



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**L'impact de la relation soignant-soigné sur l'adhésion aux soins des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs**

Formateur référent mémoire :  
Delphine Gougeon

BARBÉ Louise  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023  
2 mai 2023



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 Infirmier**

### **Travaux de fin d'études :**

**L'impact de la relation soignant-soigné sur l'adhésion aux soins des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs**

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 30 avril 2023**

**Identité et signature de l'étudiant : Louise Barbé**

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

Avant de débiter cet écrit, je souhaite exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'études et m'ont accompagnée durant ma formation.

Je tiens particulièrement à remercier Madame Delphine GOUGEON, ma référente de mémoire, pour m'avoir guidée tout au long de ce travail d'initiation à la recherche. Je suis aussi reconnaissante d'avoir pu débiter ce projet avec le soutien de Madame Patricia DAUCE.

Mes remerciements vont aussi à Madame Christine LE BIHAN, ma référente pédagogique, pour son accompagnement et son soutien durant ces trois années de formation.

Et pour finir, j'aimerais remercier les infirmières qui m'ont accordé de leur temps pour la réalisation de mes entretiens, ma famille pour son soutien inestimable pendant ma formation et la rédaction de ce mémoire, ainsi que mes camarades de promotion sans qui ces années de formation n'auraient pas été les mêmes.

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Partie I - Le cheminement de la question de départ.....</b>	<b>1</b>
1. Situations d'appel.....	1
1.1. Situation d'appel n°1.....	2
1.2. Situation d'appel n°2.....	2
2. Questionnements et question de départ.....	3
<b>Partie II - Le cadre théorique ou conceptuel.....</b>	<b>4</b>
1. La personne âgée présentant des troubles cognitifs.....	4
1.1. La personne âgée.....	4
1.1.1. Définition de la personne âgée.....	4
1.1.2. Vulnérabilité de la personne âgée.....	4
1.2. Les troubles cognitifs.....	5
1.2.1. Définition des troubles cognitifs.....	5
1.2.2. Causes des troubles cognitifs.....	5
1.2.3. Symptômes des troubles cognitifs.....	6
2. La relation dans le prendre soin de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.....	7
2.1. La relation soignant-soigné.....	7
2.1.1. Définition de la relation soignant-soigné.....	7
2.1.2. Facteurs influant sur la relation soignant-soigné.....	8
2.2. Le prendre soin.....	9
2.2.1. Définition du prendre soin.....	9
2.2.2. De la relation au prendre soin.....	10
2.3. La relation et le prendre soin face aux troubles cognitifs.....	11
2.3.1. Concept de personne dans le contexte des troubles cognitifs.....	11
2.3.2. Soins centrés sur la personne atteinte de troubles cognitifs.....	11
3. L'adhésion aux soins de la personne présentant des troubles cognitifs.....	12
3.1. L'adhésion aux soins.....	12
3.1.1. Définition de l'adhésion et du consentement aux soins.....	12
3.1.2. Législation de l'adhésion au soin et du consentement.....	13
3.2. L'adhésion au soin face aux troubles cognitifs.....	14
3.2.1. Concept de refus de soin associé aux troubles cognitifs.....	14
3.2.2. Du refus à l'adhésion aux soins dans le contexte des troubles cognitifs.....	15
<b>Partie III - Dispositif de méthodologie.....</b>	<b>15</b>
1. Les objectifs du guide d'entretien.....	15
2. La population interviewée.....	16
3. L'organisation de la réalisation des entretiens.....	16
4. Le bilan du dispositif.....	17

<b>Partie IV - L'analyse descriptive des entretiens.....</b>	<b>17</b>
1. Les troubles cognitifs.....	17
1.1. Définitions des troubles cognitifs.....	18
1.2. Signes et symptômes des troubles cognitifs.....	18
2. Le prendre soin.....	18
2.1. Généralités du prendre soin.....	18
2.2. Prendre soin des personnes présentant des troubles cognitifs.....	19
3. La relation soignant-soigné.....	19
3.1. Généralités de la relation soignant-soigné.....	19
3.2. Relation soignant-soigné avec les patients atteints des troubles cognitifs.....	20
4. L'adhésion aux soins.....	20
4.1. Généralités de l'adhésion aux soins.....	20
4.2. Adhésion aux soins des personnes atteintes des troubles cognitifs.....	21
5. Le refus de soin.....	22
5.1. Généralités du refus de soin.....	22
5.2. Refus de soin des patients présentant des troubles cognitifs.....	22
6. Les évolutions dans la prise en soin.....	23
6.1. Formations au prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs.....	23
6.2. Équipements adaptés aux patients présentant des troubles cognitifs.....	23
6.3. Expériences professionnelles avec les patients atteints de troubles cognitifs.....	24
 <b>Partie V - La discussion.....</b>	 <b>25</b>
1. Conceptualisation de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.....	25
2. Particularité de la relation dans le prendre soin de la personne atteinte de troubles cognitifs.....	26
3. Particularités de l'adhésion aux soins de la personne atteinte de troubles cognitifs.....	27
4. Impact de la relation sur l'adhésion aux soins des patients atteints de troubles cognitifs.....	28
 <b>Conclusion.....</b>	 <b>29</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>31</b>
<b>Annexes</b>	

## **Glossaire**

TC : Troubles Cognitifs

TNC : Troubles NeuroCognitifs

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

SCP : Soins Centrés sur la Personne

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

*« Mais que signifie “autonome” pour moi ?  
[...] Si c’est décider moi-même de ce qui est bon pour moi,  
je peux le rester très longtemps. Même si je sais à peine expliquer  
mes décisions, je peux décider ; même si je n’arrive pas  
à justifier mes choix, je peux choisir. En principe, il suffit  
de faire savoir mes préférences, mes goûts et mes volontés.  
Mais les entendra-t-on ? »*

*Marcel Bracey cité par Jérôme Pellissier (2011, p.71)*

# **Introduction**

Dans le cadre de ma troisième année de formation en soins infirmiers, il m'est demandé de rédiger un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Ce travail représente l'aboutissement de la formation et vise à une recherche, une analyse et un traitement de données scientifiques afin d'enrichir ma future pratique professionnelle. Pour déterminer le sujet de ce mémoire, je me suis dirigée vers une thématique qui m'a particulièrement interrogée en stage : l'adhésion au soin de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs (TC).

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai eu l'opportunité de prendre soin de patients présentant des TC dans des unités spécialisées et dans des services de soins généraux. Ces prises en soins particulières et complexes m'ont beaucoup questionnée, notamment sur l'impact de la relation entre l'infirmière et des patients souffrant de TC lors de situation de refus de soins. En tant qu'étudiante infirmière, j'ai pu observer au cours de mes différents stages les problématiques auxquelles sont confrontées les personnes atteintes de TC dans leur adhésion aux soins. Ces expériences m'ont incitée à explorer l'impact de la relation avec l'infirmière sur l'adhésion aux soins de ces personnes, car celle-ci peut être difficile en raison de nombreux facteurs comme la complexité des soins, les barrières de communication et les problèmes de compréhension. Dans ces cas de figure, la relation avec l'infirmier peut jouer un rôle clé dans l'amélioration de l'adhésion aux soins.

Afin de mener à bien ce mémoire de fin d'études, je vais tout d'abord exposer mon cheminement vers la question de départ à partir de deux situations d'appels qui m'ont interpellée et questionnée. Dans un second temps, j'aborderai le cadre conceptuel avec de nombreuses recherches théoriques qui ont pu m'aider à éclaircir différentes notions. Par la suite, je présenterai ma méthode de recherche et analyserai les différents entretiens réalisés auprès d'infirmières. Après avoir comparé les enseignements tirés de la revue de littératures et des interviews, j'établirais une question de recherche définitive et apporterai une conclusion à ce projet.

## **Partie I - Le cheminement de la question de départ**

### **1. Situations d'appel**

Je vais d'abord commencer par exposer des situations interpellantes que j'ai pu vivre en stage au cours de ma formation. Ces situations m'ont particulièrement interrogées sur le sujet de l'adhésion aux soins chez les personnes âgées présentant des TC, notamment dans des situations d'opposition.



## **1.1. Situation d'appel n°1**

Je réalise mon deuxième stage de deuxième année dans une unité d'hospitalisation de très courte durée chirurgicale. Cette unité compte huit lits destinés à des patients ayant besoin d'être hospitalisés suite à des symptômes de la COVID-19 en lien avec la pandémie actuelle. La situation se déroule lors d'un sondage évacuateur pour Mme M., âgée de 90 ans. Elle a été adressée au Service d'Accueil des Urgences pour dyspnée et suspicion de pneumopathie chez une patiente non vaccinée. Suite à un test PCR positif réalisé aux urgences, elle est transférée dans l'unité COVID de l'UHTCD chirurgicale. Elle présente plusieurs pathologies dont des troubles cognitifs non caractérisés assez importants. Elle déambule beaucoup dans le service malgré l'isolement mis en place et montre une agitation importante lors des soins.

Ce jour-là, Mme M. n'a pas eu de miction depuis plus d'une journée et, à la demande de l'interne, un bladder scan a été réalisé par l'infirmière qui montre que la vessie était remplie à 500 ml. Alors Mme M. est encouragée plusieurs fois à uriner mais elle dit ne pas avoir envie, l'interne prescrit donc un sondage évacuateur pour la soulager. Avant d'entrer dans la chambre pour procéder au soin, l'infirmière demande de l'aide à deux aide-soignantes et moi-même étant donné que Mme M. est souvent agitée pour les soins ce qui rendrait le sondage compliqué. Une fois dans la chambre, Mme M. est installée sur le bassin et incitée à uriner à nouveau mais sans succès. Alors l'infirmière lui explique qu'elle va procéder à un sondage pour l'aider à vider sa vessie et la soulager. Elle lui demande si elle est d'accord, Mme M. hoche la tête mais je n'ai pas l'impression qu'elle ait vraiment bien compris ce qu'on va faire. L'infirmière demande à une aide-soignante de lui tenir les jambes écartées pour qu'elle puisse faire la toilette intime mais Mme M. commence à s'agiter alors la deuxième aide-soignante et moi-même venons lui tenir les mains. L'infirmière procède à la petite toilette au dakin, Mme M. s'agite, se met à crier et demande ce qu'on lui fait. Nous lui expliquons à nouveau que nous allons la sonder pour la soulager. L'interne arrive après avoir entendu l'agitation et indique à Mme M. que le sondage est nécessaire et que c'est pour son bien, elle se calme alors. L'infirmière reprend le soin et lorsqu'elle commence à insérer la sonde, Mme M. recommence à s'agiter et à crier qu'on lui fait du mal et à crier au secours. Lorsque l'infirmière réussit à sonder, Mme M. se détend immédiatement et il semble clair que le soin l'a soulagé.

