aide à la compréhension au départ ?

IDE : Oui, une aide à la compréhension. Donc moi, enfin les outils ont été créés en équipe mais nous on leur fait d'abord comprendre le diabète comme nous sommes en diabète et tout ça grâce à leur connaissance à eux déjà. On part toujours de ce qu'ils savent déjà, des représentations qu'ils ont, enfin il faut de toute façon être au courant des représentations et des croyances parce que sinon on ne peut pas changer un comportement. Si par exemple le patient a décidé que dans le riz vous n'avez pas de glucides...s'il a ça dans sa tête depuis qu'il est tout petit ben on ne peut pas lui faire comprendre ça et du coup il va continuer à ne pas manger de féculents par exemple ce qui n'est pas une bonne décision et pourtant il pensera lui que c'est une bonne décision pour lui. C'est ça en fait, le truc c'est de prendre la bonne décision. Je sais pas après si tu fais la distinction dans ton mémoire mais..

ESI : Par rapport à : la bonne décision ?

IDE : Oui.

ESI : Qu'est-ce que vous entendez par « la bonne décision » ?

IDE : Eh bien parce qu'il y a des patients qui prennent des décisions, ce qui est bien mais est-ce que c'est bénéfique pour eux les décisions qu'ils prennent ? est-ce que ces décisions sont prises en fonction de leurs croyances ou de leurs représentations ?

ESI : Et elles sont bonnes dans quelles mesures du coup pour vous ?

IDE : Eh bien oui c'est pour cela qu'il faut y réfléchir, c'est « bonnes » pour qui ?

ESI : Oui c'est ça...

IDE : Parce qu'elles peuvent être bonnes pour eux mais pas spécialement bonnes pour le monde médical quoi

ESI : Et inversement aussi du coup ?

IDE : Et inversement. Donc nous pour revenir à la première question. Il a les outils mais aussi tout ce qui tourne autour de ce que souhaite le patient, définir ces objectifs à lui aussi. Enfin ces objectifs mais réajustés, car normalement c'est un objectif soignant-soigné pour aller dans la même voie sinon on ne se comprends pas. L'objectif est de partir de ce que lui veut dans la vie. Parce que parfois vous avez des patients qui vont avoir envie de vivre leur vie « pénard » quitte à mourir plus tôt mais d'en profiter et ça ben est-ce qu'il ne faut pas le respecter quoi ? On a pas tous la même vision de la vie quoi.

ESI : Oui, complètement je suis d'accord.

IDE : C'est ça que tout le monde ne comprend pas à l'hôpital, mais bon...(rire)

ESI : (rire) Je continue et je vais revenir sur certaines choses de toute façon

IDE : Ouais.

ESI : D'après vous que peut apporter le conseil dans l'aide à la prise aux décisions ?

IDE : (silence)

ESI : Cela peut être positif ou négatif...mais qu'est-ce que cela peut apporter dans tous les cas ?

IDE : Le conseil... faut qu'il soit bien...il faut qu'il soit adapté aux attentes du patient. Si vous commencez à donner des conseils sur des trucs...si vous rabâchez tout le temps la même chose, sur le même...de la même façon, sur le même sujet euh toutes les personnes qui passent en face de vous, enfin ça ne peut pas fonctionner. Il faut que ça soit en lien avec ce qu'attends le patient avec ce qu'il vous a dit auparavant quoi. Donc le conseil c'est bien mais en fonction du patient. Vraiment personnalisé. D'où l'importance de maîtriser le sujet. Et c'est pour ça qu'on ne peut pas avoir des outils euh...

ESI : c'est pour cela que vous personnalisez vos outils

IDE : Eh ben ouais. L'éducation thérapeutique c'est ça quoi...tu peux avoir un outil, une base mais il faut... enfin...tout le monde ne peut pas comprendre les mêmes choses quoi.

ESI : D'accord. Ma troisième question est : Essayez-vous d'établir quelque chose de spécifique entre vous et le patient dans la relation afin de faciliter la prise de décision de vos patients ?

IDE : De spécifique...eh bien déjà le...enfin je ne sais pas ce que tu attends mais déjà la confiance

ESI : Mmh ?

IDE : La confiance et puis le... (silence) en fait en gros si on les écoute enfin plus vous les écoutez...la disponibilité enfin oui le fait de vraiment répondre à leurs attentes

ESI : D'accord.

IDE : Je ne sais pas si tu... de personnaliser en fait c'est ça. Et puis le faire vraiment en fonction de ce qu'ils attendent quoi.

ESI : Et tout à l'heure vous me parliez d'objectifs réajustés et en fonction du soignant et du soigné.

IDE : Oui !

ESI : Est-ce qu'on peut parler d'alliance thérapeutique ou pas ?