## **1.2. Situation d'appel n°2**

Au cours de ma deuxième année, j'ai également réalisé un stage dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ayant une unité protégée qui accueille des personnes avec des troubles de la mémoire et du comportement. La situation se concentre sur une aide à la toilette d'une patiente de cette unité, Mme K.. Elle est âgée de 77 ans et d'origine tchèque. Elle est

arrivée dans l'unité depuis quelques années déjà du fait de troubles mnésiques et de déambulation liés à sa maladie d'Alzheimer. Elle ne communique plus et elle est malvoyante.

Nous sommes le matin et les aide-soignantes me proposent d'aider Mme K. pour la toilette. Elles m'expliquent qu'il arrive fréquemment que Mme K. soit souillée au réveil et qu'elle s'oppose au soin. Elles me recommandent donc de les appeler si j'ai besoin d'aide. Je me rends dans la chambre avec le nécessaire pour la toilette de Mme K. À mon arrivée dans la chambre, la patiente est assise au bord du lit et semble souillée. Je l'accompagne jusqu'à la salle de bain et lui propose de l'aider à prendre une douche, ce qu'elle accepte d'un signe de tête. Je commence alors à l'aider à se déshabiller mais elle s'agite, me repousse et remet ses vêtements. Je lui explique qu'il est nécessaire de retirer son pyjama pour la toilette mais elle ne semble pas comprendre. Face à l'agitation de Mme K., je ne sais pas trop comment réagir mais il est nécessaire qu'elle fasse une douche, je vais donc demander de l'aide. L'aide-soignante arrive et réexplique à Mme K. que nous allons l'aider à prendre sa douche. Elle l'aide à se déshabiller mais Mme K. s'agite encore. Avec un peu de distraction en discutant avec elle, Mme K. se laisse faire. Cependant, lorsqu'elle est installée sous la douche elle s'agite de nouveau. Mais une fois sous le jet d'eau, elle se détend. Nous faisons au plus vite pour que Mme K. ne s'agite pas de nouveau et la suite de soin se déroule sans problème. Mme K. commence même à sourire et nous aide pour s'habiller et se coiffer.

## **2. Questionnements et question de départ**

Avant d'arriver à ma question de départ, j'ai eu de nombreuses interrogations concernant ces situations impliquant des personnes présentant des troubles cognitifs. En effet, je me suis demandée si ces personnes étaient réellement en capacité de comprendre les soins proposés, et comment leur expliquer ces soins de manière à ce qu'ils soient bien compris. J'ai également réfléchi aux causes et à la signification de l'agitation dans les soins chez les patients atteints de TC, car elle peut être un signe de refus, mais aussi de douleur ou de peur. Par conséquent, l'opposition de ces patients ne signifierait pas toujours une non adhésion aux soins. Je me suis également questionnée sur la façon de gérer ces situations de refus de soins, notamment sur l'importance de ne pas être dans l'agression et la maltraitance et sur la possibilité de reporter ou ne pas réaliser un soin. Enfin, je me suis interrogée sur l'impact de l'attitude des soignants sur l'adhésion aux soins des personnes souffrant de TC.

Ces questionnements se regroupent autour de plusieurs concepts, dont la compréhension de l'opposition par le soignant et l'adhésion aux soins. Je vais donc axer ce mémoire sur la question de départ suivante : **En quoi les compétences relationnelles de l'infirmier interviennent-elles dans l'adhésion aux soins de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ?**

## **Partie II - Le cadre théorique ou conceptuel**

### **1. La personne âgée présentant des troubles cognitifs**

#### **1.1. La personne âgée**

##### **1.1.1. Définition de la personne âgée**

La définition de la personne âgée peut varier en fonction du contexte. Généralement, on considère qu'une personne âgée est une personne ayant dépassé un certain âge, qui peut varier selon les pays et les cultures. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2022), une personne âgée est définie comme une personne ayant « 60 ans ou plus ». L'OMS qualifie également le vieillissement comme étant le « produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps », ce qui « entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès ». Il est donc question d'un âge à partir duquel la personne est considérée comme âgée et commence à vieillir.

Cependant, l'OMS (2022) souligne que ces dommages liés au vieillissement peuvent commencer avant ou après l'âge de 60 ans car ils ne sont pas réguliers et créent alors une diversité s'expliquant par des inégalités en matière de santé notamment liées à l'environnement physique et social (famille, sexe, appartenance ethnique, lieu de vie ...). En effet, l'âge seul ne peut pas être utilisé comme critère pour déterminer les besoins en soins de santé d'une personne. Il est important de prendre en compte la capacité fonctionnelle de chaque individu, c'est-à-dire sa capacité à effectuer des activités quotidiennes de manière autonome, ainsi que ses besoins en matière de soins et de soutien social.

##### **1.1.2. Vulnérabilité de la personne âgée**

Ce vieillissement a des conséquences, notamment sur la santé de la personne âgée. Carcaillon-Bentata, spécialiste en épidémiologie, en statistiques et en santé publique, écrit dans Santé publique France (2022) que la personne en bonne santé devient vulnérable à cause de la diminution de ses « capacités de réserves physiologiques globales ». C'est cette vulnérabilité qui entraîne un risque important de dégradation avec la survenue de maladies chroniques, la perte d'autonomie, l'entrée en institution et le décès. En effet, le vieillissement entraîne la survenue de problèmes de santé provoquant l'apparition d'incapacité et de dépendance tels que « les cancers, les pathologies et facteurs de risque cardiovasculaires, les maladies mentales ainsi que les maladies neurodégénératives ». Il arrive très fréquemment que ces pathologies soient concomitantes, on parle alors de polyopathie ou multimorbidité.

## **1.2. Les troubles cognitifs**

### **1.2.1. Définition des troubles cognitifs**

Dans son guide du parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée, la Haute Autorité de Santé (2018) définit les troubles cognitifs comme « une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité. [...] peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse, etc ». Elle renvoie à la définition des troubles neurocognitifs de la traduction française du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (DSM 5-2013) qui les désigne comme « un syndrome défini comme un déclin d'une ou plusieurs fonctions cognitives ; ce déclin est significatif, évolutif, non expliqué par un état confusionnel ou par une maladie mentale ».

L'HAS (2018) différencie les troubles neurocognitifs légers et les troubles neurocognitifs majeurs. Dans les deux cas, il y a « une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs » mais il y a une différence dans l'impact que ce déclin a sur la vie quotidienne. Dans le cas des TNC légers, des capacités sont préservées permettant d'effectuer les actes quotidiens seul. En revanche, dans le cas des TNC majeurs (anciennement appelés démence), le déclin des capacités cognitives est suffisamment important au point que cela entraîne une perte d'autonomie allant souvent jusqu'à une dépendance.

Selon la Société Alzheimer du Canada (s.d.), les troubles neurocognitifs sont liés à une dégradation de la capacité dans une ou plusieurs fonctions cognitives comme « la mémoire, l'attention complexe, les fonctions exécutives (ex., planification, organisation, abstraction), le langage, les fonctions visuo-motrices ou les aptitudes sociales ». Avec le vieillissement, certaines personnes (environ 40 %) présenteront des problèmes de mémoire après 65 ans mais ces pertes de mémoires ne sont pas synonymes de TNC car elles sont infimes pour la plupart. Selon l'OMS (2017), seulement 5 à 8 % de personnes de plus de 60 ans seront atteintes d'un trouble neurocognitif.

### **1.2.2. Causes des troubles cognitifs**

Comme il est dit dans le DSM-5 cité par l'HAS (2018), les troubles neurocognitifs ne sont pas dus à une maladie mentale ou un état confusionnel mais plusieurs maladies peuvent être la cause de ces troubles telles que « les maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, dégénérescences frontotemporale), maladie vasculaire, lésion cérébrale traumatique, infection à VIH, maladie à prions, maladie de Parkinson, de Huntington, etc ». Ainsi, les troubles cognitifs ne signifient

pas toujours la maladie d'Alzheimer, ils sont alors qualifiés de maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer (MA2). La cause d'un TNC n'est malheureusement pas toujours trouvée, or c'est en fonction de la maladie causale que l'accompagnement et la prise en charge du patient sont réalisés.

D'après la Société Alzheimer du Canada (s.d.), il existe des facteurs de risque susceptibles d'augmenter les chances de développer un TNC mais ils n'en sont pas les causes. Certains de ces facteurs sont modifiables tels que le tabac, le diabète, l'obésité, la sédentarité, la surconsommation d'alcool, l'engagement cognitif faible, la dépression, les lésions cérébrales traumatiques, l'isolement social, etc. D'autres facteurs ne peuvent pas être modifiés comme l'âge, le sexe et la génétique. Ces facteurs sont des risques pouvant augmenter sans certitude la survenue des maladies susceptibles de causer un TNC.