IDE : Ah si oui ! C'est ce que je voulais utiliser comme mot mais bon (rire)

ESI : Oui j'ai compris ça par vos explications c'est pour cela que je me suis permise (rire)

IDE : Ah oui et c'est aussi euh parce que quand ils commencent à vous faire confiance et qu'ils voient que vous les écoutez et bien c'est là que vous allez réussir à les amener à réfléchir justement sur ce qu'ils ont en tête, malgré eux hein, enfin quand on sait, je ne sais pas si tu avais appris ça mais, tu sais enfin les croyances vraiment enfouies là euh le par exemple « le dentiste ça fait mal », alors que finalement ça ne fait pas toujours mal. Mais du coup ils arrivent quand même à modifier un schéma qu'ils ont depuis belle lurette quoi. Mais si on les amène, si on est trop brusque un peu en disant « il faut faire ci, il faut faire ça », c'est sûr que là il ne va y avoir aucun changement de comportement, c'est pas possible.

ESI : Et comment vous les amenez du coup euh... pas trop brusquement euh... ?

IDE : Ah ! (Rires) eh bien à mieux connaître déjà la pathologie. Donc déjà ils se remettent en question avant, avec les connaissances sur ce qui leur arrive. Et finalement lorsqu'on les

laisse parler et qu'on est capable de « hop ! », de capter certains mots ou certaines phrases...

ESI : On met en lumière certaines choses ?

IDE : Oui, vous les reformulez puis du coup en fait d'entendre presque ce qui...leurs pensées en fait ça vient à les mettre en...(silence)

ESI : A se remettre en question ?

IDE : A se remettre en question. Et puis peut-être aller chercher autour d'eux parce que souvent ils connaissent des situations bonnes ou mauvaises qu'ils ont entendu. Et du coup ils analysent un petit peu plus avec ce qu'on a pu leur apporter comme euh ben come complément de connaissances. Et puis souvent il revoit un peu leurs projets tout ça : « est-ce que c'est vraiment ça que je veux ? »

ESI : Des projets qu'ils avaient depuis longtemps en vue et ils se remettent en question dessus ?

IDE : Oui ! Sur pleins de choses de leur vie. Ou parfois il se disent que ça ne sert à rien de faire du sport « moi je connais un tel qui est mort d'une crise cardiaque après avoir fait un marathon » un truc enfin... et en fait il réajuste. Parce que souvent c'est de l'ambivalence : je devrais mais je ne fais pas. C'est d'enlever aussi, ce qui peut les aider beaucoup c'est de déculpabiliser parce que souvent les patients sont très coupables.

ESI : D'accord, ok. La quatrième question est : en quoi la confiance est d'après vous gage d'un soin de meilleure qualité ?

IDE : Eh bien il y a la confiance mais il y a le respect aussi. Enfin j'en reviens toujours au même c'est le respect du...du...de ce qui va être décidé justement pour la qualité de vie. On peut pas juger qu'en faisant ça le patient aura une meilleure qualité de vie.

ESI : Donc le respect de sa décision à lui en fait ?

IDE : Mmh..mais de sa décision finale pas de sa décision première

ESI : D'accord ?

IDE : Sa décision qui a évoluée. Parce que quelqu'un qui vous dit : « de toute façon, moi, c'est pas grave, j'ai prévu de mourir à 50 ans ». Parfois il y en a des gens comme ça. Et finalement ils disent cela mais, le truc c'est est-ce qu'il le pense vraiment quoi ?

ESI : Donc en fait on fait un travail qui peut-être les amène à autre chose, sans le vouloir forcément on les amène à réfléchir c'est ça ?

IDE : Oui parce que souvent quand on prends leur histoire, c'est des gens qui ont pas eu de chance dans leur vie et finalement quand vous leur demandez qu'est-ce qui raccroche ? Parce qu'en fait ce sont des gens qui suivent on réussit à arrêter de fumer. Ils ont réussi quand même à faire des choses pour eux. Donc la valorisation... de dire « eh bien vous voyez vous arrêté de fumer quand même ! »

ESI: Il faut s'appuyer sur les réussites ?

IDE : Oui, s'appuyer sur les valorisations enfin les réussites oui. Et finalement on leur demande à quoi ils se sont raccrochés quand ils ont arrêté de fumer ou quel était l'objectif ? Et là ils nous disent par exemple « ah bah j'ai eu un petit fils ou une petite fille qui est née, j'aimerais bien en profiter ». Et... du coup...enfin au fil du temps...eh ben en fait nan il veut pas trop mourir a 50 ans nan. Mais c'est vraiment discuter du vécu et des expériences des gens hein et de repartir là-dessus. Si tu remarques que ton patient a déjà changé de comportement, il faut le ramener à cette époque-là et lui demander ce qui l'a amené a changer de comportement, comment il a mis en place tout cela, si cela avait été difficile, qu'est-ce qui avait été difficile. On l'amène à réfléchir à ses propres outils et ses propres capacités. Et ce qu'ils attendent souvent c'est l'attention et la revalorisation.