### 1.2.3. Symptômes des troubles cognitifs

Dans son cours sur les défaillances cognitives, Somme (2020), professeur des universités et praticien hospitalier spécialisé en gériatrie, parle de symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence qu'il définit comme des « symptômes témoignant d'une perception erronée, d'un trouble de la pensée et de l'humeur ou du comportement qui survient fréquemment chez les patients atteints de démence ». La démence désigne les troubles cognitifs majeurs. Ces symptômes sont divisés en deux parties distinctes :

- les « **symptômes bruyants ou perturbateurs** » tels que les idées délirantes, les hallucinations, l'agitation motrice ou verbale, la déambulation, la désinhibition, l'agressivité, l'opposition et les troubles du sommeil, etc ;
- les « **symptômes non bruyants** » tels que l'apathie, l'indifférence, la dépression, l'euphorie, l'hypermnie et les troubles de l'appétit, etc.

Dans son ouvrage *Ces troubles qui nous troublent*, Pellissier (2011, pp.15-128), docteur en psychologie et chercheur en psychogérontologie, évoque de nombreux symptômes dus aux TC. Il nomme des symptômes liés à l'altération de certaines facultés cognitives comme l'attention, la compréhension, la maîtrise émotionnelle, le langage, la mentalisation, l'inhibition, la prévision et l'intuition et évidemment la mémoire et la mémorisation. D'autres capacités cognitives comme l'identification et la reconnaissance des personnes et des objets (prosopagnosie) sont également touchées pouvant amener à des hallucinations. L'auteur décrit aussi des « troubles du comportement » avec notamment des comportements d'agitation liés à une hypersensibilité, les troubles du langage comblés par des cris ou des expressions corporelles et des « déambulations » dus à des troubles de l'orientation et dans le temps. Enfin, il parle aussi de « troubles de l'humeur » en citant en particulier la peur et l'anxiété, l'émoussement affectif, l'apathie et le syndrome dépressif.

## 2. La relation dans le prendre soin de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs

### 2.1. La relation soignant-soigné

#### 2.1.1. Définition de la relation soignant-soigné

La relation est définie dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2021, p.421) comme le « rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque ». Formarier (2007, p.34), enseignante à l'institut international supérieur de formation des cadres de santé de Lyon, rappelle qu'il y a une différence à faire entre les notions de relation et d'interaction : « l'interaction [...] se définit par des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont des accumulations d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques ». Mais ce qui distingue vraiment ces deux notions ce sont les facteurs cognitifs et émotionnels mis en œuvre lors de ces interactions. Ainsi, les rapports qui se créent entre le soignant et le soigné varient entre l'interaction rapide et ponctuelle à une forme de relation continue de confiance, de soutien et d'aide. En effet, dans le soin, on parle constamment de relation soignant-soigné alors qu'il peut aussi s'agir d'interaction entre le soignant et le patient, mais il est indéniable que la plupart des prises en charge de patient devraient être basées sur cette relation. Elle est définie dans ce même dictionnaire comme une « activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale ou non (posture, regard, geste, disponibilité) ». De ce fait, elle provient de l'interaction et de la création d'un lien entre la personne qui soigne, le soignant, et la personne qui bénéficie des soins, le soigné. Elle se base sur trois attitudes de la part du soignant : un « engagement personnel », une « objectivité » et une « disponibilité » (2021, p.426).

Dans les écrits, les auteurs évoquent plusieurs formes de relation soignant-soigné. Pour Formarier (2007, pp. 36-41), il en existe sept types : la relation de civilité, la relation de soins, la relation d'empathie, la relation d'aide psychologique, la relation thérapeutique, la relation éducative et la relation de soutien social. Mais dans la plupart des cas, il est mis en avant quatre principaux types de relation, décrits par Phaneuf, enseignante, consultante et conférencière dans les domaines de la santé et de l'éducation :

- la **relation de civilité**, basée sur les rituels sociaux tels que la bienséance, la courtoisie et la gentillesse, ne peut être qualifiée de « véritable relation » car elle n'engage pas de créer des liens entre les interlocuteurs mais elle comporte « des échanges réciproques et une certaine compréhension mutuelle » (2016, p. 128) ;

- la **relation fonctionnelle** contient la majorité des « échanges quotidiens de la soignante avec les clients, sa famille et les autres intervenants », servant à recueillir des informations et prendre connaissance rapidement des besoins du patient et d’y répondre de manière adaptée pour permettre l’ « efficacité des soins » (2016, p. 129) ;
- la **relation de confiance**, établie sur la base d’un « sentiment de sécurité » qui amène le patient à se fier au soignant pour satisfaire ses besoins, est une relation « essentielle à la qualité des soins » qui permet de créer une alliance thérapeutique et sur laquelle peut se fonder la relation d’aide, s’associant pleinement à l’expression “prendre soin” (2016, p. 134) ;
- la **relation d’aide** est une « relation égalitaire » avec le patient, basée sur une « acceptation inconditionnelle » du patient, qui passe par un échange intime permettant d’apporter du soutien et le courage dont la personne a besoin pour surmonter une difficulté et elle nécessite une « compréhension empathique » du soignant, de l’écoute, du non-jugement, de la considération positive, etc ... (2016, pp. 171-227).

Phaneuf (2016, p.135) aborde aussi la **relation éducative** comme une « interaction professionnelle par laquelle vous informez le client et sa famille au sujet de soin », visant à donner au patient des moyens pour s’occuper de lui-même et d’améliorer les comportements qui affectent sa santé.

Ces différentes natures de relation montrent les multiples facettes du travail relationnel que le soignant doit mettre en place dans sa relation avec le patient. Chaque relation est particulière, avec un but précis et personnalisé à la personne soignée. Il est difficile d’uniformiser les relations de soin sans perdre leur authenticité mais il est important de mettre un cadre dans la relation soignant-soigné (Formarier, 2007, p.34).

### 2.1.2. Facteurs influant sur la relation soignant-soigné

Dans leur ouvrage *La relation soignant-soigné*, Manoukian et Massebeuf (2008, p.9), tous les deux psychologues et formateurs dans le milieu hospitalier, écrivent sur la complexité de la relation. Pour eux, le centre de la relation est l’affectivité, elle permet sa création, son renforcement ou son affaiblissement. Ces auteurs listent aussi plusieurs autres facteurs du fondement de la relation :

- les **facteurs psychologiques** comme « les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication, etc. » ;
- les **facteurs sociaux** tels que « l’appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d’âge, à une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun » ;

· les **facteurs physiques** comme « les perceptions propres à chacun, l'aspect physique ... ».

Selon Formarier (2007, p.35), les représentations jouent un rôle important dans la relation, comme l'explique Abric (1999) qui définit la représentation comme étant « une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place) ». Ces représentations sont créées et présentées à travers les valeurs, la culture et les croyances lors d'interactions sociales. Lorsque ces représentations sont ancrées dans les habitudes des professionnels, elles servent de « guide pour l'action ». Par conséquent, dans des situations similaires, les professionnels agissent ou interagissent d'une façon déterminée par les représentations qu'ils ont. Toutefois, ces représentations peuvent souvent engendrer des stéréotypes qui mettent en péril la relation avec les autres. Ainsi, les représentations de la santé propres aux patients et les pratiques relationnelles des soignants fondées sur des représentations collectives prédéterminées font de la relation de soin une relation unique plus ou moins complexe. En effet, dans ce même article, Formarier évoque l'asymétrie de la relation soignant-soigné qui peut être due à ce décalage entre les représentations de chacun, puisque le patient arrive dans un environnement inconnu dont il ne maîtrise pas les codes alors que les soignants y sont habitués.

## **2.2. Le prendre soin**

### **2.2.1. Définition du prendre soin**

Walter Hesbeen (1997, p.8), infirmier et docteur en santé publique, décrit le concept de prendre soin comme étant une « attention particulière qu'on va porter à une autre personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et de promouvoir sa santé ». Il s'appuie sur la combinaison « des éléments de connaissances, d'habileté, de savoir-être, d'intuition » pour permettre au soignant de prendre soin de chaque personne dans sa situation unique. De ce fait, chaque patient rencontré par le soignant est différent, ainsi il doit s'adapter et aborder chacune de ces situations dans une approche globale. En effet, l'auteur souligne que l'attention portée à chaque personne ne peut être appliquée de manière uniforme à tous les patients, et que le soignant doit sans cesse s'ajuster à la personne soignée, sans se conformer à une pratique. Prendre soin implique donc que le soignant porte de l'attention et de l'intérêt à chaque personne dans sa singularité.

Dans l'expression «prendre soin», nous trouvons le terme «soin» qui peut sembler limité en sens dans la langue française. Pour ce manque de sens, Marie-Françoise Collière (citée par Michaux, 2018, p.34), historienne, auteure, conceptrice des soins et infirmière, s'est tournée vers un vocabulaire anglais qu'elle considère comme plus riche. Elle identifie deux natures de soins différentes qui sont



liées entre elles : d'une part, il y a les « **soins coutumiers et habituels : care** » associés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, et d'autre part, les « **soins de réparation : cure** » liés aux besoins de réparer et traiter la maladie. En revanche, Michaux (2018, p.35) fait la distinction entre soin au singulier et soins au pluriel. Pour cela, elle cite Hesbeen qui insiste sur cette différence. Selon ces auteurs, les soins se déclinent dans les gestes, actes, pratiques de soins « essentiels pour soigner », tandis que le soin équivaut plutôt « au souci que l'on a pour la personne au moment de la soigner, à l'intention de prendre soin d'elle ». Nous notons également cette distinction dans les locutions « faire des soins » qui se résume aux actes de soins et « prendre soin » qui met l'accent sur le souci qu'on porte au bien-être d'autrui. De ce fait, Michaux énonce l'une des idées de base du «prendre soin» : « le soin apporté aux soins ». Ainsi il est nécessaire d'allier l'intention aux actes et l'attention aux gestes.