ESI : Est-ce que vous avez déjà été en difficulté pour accompagner un patient à prendre une décision et est-ce que vous pouvez m'en parler.

IDE : Oh ouais mais euh...pffff (rires)

ESI : Si c'est trop compliqué euh...

IDE : Nan, nan, nan enfin... difficulté mais que j'ai su...

ESI : Qu'est-ce qui vous a mis en difficulté aussi ?

IDE : Eh ben le...le braquage, enfin le patient qui ne veut pas du tout quoi (silence)

ESI : Qui ne veut pas d'aide en fait ?

IDE : Il ne veut pas d'aide, oui. Mais j'ai rarement été mise en difficulté

ESI : Ça se passe généralement bien quand on est à l'écoute ?

IDE : Ben ouais quand on est formés en fait. (silence) Mais si après tu auras toujours des gens qui sont en difficulté, enfin qui refusent mais je, enfin, moi je leur dit « en effet vous... »... Je suis pas en difficulté parce que je me dit peut-être pas cette fois ci mais la fois d'après. Et je leur dis.

ESI : Ça vous est déjà arrivé oui de retrouver des gens après qui n'avait pas au début accepté d'aide ?

IDE : Oh ben oui ! Parce qu'en fait le diabète c'est particulier. Ça se déséquilibre quand une autre pathologie rentre en compte. Et parfois en fait ce n'est pas le moment. Ils ont d'autres préoccupations et du coup il faut encore une fois respecter le fait que ce n'est pas le moment.

ESI : Donc quand c'est comme cela vous n'insistez pas et puis vous attendez qu'il revienne vers vous ?

IDE : Oui, par contre faut l'inviter à... il faut lui expliquer aussi : « d'accord, je comprends que vous n'êtes pas...ou que vous êtes en colère et que vous ne souhaitez pas être aidé maintenant mais si vous avez besoin de nous vous pouvez nous rappeler »

ESI : La disponibilité donc.

IDE : En fait plus on explique plus les gens au final il écoute et reviennent. Et justement c'est cela qui sont intéressants. Parfois quand on est appelé pour aller dans les services il y a parfois des soignants qui disent « de toute façon on ne comprend rien, il ne veut rien, tu vas voir ça va être dur, il a la grosse tête » tous les mots de jugements qu'on peut...et c'est là finalement que tu te dis : ah il y a quelque chose. Et finalement c'est souvent ces gens-là qui ont besoin d'aide.

J'ai un exemple il y a deux ans j'avais un patient qui était en chirurgie vasculaire pour un pontage et j'arrive et ils me disent que le patient de toute façon, mange n'importe quoi et n'écoute rien, fait ses insulines comme ça. Je vais voir le patient qui avait à peu près 50 ans et il me dit après avoir discuté avec lui et fait le bilan éducatif, « mais de toute façon moi je me suis marié à 20 ans, à 25 ans j'étais déjà diabétique et on m'a dit qu'il fallait que je me fasse greffer un rein parce que j'avais les reins abimés, et on m'a dit que cette greffe ne durerait de toute façon que 15 ans donc qu'à 50 ans je ne serai plus là » donc c'est un monsieur qui a fait le choix avec sa femme de ne pas faire d'enfants pour pas faire subir à ses enfants le fait de plus avoir de père à 10 ou 15 ans quoi. Et là il en avait en fait 55 ou 56, et il me disait « moi mon espérance de vie était de 50 ans donc maintenant je fais ce que je veux je m'en fout » et en même temps ça se respectait enfin je veux dire il avait subi un truc

et au final il aurait pu avoir des enfants tu vois ? Et en fait avec l'équipe ça passait pas parce que en fait eux attendaient autre chose et en fait c'était un problème de compréhension et de connaissance de la personne.

ESI : Ok, quelles sont les choses incontournables qui vous permette une alliance thérapeutique ?

IDE : Tout ce qu'on a dit mais aussi l'accompagnement, mais continu sur le long terme. Soit par les liens ville hôpital soit autre mais c'est ça qui manque souvent quoi. On travaille avec eux à l'hôpital et hop ils sont suivis dans un autre après ou soit chez le médecin sauf qu'il n'y a pas de lien et du coup... y a des médecins traitants qui ne regarde même pas les carnets de glycémies ou quoi que ce soit ils disent « oh non ça c'est votre diabétologue » sauf que les diabétologues les patients ne le voit que tous les six mois ou tous les ans, enfin c'est un peu dommage. Et même avec les infirmières à domicile on ne s'appelle pas tant que ça on n'a pas de lien.