### **2.2.2. De la relation au prendre soin**

Walter Hesbeen, dans sa définition du prendre soin (1995, pp. 37-40), associe cette notion à celle de la « démarche soignante ». Il la décrit comme la « capacité de se mouvoir, de se porter vers autrui en vue de marcher avec lui », qui repose sur « une rencontre et un accompagnement ». Selon lui, des « liens de confiance », et donc une relation, se créent avec la personne soignée lorsque le soignant opère « un mouvement qui lui permet d'aller à la rencontre de la personne ». Cette relation de confiance permet à la personne soignée de se rendre compte que le soignant est là pour l'aider dans sa « situation particulière » et pas seulement la réduire à son corps atteint par la maladie. Cependant, l'auteur nous rappelle qu'il ne faut pas passer outre « l'affection du corps » pour se focaliser uniquement sur « le relationnel » mais qu'il faut chercher à comprendre ce dont la personne soignée a le plus besoin à ce moment précis. L'accompagnement s'applique alors une fois la rencontre puis la relation établies. Hesbeen le qualifie dans l'objectif de guider la personne « sur son chemin » en lui donnant connaissance et lui expliquant les différentes possibilités qui s'offrent à elle sans lui imposer les choix des professionnels. C'est donc par cet accompagnement personnalisé que le soignant aide la personne soignée à faire les choix les plus pertinents pour elle. Selon le même auteur, l'histoire de vie, la formation et l'expérience professionnelle sont des ressources qui permettent au soignant de réaliser au mieux cet accompagnement.

Dans le prendre soin, la relation de soin est souvent considérée comme un élément clé. Feyfant et Sicot, une infirmière doctorante et un professeur en sociologie, écrivent que le prendre soin n'est pas « une dimension accessoire de la relation humaine, mais au contraire que la relation qu'ils désignent est fondamentale » (2012). Ainsi, la relation surtout le point de départ du prendre soin et pas simplement une conséquence. Michaux (2018, p.144) a également expliqué que pour « soigner une personne, l'aider à subvenir à ses besoins - en cas de déficit temporaire ou durable - requiert forcément de rentrer en relation avec celle-ci ». Cependant, elle nuance ces propos en déterminant que le prendre soin ne se

limite pas à la relation d'aide et ne peut être réduit à sa dimension relationnelle. En fin de compte, la relation est l'un des fondements du prendre soin mais il convient de ne pas l'y réduire puisqu'il s'agit de bien plus que cela.

## **2.3. La relation et le prendre soin face aux troubles cognitifs**

### **2.3.1. Concept de personne dans le contexte des troubles cognitifs**

Les troubles cognitifs impactent la relation et le prendre soin des personnes atteintes, et notamment sur la question du concept de la personne. En effet, selon E. et B. Maeker (2020, p. 44), respectivement médecin gériatre et infirmière fondateurs de l'association Emp@thies, la culture neuroscientifique remet en cause ce concept de personne dans le contexte des maladies neurodégénératives. Dans cette vision, les lésions cérébrales irréversibles dues à la maladie « évoluent et effacent progressivement les qualités qui définissent l'humanité d'une personne », ce qui entraîne alors la perte définitive de la personnalité et de l'individualité. Les auteurs confrontent cette vision neuroscientifique avec la vision psychosociale qui estime que la personnalité n'a pas totalement disparu. Ainsi, « la personnalité continue de se développer au sein de relations interpersonnelles » quand elles sont favorables dans les moments de lucidité.

Par conséquent, E. et B. Maeker (2020, p.45) expliquent que les représentations des personnes atteintes de TC « peuvent inhiber l'expression de l'empathie » qui est un fondement de la relation soignant-soigné, et par conséquent, nuire à la relation de soin, à l'accompagnement et donc au prendre soin. Ces auteurs évoquent deux éléments découlants de cette possible perte de l'individualité :

- la « **dépersonnalisation** » **de la relation soignant-soigné** donnant lieu à des relations qui se limitent « aux soins et aux tâches physiques (laver, donner à manger, habiller, etc.) et aux procédures » et par conséquent à « une perte de sens du soin » ;
- la **priorité donnée aux** « **préoccupations institutionnelles** » visant à faire prévaloir l'organisation et la rentabilité des soins « sur les soins eux-mêmes » et donc sur la relation.

### **2.3.2. Soins centrés sur la personne atteinte de troubles cognitifs**

Selon le professeur adjoint de sociologie canadien Epp (2003, p.14), la conception des soins prodigués par les professionnels de santé a évolué, passant d'un « modèle de soins axé sur les tâches » à un « modèle de soins holistique » qui met l'accent sur le point de vue, le vécu et les besoins des patients. On accorde désormais de plus en plus d'importance à la personne plutôt qu'à la simple exécution des tâches, ce qui a conduit à l'émergence du concept de "soins centrés sur la personne" (SCP). Cette approche est inspirée de l'accompagnement centré sur la personne en psychothérapie,

développé par le psychologue Carl Rogers, qui consiste en une « approche humaniste » plaçant le patient au centre de sa propre prise en soin (E. B. Maeker, 2020, p. 43). Au cours des années 1990, le chercheur britannique en gériatrie Tom Kitwood a mis en avant cette approche pour les personnes atteintes de TC, en visant à préserver « l'identité individuelle du patient » malgré l'altération de leurs capacités cognitives. Cette identité individuelle est définie par Kitwood comme étant « une position ou un statut dévolu à un être humain par les autres dans le contexte des relations et dans le contexte social [...], statut qui suppose la reconnaissance, le respect et la confiance » (Kitwood cité par Epp, 2003, p.14). De ce fait, les SCP ont pour objectif de maintenir les personnes atteintes de TC dans leur statut d'être humain dans tous les aspects du soin en valorisant leur « expérience de vie », leur « personnalité unique » et leur « réseau de relations » (Epp, 2003, p.15). Il est donc important de ne pas réduire la démence à la seule dégradation des facultés mentales, mais de considérer l'ensemble des éléments qui contribuent à l'identité d'une personne. Le modèle VIPS proposé par Kitwood, et présenté par E. et B. Maeker (2020, p.43), met en avant quatre axes clés (un pour chaque lettre de l'acronyme) qui représentent les aspects fondamentaux de la relation de soins pour les personnes atteintes de TC. Ces axes incluent la **Valorisation** des personnes porteuses de TC et de ses aidants, l'**Individualisation** du soin pour répondre aux besoins uniques du patient, la prise en compte de la **Perspective** de la personne soignée, ainsi que le **Soutien** d'un environnement social favorable et des interactions positives.

Dans son livre intitulé *Ces troubles qui nous troublent* (2011, p.281), Pellissier détaille les différents aspects de l'approche centrée sur la personne présentant des TC. Il affirme notamment que ces éléments se retrouvent dans les « interactions positives » décrites par le chercheur Tom Kitwood. Pellissier (Pellissier, 2011, pp.282-286) énumère plusieurs exemples de ces interactions positives telles que : l'inclusion de la personne dans sa prise en charge, la reconnaissance de la personne en tant qu'être unique auquel il faut s'adapter ; la collaboration avec la personne soignée pour l'acte de prendre soin ; la réjouissance des choses que la personne aime et arrive à faire ; la validation des ressentis de la personne en faisant preuve d'empathie ; la facilitation de la personne à s'engager dans une activité en s'ajustant à ses ressources et ses incapacités ; etc ... De fait, les soins centrés sur la personne nécessitent la mise en place d'un environnement soutenant et « favorisant les émotions positives, en mettant de l'avant leur capacités ou leurs compétences et en aidant à guérir leur blessure psychologique » (Edd, 2003, p.15).

### **3. L'adhésion aux soins de la personne présentant des troubles cognitifs**

#### **3.1. L'adhésion aux soins**

##### **3.1.1. Définition de l'adhésion et du consentement aux soins**

Le dictionnaire des concepts en sciences infirmières (2021, p.13) définit l'adhésion comme une « approbation réfléchie », une « action de consentir en marquant qu'on est pleinement favorable à la chose », résultat d'un « consensus » et d'un « engagement » entre la personne soignée et le soignant. Ainsi, l'adhésion aux soins se rapporte à la coopération du patient dans les soins qui lui sont proposés, ce qui implique que le patient accepte les soins et les traitements recommandés et s'engage à les suivre. En d'autres termes, l'adhésion aux soins implique que le patient a donné son consentement de manière réfléchie pour la réalisation des soins proposés.

Cette définition inclut la notion de consentement, puisque les verbes « adhérer » et « consentir » sont synonymes. Dans le même dictionnaire (2021, p.137), le consentement du patient désigne un « acte moral, intellectuel et librement éclairé d'un individu qui s'engage concrètement et prend une décision en connaissance des conséquences ». Il s'agit d'un accord donné par le patient pour qu'un professionnel réalise un soin, après que le patient a été informé de manière claire et complète sur la nature, les objectifs, les bénéfices et les risques du soin proposé. Le consentement est un élément fondamental de l'autonomie et du respect de la personne soignée.

### **3.1.2. Législation de l'adhésion au soin et du consentement**

Le consentement éclairé du patient est une notion fondamentale protégée par la loi et essentielle pour garantir la qualité des soins. Le Code de la santé publique stipule dans l'article L1111-4 que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » et donc « 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 ». Par conséquent, le consentement doit être donné librement, sans contrainte ni coercition, et le patient doit être informé des risques, des avantages et des alternatives possibles. Les soignants doivent donc obtenir le consentement éclairé de leurs patients avant de procéder à tout soin. De plus, le CSP déclare également que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ». Ainsi, le patient a le droit de refuser tout soin et de retirer son consentement à tout moment s'il change d'avis même si cela peut entraîner des conséquences négatives pour sa santé. Les professionnels doivent respecter ce choix et travailler avec le patient pour trouver d'autres solutions de soins ou de traitements. L'article R4312-14 du Code de déontologie des infirmiers transpose ces propos à la pratique infirmière : « le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur ».

En ce qui concerne l'adhésion aux soins, il n'y a pas de loi spécifique. Cependant, il est important de noter que l'adhésion aux soins est liée au consentement éclairé et au respect des droits des patients en général. Les soignants sont donc tenus de travailler en collaboration avec les patients pour les aider à comprendre leur état de santé, promouvoir leur autonomie et leur permettre de prendre des décisions éclairées quant à leur propre santé. Ils doivent également être en mesure de communiquer efficacement avec les patients, afin de mieux comprendre leurs besoins et leurs préoccupations.