ESI : Et pourquoi une alliance sur le long terme c'est important d'après vous ?

IDE : Eh bien parce que en fait c'est un peu comme du coaching. Le patient a parfois besoin d'être remotivé, d'être revalorisé parce qu'en gros parfois les gens sont malheureusement dans un contexte social difficile puis on revient euh...là je parle des maladies chroniques et du coup quand c'est chronique il n'y a pas de vacances vous êtes toujours obligé de faire attention, soit au traitement, et puis là en diabète c'est un peu la totale : le traitement, l'alimentation, l'activité physique... et c'est normal que parfois ça lâche. Et en plus de cela les maladies chroniques évoluent suivant les étapes de la vie et le traitement peut être remodifié. C'est pour cela que c'est important à long terme, ou du moins être là à leur demande mais quand on ne va pas bien on ne va pas chercher l'aide, ou du moins c'est rare

ESI : Donc on peut dire qu'avant l'alliance thérapeutique il y a une confiance qui s'instaure et pour que cela perdure on va soutenir le patient ? c'est bien le soutien dont vous parlez ?

IDE : Oui c'est le soutien, avec en plus l'empathie, sans jugement et en répondant aux attentes. Ça ne veut pas dire qu'on laisse nos patients... parce qu'on se doit en tant que soignants de rappeler que c'est mieux comme ça... mais on se doit de leur dire ce qui serait mieux pour leur santé... mais on trouve un consensus. Mais après c'est eux qui sont responsables de leur santé. On ne peut pas les obliger à faire quoi que ce soit. Je vois trop de patients qui disent que « ah bah j'ai bien dit à mon médecin que j'étais malade, que j'avais la diarrhée et que je ne pouvais plus sortir mais il m'a dit de continuer la Metformine hein ! ». Il y en a plein qui l'arrête et qui disent qu'il la prenne. Donc ça, ça ne rime à rien.

ESI : Bon et bien j'ai terminé avec mes questions, je vous remercie beaucoup !

Abstract

Un patient de 32 ans me demande ce que je prendrais comme décision à sa place : est-ce que je choisirai de faire l'opération de la colostomie ou pas ? Plus tard, la maman d'un jeune enfant qui attends depuis plus de deux heures me demande ce qu'elle doit faire : rester aux urgences pédiatriques ou rentrer chez elle avec son bambin sans avoir vu de médecin ?

Ces questions auxquelles on peut être confrontés régulièrement en tant qu'infirmier, m'ont poussé à me questionner sur l'aide à la décision. Plus précisément, la question de départ de ce travail est : en quoi l'infirmière peut-elle influencer les décisions thérapeutiques de ses patients ? Par le résultat de certaines lectures j'aborde des thématiques telles que la législation relative à la décision des patients, le concept d'influence, la notion de conseil et de suggestion, la confiance et l'alliance thérapeutique, l'identité professionnelle et l'identification et enfin la notion de vérité ultime. Le but de cette initiation à la recherche est de pouvoir prendre conscience de l'influence que l'on peut avoir en tant que soignant, ainsi que de comprendre l'importance de se rappeler qu'il n'existe aucune vérité universelle. De plus, par un entretien avec une professionnelle de terrain, l'attitude infirmière à adopter dans ce contexte ainsi que les difficultés rencontrées sont traitées. La question de recherche qui découle de ce travail est : en quoi l'utilisation de la suggestion par l'infirmière peut-elle influencer les prises de décisions des patients ?

MOTS CLES : AIDE A LA DECISION / LEGISLATION / CONFIANCE / COMMUNICATION / RESPECT

A 32 years-old patient asked me whether I would go for a colostomy if I were him. Later, the mother of a young child who had been waiting for more than two hours, came to me for recommendation and inquired whether she should stay in the pediatric emergency room or go back home with her child without seeing the doctor?

These questions, which we may be common as a nurse, made me wonder about decision making support. More precisely, the starting point of this work is: how can the nurse influence the therapeutic decisions of her patients?

As a result of a literature review, I address topics such as regulation and legislation relating to patient decisions making, the concept of influence, the notion of advice and suggestion, professional identity and identification but also the notion of ultimate truth. The aim of this research initiation is, on one hand, to become aware of the influence we may have as a

caregiver. On the other hand, it is to understand the necessity to remind that there is no ultimate truth. Finally, thanks to an interview with a professional in the field, the purposes are also to apprehend the nursing attitude to adopt in this context and the difficulties encountered. The research question arising from this work can be defined as: In what ways the use of suggestion by a nurse can influence the patient decision-making process?

KEY WORDS: DECISION MAKING SUPPORT / REGULATION / CONFIDENCE / COMMUNICATION / RESPECT