### **3.2. L'adhésion au soin face aux troubles cognitifs**

#### **3.2.1. Concept de refus de soin associé aux troubles cognitifs**

Le refus de soin est un comportement fréquent chez les personnes atteintes de TC. Selon Tannou et al. (2019, pp. 291-298), les personnes atteintes de maladies neurodégénératives peuvent manifester de l'opposition, de l'agitation et des comportements perturbateurs lorsqu'elles sont confrontées à des situations de soins. Le refus de soin est une forme de contestation et de non-consentement à un soin pouvant se manifester par une attitude mutique mais aussi de manière violente dans l'opposition et l'agitation. Selon M.-F. Bernard (2018, p.47), le refus de soin peut être motivé par différents facteurs, tels que le « manque d'information », « une douleur ou une souffrance morale », des « peurs » et des « angoisses ».

Chez les personnes atteintes de TC, il peut être dû à des « altérations des processus neurologiques », qui peuvent endommager la capacité à prendre des décisions autonomes, « renvoyant le sujet à un statut de personne vulnérable, ce qui n'exclut pas l'expression d'une volonté propre » (Tannou et al., 2019, pp. 291-298). La vulnérabilité de la personne âgée présentant des TC rend donc difficile la prise de décision, ainsi le patient est capable d'exprimer une adhésion ou un refus de soin mais il peut être biaisé par l'altération des capacités cognitives. Moutel (2007, pp. 224-227), clinicien et enseignant-chercheur en médecine légale et sociale et spécialiste des questions d'éthique en santé, explique que pour que l'adhésion aux soins soit éclairée et valide, le patient doit avoir certaines capacités : « que le malade comprenne et intègre les informations et qu'il comprenne les conséquences des attitudes sur son existence ; que le sujet soit doué de mémoire (qu'il puisse se souvenir) et qu'il soit capable d'une décision, de s'y tenir et de maintenir volontairement sa décision ». Pour une personne présentant des TC, l'adhésion ou le refus de soin ne peuvent donc pas toujours être considérés comme éclairés. Toutefois, il est important de comprendre que le refus de soins de ces personnes peut être l'expression d'une volonté propre, même si elle est altérée, qu'il convient donc de respecter.

### **3.2.2. Du refus à l'adhésion aux soins dans le contexte des troubles cognitifs**

Le refus de soin chez les personnes atteintes de TC est une situation complexe car ces patients peuvent avoir des difficultés à comprendre la nécessité des soins et peuvent ressentir de la frustration ou de l'anxiété à l'idée de les recevoir. Il est donc essentiel pour les professionnels de santé de comprendre les raisons sous-jacentes à ce refus et de trouver les moyens de passer de ce refus de soin à une adhésion aux soins. Vallet (2020, p.24), infirmière clinicienne et conseillère en santé, décrit une « démarche clinique et des repères face au refus de soins ». En plusieurs étapes, elle consiste à écouter et entendre sans jugement le refus, à chercher sa signification et établir un dialogue pour chercher du sens, à informer le patient en reprenant tous les éléments avec un vocabulaire approprié, à donner du temps au patient et à réévaluer et reformuler en réitérant la proposition. Par la suite, elle vise également à rétablir et maintenir une relation de confiance, à discuter en équipe pluridisciplinaire pour arriver à un consensus et une cohérence dans la gestion du refus et à construire un projet d'accompagnement avec le patient et son entourage. Elle peut passer par un recours à un processus de médiation si nécessaire en faisant intervenir des tiers (personne de confiance, famille). Il est important à la suite de ce refus de tracer les décisions pour avoir une transparence sur le consensus d'actions et à en reparler avec le patient et l'équipe à distance pour en tirer profit.

Pellissier (2011, p.353-366) explique que la plupart des situations de refus de soin, qu'il appelle « réactions de catastrophe », sont précédées par des interactions délétères qui peuvent être évitées. Il souligne la nécessité d'une entrée en relation progressive afin de limiter les effets de surprise et créer des conditions de coopération favorables au soutien de la personne dans le soin. Cependant, il peut persister l'apparition d'angoisses et d'agitations nécessitant le report du soin à un autre moment ou avec un autre soignant. L'auteur appuie sur l'importance de l'empathie et de l'ajustement du soignant permettant une « adéquation entre ce que nous faisons et exprimons et ce que ressent et exprime la personne ». Il évoque également des stratégies telles que « le recours à la réminiscence, à la diversion, à la réorientation, etc., l'usage de certains types de regards, de touchers ou de paroles », pour aider une personne présentant des TC à adhérer aux soins. Toutefois, les auteurs soulignent qu'il est important de prendre en compte la situation particulière de chaque patient et de ne pas uniformiser ses pratiques pour tous les patients.

## **Partie III - Dispositif de méthodologie**

### **1. Les objectifs du guide d'entretien**

Pour recueillir des données qualitatives autour du sujet de mon mémoire, j'ai mené deux entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé, en utilisant un guide d'entretien pour aborder des questions sur les grands axes théoriques de ma recherche. Ainsi, ces questions pouvaient être adaptées en fonction des réponses des soignants interrogés afin de couvrir tous les aspects importants de ma question de recherche. En posant les mêmes questions aux deux professionnels, j'ai pu comparer leurs réponses et en analyser les similitudes et différences. Le guide d'entretien m'a ainsi permis d'orienter la recherche vers des résultats pertinents et significatifs. Le guide d'entretien avait plusieurs objectifs liés aux grandes notions évoquées dans le cadre conceptuel de mon mémoire. Les questions visaient à obtenir un aperçu de l'expérience des infirmières interrogées, en particulier avec les personnes présentant des troubles cognitifs. Les questions cherchaient également à comprendre les généralités de chaque notion, telles que les troubles cognitifs, la relation soignant-soigné, le prendre soin, l'adhésion aux soins et le refus de soin. En outre, les questions m'ont servi à comparer, pour chaque notion, la prise en charge d'un patient présentant des troubles cognitifs et n'en présentant pas. Enfin, les questions cherchaient à exposer les évolutions de la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs, telles que vécues par les professionnels.

## **2. La population interviewée**

Dans le cadre de ma recherche sur les troubles cognitifs chez les personnes âgées, j'ai décidé d'interroger deux infirmières diplômées d'État (IDE) pour obtenir un point de vue professionnel sur le sujet. J'ai choisi de parler à des infirmières qui sont en contact avec cette population mais dont ce n'est pas nécessairement la spécialité. J'ai contacté une IDE travaillant dans un service de médecine polyvalente et gériatrique en clinique privée où j'avais déjà effectué un stage. J'ai demandé à cette IDE de me donner le contact d'une de ses collègues avec plus d'expérience pour réaliser la deuxième entrevue. Mon objectif était de comparer les prises en charge des patients atteints de troubles cognitifs en fonction de l'expérience professionnelle des infirmières et de voir si elles avaient évolué. Pour protéger l'anonymat des infirmières, je les ai appelées IDE 1 et IDE 2. L'IDE 1 a obtenu son diplôme en 2019 et a travaillé dans un EHPAD et un service de chirurgie avant de rejoindre le service de médecine polyvalente et gériatrique il y a deux ans. L'IDE 2 est infirmière depuis 2005, avec une expérience de dix-huit ans, dont dix ans en service de pneumologie avant de rejoindre le service de médecine polyvalente et gériatrique en 2019.

## **3. L'organisation de la réalisation des entretiens**

Pour contacter les professionnels de santé que je voulais interroger pour mon mémoire, j'ai envoyé un email à l'IDE 1 avec qui j'ai travaillé lors de mon stage de semestre 4, en lui demandant si elle accepterait de répondre à mes questions, ainsi que l'une de ses collègues. Elle m'a répondu

favorablement et m'a même fourni les coordonnées d'une de ses collègues prête à être interviewée. Grâce à mes contacts, j'ai donc pu trouver facilement les professionnels que je souhaitais interroger et planifier rapidement un entretien avec l'IDE 1 chez elle dans une pièce calme. Cependant, pour l'IDE 2, nous avons eu plus de difficultés à trouver une disponibilité pour réaliser l'entretien du fait de nos emplois du temps respectifs. Finalement, nous avons convenu de réaliser l'entretien sur sa pause déjeuner, dans une salle du service. Les entretiens ont duré respectivement une trentaine et une vingtaine de minutes. Avec l'accord des infirmières, j'ai pu les enregistrer avec le dictaphone de mon téléphone, ce qui m'a permis de retranscrire facilement toutes les informations en les réécoutant.

#### **4. Le bilan du dispositif**

Les deux entretiens se sont bien déroulés avec les professionnelles interviewées qui semblaient intéressées par le sujet et motivées à répondre à mes questions. La forme de l'entretien semi-directif leur a permis de pouvoir parler librement de leurs expériences et d'exprimer leurs points de vue, ce qui a abouti à des réponses très complètes avec beaucoup de matière très enrichissantes à analyser. Cependant, ce type d'entretien a eu ses limites. En effet, lors de la conception du guide d'entretien, j'ai souhaité poser des questions sur chaque notion du cadre conceptuel, mais certaines notions n'ont pas pu être approfondies lors des entretiens car le cadre théorique n'était pas totalement terminé. De plus, le guide d'entretien comportait beaucoup de questions, faisant s'entrecouper et se répéter certaines informations, ce qui rendait difficile de toutes les poser. J'ai également dû préciser certaines questions auprès des infirmières interrogées, car elles n'étaient pas suffisamment précises pour comprendre les réponses attendues. En outre, interroger des professionnels travaillant dans le même service a limité les différences pouvant exister entre les pratiques des soignants, mais la différence d'expérience professionnelle a permis d'obtenir des réponses assez variées. Enfin, lors de l'entretien avec l'IDE 2, nous avons été interrompu plusieurs fois par des appels téléphoniques, ce qui peut-être biaisé sa concentration et rendu ses réponses plus concises.

### **Partie IV - L'analyse descriptive des entretiens**

#### **1. Les troubles cognitifs**

Les deux infirmières interrogées travaillent dans un service de médecine polyvalente et gériatrique, qui accueille des personnes âgées polypathologiques, ayant souvent des troubles cognitifs associés. En médecine gériatrique plus particulièrement, les patients sont « connus troubles cognitifs déambulants » selon l'IDE 2. Ainsi, ces professionnelles sont fréquemment confrontées à la prise en soin de personnes présentant des TC.



## **1.1. Définitions des troubles cognitifs**

L'IDE 1 décrit les troubles cognitifs comme « la perte des souvenirs et des repères ». Ces propos se retrouvent aussi d'une certaine manière dans la définition que donne l'IDE 2 qui parle de « personne qui aura du mal à s'orienter dans l'espace, dans le temps aussi. [...] Avec des troubles de mémoire ». L'IDE 1 approfondi en disant que « c'est progressif [...] des petits oublis au départ et puis ça va se majorer ». De fait, selon elle, « c'est tous les souvenirs les plus récents qu'ils perdent, les plus vieux qu'ils gardent », dès lors « leurs premiers repères sont perdus ». En somme, les TC se manifestent par l'apparition progressive d'une désorientation temporo-spatiale et de troubles mnésiques dus à l'altération des souvenirs et des repères.

## **1.2. Signes et symptômes des troubles cognitifs**

Les infirmières identifient principalement deux signes et symptômes chez les patients atteints de TC : la déambulation et l'altération de la compréhension. Selon l'IDE 1, ces patients ont tendance à chercher à partir parce qu'ils sont « complètement perdus ». L'IDE 2 souligne que la déambulation est souvent due à la désorientation temporo-spatiale, comme en témoignent les « questions répétées » comme « Où je suis ? » ou « Quand est-ce que je rentre ? ». En outre, l'IDE 2 mentionne le refus de soin, qui est lié au manque de compréhension des patients souffrant de TC. Elle développe en disant qu'« à partir du moment où ils ne comprennent pas ce qu'on leur fait et dans quel but, il doit y avoir du mal à adhérer aux soins ». De son côté, l'IDE 1 fait aussi référence à l'« agressivité » que l'on peut observer chez les patients qui refusent les soins, comme en témoigne l'exemple où elle se prend une claque de la part d'une patiente qui refuse de manger. En résumé, d'après ces deux professionnelles, les TC se manifestent principalement par des patients déambulants présentant des troubles de la compréhension pouvant entraîner des situations de refus de soin et des comportements agressifs.

## **2. Le prendre soin**

### **2.1. Généralités du prendre soin**

Les infirmières interviewées ont éprouvé des difficultés à définir la notion du « prendre soin ». L'IDE 1 a expliqué que cela impliquait d'« écouter et être attentif », et que cela relevait davantage du « relationnel » avec le patient que de la « technique » du soin. Elle insiste sur l'importance de « rester à l'écoute, prendre en compte leurs sentiments » mais aussi de créer « un cadre rassurant pour le patient » en essayant « de le rassurer, de le soigner au mieux, de pouvoir répondre à ses questions ». L'IDE 2 quant à elle a déclaré que prendre soin signifiait « prendre tout patient et son environnement

et son état cognitif en compte » et qu'il fallait « s'adapter à lui ». De ce fait, "prendre soin" implique de considérer le patient et ses besoins dans sa globalité pour adapter sa prise en soin en étant à l'écoute, attentif, rassurant et moins centré sur les soins techniques.

## **2.2. Prendre soin des personnes présentant des troubles cognitifs**

Selon les professionnelles interrogées, prendre soin des personnes âgées présentant des TC est un processus différent et « plus compliqué ». Dans les propos des deux infirmières, on retrouve la notion de « prendre plus de temps », « prendre le temps » ou « prendre son temps ». L'IDE 1 associe cette notion avec le fait de devoir « être ultra patient » car ces personnes ont besoin de « plus d'explications parce qu'il va falloir répéter qui on est parce qu'ils ne vont pas forcément se souvenir, ce qu'on vient leur faire, pourquoi on leur fait ». Elle mentionne également des activités « pour les occuper » comme le simple fait de « s'asseoir, parler, discuter, se remémorer le passé ». De son côté, l'IDE 2 souligne la nécessité de « négocier », de « venir au moment opportun » et d' « expliquer le soin avant de le faire », ainsi que de « s'adapter » à leurs besoins spécifiques, comme la possibilité « de mettre en place des prémédications [...] pour essayer d'atténuer leurs appréhensions aux soins ». En outre, les infirmières ont également mis l'accent sur le travail en collaboration avec le médecin notamment pour voir si « on peut alléger en soins » ou avec les collègues « si tu es un peu prise au piège, complètement bloquée ». En somme, ces professionnelles soulignent que prendre soin des personnes âgées souffrant de TC nécessite une approche particulière qui implique de s'adapter à chaque patient et de passer plus de temps à leur expliquer et réexpliquer tout ce qui est fait pour eux, tout en les occupant. De même, il est essentiel que leur prise en charge se fasse en équipe afin de trouver des solutions aux problèmes posés par la présence des troubles, si nécessaire.

## **3. La relation soignant-soigné**

### **3.1. Généralités de la relation soignant-soigné**

Les deux infirmières soutiennent la nécessité de la confiance et de la bienveillance dans la relation entre soignants et soignés. L'IDE 2 pense que la confiance est essentielle pour établir « une bonne relation », tandis que l'IDE 1 considère la relation comme un « contact » où les professionnels doivent souvent « faire le premier pas », mais où il est important que les patients s'impliquent aussi, « que ça vienne aussi d'eux ». Les professionnelles ont mentionné des actions similaires dans l'instauration de la relation soignant-soigné que dans le prendre soin, telles que : « réexpliquer ce qu'on fait, les soins, être à l'écoute, savoir répondre à leurs questions [...] Leur proposer des solutions aussi » (IDE 1). De même, l'IDE 2 met en avant l'importance de « prendre son temps et ne pas imposer les choses aux gens ». Elle ajoute également que parfois la relation soignant-soigné peut être

altérée, par exemple lorsque le soignant « n'a plus la patience » ou s'il n'est « pas dans un bon état d'esprit ». Par conséquent, les interviewées précisent que la relation soignant-soigné est basée sur la confiance qui se construit entre les professionnels de santé et les patients grâce aux actions du prendre soin.

### **3.2. Relation soignant-soigné avec les patients atteints des troubles cognitifs**

La relation soignant-soigné avec des personnes âgées présentant des TC comportent certaines contraintes. En effet, l'IDE 1 confirme qu'il existe des difficultés notamment « quand on n'arrive pas à se faire entendre, ou quand on n'arrive pas à les rassurer, ou qu'on n'arrive pas à les calmer ». Elle cite notamment l'exemple d'une dame qui ne se souvenait pas que ses parents étaient décédés et qui voulait les rejoindre. L'IDE 2 évoque à nouveau l'importance du travail d'équipe dans cette relation, notamment avec des professionnels comme les ergothérapeutes qui peuvent mettre en place « des pictogrammes, des images » pour faciliter la compréhension. De même, le travail en binôme permet de faciliter certains soins en les faisant à deux : « si vraiment c'est quelqu'un qui est opposant aux soins, tu as quelqu'un qui va le rassurer, lui parler, tout ça pendant que nous on fait le soin à côté ». D'un autre côté, selon l'IDE 1, la famille est également un élément clé de la relation soignant-soigné, car ils « sont des liens, en fait le repère de ces personnes » et souvent c'est aussi avec eux que se crée la relation. L'IDE 1 propose aussi d'améliorer la relation soignant-soigné avec des activités et de soins relationnels : « on fait du coloriage, on leur rappelle des choses du passé ou on leur demande ce qui ne va pas. Voilà, on prend plus de temps ». En somme, la relation soignant-soigné avec les personnes âgées présentant des TC est souvent compliquée en raison de l'altération de la mémoire et de la compréhension des soins. Toutefois, cette relation peut être grandement améliorée par le travail d'équipe pluridisciplinaire, l'utilisation de moyens de communication adaptés et la disponibilité relationnelle des soignants.

## **4. L'adhésion aux soins**

### **4.1. Généralités de l'adhésion aux soins**

Les deux soignantes interrogées ont une définition similaire de l'adhésion aux soins, qui implique l'acceptation du patient. L'IDE 1 décrit l'adhésion comme étant « quand les patients sont OK à faire un soin. Ou, par exemple, proposer des activités qu'ils acceptent ». L'IDE 2 corrobore cela en disant que l'adhésion est atteinte « quand ton patient participe et du coup accepte ce que tu vas lui faire ». L'IDE 1 explique également que pour les professionnels, il peut être difficile de faire un soin « qui ne convient pas et qui ne plaît pas et qu'on doit le faire parce que le médecin l'a demandé ». Pour réussir à recueillir cette adhésion aux soins, les infirmières conviennent qu'il suffit de proposer et

d'expliquer le soin et son intérêt pour que le patient l'accepte. L'IDE 2 note que si le patient « a accepté d'être hospitalisé, c'est que déjà on peut considérer qu'il est adhérent aux soins ». Cependant, en cas de refus, l'IDE 1 suggère de réexpliquer « pourquoi on fait ce soin » et si le patient n'adhère toujours pas alors on le propose à nouveau plus tard ou pas. En résumé, l'adhésion aux soins signifie que le patient accepte de recevoir et de participer à un soin proposé, en le soumettant simplement au patient tout en l'éclairant sur son but. Toutefois, le patient est toujours en droit de refuser un soin s'il le souhaite.

#### **4.2. Adhésion aux soins des personnes atteintes des troubles cognitifs**

Les personnes âgées atteintes de TC peuvent avoir du mal à adhérer aux soins. Selon l'IDE 1, cela nécessite de « trouver les mots pour qu'on puisse adhérer à un certain soin », tandis que l'IDE 2 insiste sur l'importance de prendre le temps et d'expliquer clairement le soin pour que le patient comprenne bien. Les deux infirmières soulignent également l'intérêt du travail d'équipe dans l'adhésion aux soins, en réfléchissant ensemble « à quels soins faire ou pas faire, à quels examens faire ou ne pas faire pour limiter et pas que ça fasse trop de chose à imposer au patient » (IDE 2), mais aussi en passant le relai aux collègues comme l'explique l'IDE 1 : « si ça ne marche pas avec moi, ça marcherait avec quelqu'un d'autre ». L'IDE 2 aborde également l'impact de la famille sur l'adhésion aux soins en demandant parfois « l'aide aussi de la famille [...] pour prendre des médicaments, ce genre de choses, [...] c'est plus facile avec eux ». De même, l'IDE 1 et l'IDE 2 notent également la nécessité de déterminer si les soins proposés sont absolument nécessaires. L'IDE 2 énonce l'idée de « regrouper aussi des soins [...] de faire ce qui est vraiment indispensable » et de son côté, l'IDE 1 ajoute la possibilité de reporter ou de ne pas faire du tout certains soins : « soit tu reportes au lendemain, soit en fait tu vois avec les médecins ce qui est le plus important à l'instant T, ou bien tu ne fais pas ». Dans certains cas, lorsque les patients refusent les soins, l'IDE 1 explique qu'elle peut passer par la distraction en leur faisant faire autre chose permettant donc que « l'adhésion aux soins se fasse sans qu'il le sache ». Cette idée de diversion est reprise par l'IDE 2 qui parle d'un chariot d'activités permettant de rendre le soin plus facile à réaliser « en l'occupant un petit peu avec certaines choses, à le faire penser à autre chose ». Cependant, l'IDE 1 précise qu'il est important de surveiller le comportement non verbal qui peut montrer le refus « si tu vois que ça ne leur plaît pas parce que tu as forcément des expressions du visage ou des trucs [...] tu arrêtes ». Par conséquent, aider les personnes âgées présentant des TC à adhérer aux soins nécessite une approche en équipe, plus de temps pour expliquer clairement les soins, la prise en compte de la famille et la possibilité de reporter certains soins si nécessaire.

## **5. Le refus de soin**

### **5.1. Généralités du refus de soin**

Lors des entretiens avec ces professionnelles de santé, la question du refus de soin a été évoquée. Pour l'IDE 1, le refus est perçu comme « un non », contrairement à l'adhésion qui est considérée comme un « ok ». L'IDE 2 explique que le refus de soin peut prendre différentes formes, allant d'un simple refus « facilement accessible à la réassurance » à des réactions fortes, telles que « quelqu'un qui va crier ou taper ». Selon elle, ces attitudes défensives ou agressives sont souvent provoquées par « la peur », « l'appréhension du soin » et « la douleur ». La plupart du temps, il est mis en place des médicaments pour limiter l'anxiété et donc le refus de soin qui y est lié. Elle ajoute que certains patients refusent les soins en raison d'un « ras le bol » lié à l'accumulation d'hospitalisations longues ou répétées. Dans ces situations, les infirmières insistent sur l'intérêt de travailler en collaboration avec le médecin pour gérer le refus de soin. L'IDE 1 explique « revoir avec le médecin » pour l'informer du refus et de discuter de la meilleure façon de gérer la situation. De même, l'IDE 2 confirme en disant que « c'est le médecin [...] qui va leur expliquer les risques et si le patient refuse et on ne va pas le forcer ». Cependant, dans la plupart des cas, après avoir expliqué le but du soin, le patient finit par accepter, et si ce n'est pas le cas, l'IDE 1 énonce brièvement que « ça s'arrête à "Non, je veux pas" et terminer ». Ainsi, le refus de soins s'oppose à l'adhésion aux soins et peut se manifester de différentes manières et pour différentes raisons. Les infirmières travaillent en équipe avec le médecin pour gérer ces situations, mais ne forcent jamais le patient à accepter un soin.

### **5.2. Refus de soin des patients présentant des troubles cognitifs**

Les personnes âgées atteintes de TC peuvent manifester leur refus de soins de manière différente et cela peut avoir des répercussions particulières sur leur prise en charge. Selon l'IDE 1, le refus de soin chez ces patients peut se traduire par « de l'agitation », « de l'agressivité », « de la colère » et « des mots qui peuvent être durs ». En effet, l'IDE 2 explique que les causes peuvent être les mêmes, comme l' « appréhension aux soins » citée par l'IDE 1, mais c'est le résultat qui sera différent puisqu'il va être « plus compliqué de les faire adhérer parce qu'il y a leurs troubles cognitifs, qui vont faire qu'ils ne vont pas comprendre l'intérêt, le pourquoi du comment ». Les infirmières doivent donc adapter leurs attitudes face à ces situations. En effet, l'IDE 1 confirme, qu'avec des personnes ayant des TC, « on est un peu plus insistant, peut être qu'on prend plus de temps, qu'on explique plus ». Ces propos sont renforcés par ceux de l'IDE 2 qui ajoute qu'elle gère ces situations « en s'adaptant, en prenant le temps ». De même, elles sont toujours d'accord pour dire qu'il faut travailler en équipe avec le médecin et les collègues infirmiers. L'IDE 2 affirme que les gériatres travaillant dans son service « savent comment fonctionne une personne qui a des troubles cognitifs donc rarement on va aller forcer

quelqu'un à faire quoi que ce soit ». Elle précise qu'il arrive fréquemment de « reporter » un soin et qu'en cas d'urgence vitale, « tu n'as pas le choix s'il faut maintenir, tu maintiens quelqu'un », même si cela reste rare. Dans certains cas, il est possible de donner un « médicament pour le calmer un petit peu pour qu'on puisse faire le soin » s'il est indispensable. En somme, bien que les causes soient les mêmes, le refus de soin de la personne atteinte de TC peut paraître plus violent et compliqué à gérer. Certains aspects évoqués pour les notions précédentes concernant les spécificités des personnes atteintes de TC sont revenus puisque la prise en charge du refus de soins chez ces patients nécessite également une adaptation à la situation, de la patience et de l'écoute, ainsi qu'une collaboration étroite avec les autres professionnels de santé.

## **6. Les évolutions dans la prise en soin**

Lors des entretiens, les infirmières interviewées ont exposé certaines avancées en matière de prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, telles que la mise en place de formations ou d'équipements adaptés à ces patients. Elles ont également noté une évolution dans leurs pratiques personnelles, résultant de leur expérience professionnelle.

### **6.1. Formations au prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs**

Des formations ont été proposées par l'établissement de soins où travaillent les infirmières interrogées. En effet, l'IDE 1 a pu suivre un stage de quatre jours sur la prise en charge des « personnes âgées, dont une partie sur les troubles cognitifs » et l'IDE 2 a assisté à une formation « par rapport à la gestion de l'agressivité », fréquemment rencontrée chez ce type de patients. Ces formations ont permis aux infirmières d'avoir des rappels et de remettre l'image de la place du patient dans la prise en charge. L'IDE 2 a précisé qu'« il y a des petites choses qui sont bonnes à entendre ». De même, l'IDE 1 a pu apprendre « comment gérer les troubles cognitifs en étant infirmier ». Les deux soignantes expliquent que ces formations leur ont permis de sortir de l'« automatisme des soins », comme l'a souligné l'IDE 2. L'IDE 1 reprend l'idée en suggérant qu'elle essaie de « faire plus attention » bien que cela peut être difficile car « quand tu es en plein dedans, en fait, tu ne fais plus forcément gaffe ». Selon ces soignantes, les formations sont nécessaires pour se rappeler comment prendre en charge les patients atteints de TC et comment gérer les situations liées à ces troubles. Elles permettent également de limiter les habitudes de soins qui ne sont pas forcément les bonnes, car il arrive à certains moments de ne plus faire attention aux patients dans le soin.

### **6.2. Équipements adaptés aux patients présentant des troubles cognitifs**

Grâce à une meilleure reconnaissance des TC dans les milieux hospitaliers, les infirmières ont observé l'émergence de nouveaux équipements qui permettent une prise en charge plus efficace de ces patients. Les deux soignantes évoquent notamment l'existence d' « unité fermée » avec des « portes battantes » pour limiter la déambulation des personnes présentant des TC. L'IDE 2 parle également de matériels plus adaptés pour éviter les risques entraînés par la présence de TC, tels que « des lits alzheimer pour les gens qui chutent, plein de choses même pour qu'ils mangent ». Elle explique également qu'ils travaillent en équipe avec « beaucoup plus d'intervenants », tels que les ergothérapeutes qui peuvent mettre en place « des pictogrammes, des images et tout ça pour essayer de faire plus comprendre aux gens ce qu'ils ont à faire ou pas ». Dans leur service de médecine gériatrique, « un chariot d'activités » a été mis en place pour occuper les patients atteints de TC et les distraire lors de certains soins, ce qui facilite la prise en charge selon l'IDE 1. Elle détaille le contenu du chariot, qui contient « des boutons, des machins et on a des tissus [...] il appelle ça le sac d'Augustine, il y a plein de fils différents ». L'IDE 1 mentionne également les thérapies animalières dans les EHPAD, telles que la visite de « chevaux », de « chats », de « chiens » et de « lapins », ainsi que la visite d' « enfants », qui permettent souvent de redécouvrir les patients. Malheureusement, elle note que la mise en place de telles activités est difficile à l'hôpital en raison des contraintes d'hygiène. Elle évoque également des activités appréciées par les patients atteints de TC, telles que les « poupées » et le « linge ». De même, il existe « des salles d'activités sensorielles », appelées salles Snoezelen, citées par l'IDE 1. En résumé, la reconnaissance des TC a permis l'émergence d'équipements plus adaptés à ces patients et d'activités pour les divertir qui peuvent les apaiser et améliorer la relation de soin.

### **6.3. Expériences professionnelles avec les patients atteints de troubles cognitifs**

L'IDE 2 exerce depuis longtemps et a pu observer une certaine évolution dans sa prise en soin des personnes âgées atteintes de TC. Elle considère que travailler en médecine gériatrique « est un choix », car elle avait conscience qu'elle serait confrontée à ce type de pathologie dans le service. Elle raconte que si elle revenait quelques années en arrière, lorsqu'elle travaillait en pneumologie, le personnel était « moins sensibilisé » aux TC car il « avait moins de connaissances, donc peut-être moins de petites astuces ». Elle confirme que sa prise en soin de patients présentant des TC a évolué « avec le temps et avec l'expérience et les formations qu'on a pu avoir ». Elle ajoute que « l'expérience du service et les expériences des autres aussi » l'ont également aidée à changer sa façon de voir les choses et d'agir différemment. Ainsi, il est clair que l'expérience professionnelle permet une certaine remise en question des pratiques et une évolution personnelle dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs.

## Partie V - La discussion

Je vais à présent confronter les éléments abordés dans mon cadre conceptuel avec les résultats des entretiens menés avec les professionnels. Cette démarche vise à approfondir ma réflexion autour de ma question de départ : **En quoi les compétences relationnelles de l'infirmier interviennent-elles dans l'adhésion aux soins des personnes âgées présentant des troubles cognitifs ?** Pour ce faire, je vais reprendre les principaux concepts de mon sujet de recherche.

### 1. Conceptualisation de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs

En 2018, les personnes âgées représentent près d'un tiers des hospitalisations de courte durée selon l'HAS. Dans le secteur de médecine polyvalente, qui accueille normalement des patients de tous âges, l'une des infirmières interrogées a observé une moyenne d'âge de 80-85 ans, reflétant cette tendance générale à accueillir davantage de personnes âgées dans les services de santé. Il est important de noter que les personnes âgées constituent une population vulnérable, plus susceptible de perdre leur autonomie et de devenir dépendantes. En vieillissant, leur santé devient plus fragile, ce qui les rend plus susceptibles de souffrir de polyopathologies nécessitant des hospitalisations. Les infirmières interviewées rencontrent notamment ces patients âgés polyopathologiques en service de médecine polyvalente. Cette population de patients est également beaucoup sujette à la présence de troubles cognitifs, puisque selon l'OMS, 5 à 8 % des plus de 60 ans en sont atteints en 2017.

Les professionnelles de santé interrogées rejoignent en grande partie les éléments théoriques sur les troubles cognitifs. En effet, les infirmières ont décrit les TC comme étant caractérisés par une perte progressive des souvenirs et des repères et mis en évidence la désorientation temporo-spatiale et les troubles de la mémoire comme symptômes principaux de ces troubles. Cela rejoint la définition générale donnée par l'HAS et les symptômes relevés par les différents auteurs. Il est important de noter que l'apparition de ces TC est progressive, l'altération des capacités se fait petit à petit, comme le souligne l'IDE 1. De fait, il existe plusieurs stades de TC qui ont été différenciés dans le cadre conceptuel, les troubles cognitifs légers et les troubles cognitifs majeurs. Ce déclin progressif des capacités cognitives peut aller jusqu'à entraîner une perte d'autonomie et une dépendance, comme le souligne l'HAS. En outre, les professionnelles ont souligné l'importance de la déambulation chez les patients atteints de TC, ce qui a été également relevé par Pellissier et Somme dans leurs écrits, car la perte de repères spatio-temporels peut entraîner une confusion et une envie de mouvements incohérents. Les difficultés de compréhension et de communication sont également mentionnées par les deux infirmières, ce qui est cohérent avec la littérature scientifique qui a mis en évidence les troubles du langage et de la communication chez les patients présentant des TC. De plus, le manque de



compréhension des patients peut également entraîner une opposition aux soins et des comportements agressifs, comme mentionné par les professionnelles interrogées et les auteurs. Ces symptômes sont sûrement les plus repérables et faciles à identifier mais il y en a beaucoup d'autres décrits dans la littérature scientifique. Il faut noter que chaque patient présentant des TC est différent et donc ne présentera pas forcément les mêmes symptômes.

De plus, il est intéressant de relever que les troubles cognitifs sont de plus en plus reconnus dans les milieux hospitaliers. Ainsi, comme le soulignent les infirmières interrogées, il existe une certaine évolution dans la prise en soin des patients atteints de TC avec l'émergence de formations autour de la prise en charge de cette population de patients particuliers, de même que la mise en place d'équipements et d'unités plus adaptés à leur prise en charge. Les auteurs comme les professionnelles évoquent l'intérêt de prendre en compte ses expériences passées de prise en soin des patients atteints de TC, tout en faisant attention de ne pas les appliquer uniformément à chaque patient.

En somme, il convient de retenir que la vulnérabilité des personnes âgées liée au vieillissement entraîne la survenue de polyopathie, parfois associée à l'apparition de troubles cognitifs. Ces troubles, provoqués par le déclin des fonctions cognitives, nécessitent souvent une hospitalisation et même une entrée en institution de la personne âgée car du fait des symptômes le maintien à domicile peut-être difficile et compliqué pour les aidants naturels, comme le souligne l'IDE 2. De même, les manifestations des TC ont un impact sur le prendre soin de ces patients puisqu'ils peuvent avoir plus de mal à comprendre et donc à adhérer aux soins qui leur sont proposés. Ainsi, il est nécessaire de mieux comprendre ses troubles singuliers et de s'adapter à chacun des patients, ce qui peut être possible grâce à des formations professionnelles et des expériences passées.

## **2. Particularité de la relation dans le prendre soin de la personne atteinte de troubles cognitifs**

Les professionnelles de santé interrogées ont du mal à donner une définition précise du concept de prendre soin, mais ils s'accordent avec les auteurs, tels que Hesbeen, sur le fait que cela implique une approche centrée sur la personne et sa situation individuelle, nécessitant une adaptation à ses besoins et son état de santé global, comme l'a souligné l'IDE 2 en entretien. Les auteurs et l'IDE 1 insiste sur l'importance de la relation entre le soignant et le patient dans le cadre de cette approche, bien qu'elle ne s'y limite pas. Selon la littérature scientifique, cette relation soignant-soigné est cruciale dans le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs. Cette relation est basée sur la confiance et la bienveillance, et nécessite une communication claire et efficace pour répondre aux besoins et aux attentes de ces patients.

Cependant, les professionnelles de santé ont identifié certaines contraintes spécifiques à la relation soignant-soigné avec les personnes âgées présentant des TC. Les difficultés de communication et les changements de comportement et d'humeur associés à ces troubles peuvent rendre difficile la communication et l'établissement de relations avec les patients. Les infirmières interrogées ont mentionné des actions similaires dans l'instauration de cette relation, telles qu'être à l'écoute, répondre aux questions, expliquer les soins et proposer des solutions pour répondre aux besoins des patients. Dans ce sens, elles ont aussi souligné l'intérêt du travail d'équipe pluridisciplinaire, de l'utilisation de moyens de communications adaptés et de la disponibilité relationnelle des soignants pour améliorer la relation soignant-soigné. Elles ont également noté que les patients atteints de TC peuvent avoir besoin de plus de temps et de relations plus proches avec les soignants pour pouvoir recevoir des soins adaptés à leur besoins sans qu'ils leur soient imposés. Les professionnelles de santé et les auteurs de l'approche centrée sur la personne ont mis en avant l'importance de la prise en compte des émotions des patients dans les soins et la nécessité de créer un environnement positif et rassurant, parfois en collaboration étroite avec les familles qui sont souvent un lien clé pour les patients.

En fin de compte, les soignants doivent être conscients des difficultés cognitives des personnes présentant des TC et adapter leur communication et leur approche en conséquence pour répondre à leurs besoins individuels spécifiques. La qualité de la relation soignant-soigné est essentielle pour le bien-être de ces patients, car elle peut les aider à se sentir en sécurité, compris et valorisés en tant que personne unique. Cela peut conduire à une amélioration de la qualité de vie de ces patients dans les unités de soins, ainsi qu'à une réduction de certains de leurs symptômes psycho-comportementaux associés à leurs troubles cognitifs.

### **3. Particularités de l'adhésion aux soins de la personne atteinte de troubles cognitifs**

Les professionnelles de santé interrogées rejoignent en grande partie les éléments théoriques sur l'adhésion aux soins, qui implique que les patients acceptent les soins et les traitements proposés et s'engagent à les suivre de manière réfléchie, en donnant leur consentement éclairé. Par ce consentement libre et éclairé, les patients autorisent le soignant à réaliser un soin après avoir été informé de manière claire et complète sur la nature, les objectifs, les bénéfices et les risques du soin proposé. Toutefois, les auteurs et les professionnelles interrogés précisent que le patient est toujours en droit de refuser un soin s'il le souhaite. Cependant, les infirmières relèvent que l'adhésion aux soins chez les personnes présentant des TC peut être limitée en raison de la nature même de ces troubles. En effet, les auteurs soulignent eux aussi que la vulnérabilité de la personne âgée présentant des TC rend difficile la prise de décision en raison de l'altération de ses capacités cognitives. Les difficultés de communication liées aux TC peuvent rendre la compréhension des explications des soins difficiles pour les patients et compliquer la relation avec les soignants. Par conséquent, le refus de soins est un

comportement fréquent chez les patients atteints de TC, allant d'un simple refus à des réactions défensives ou agressives. Les soignants peuvent alors se sentir frustrés et démunis face à des patients qui semblent réticents ou incapables de participer à leur propre soin.

Pour aider les patients à adhérer aux soins, les professionnels de santé recommandent d'utiliser des approches adaptées aux besoins spécifiques des personnes atteintes de TC, telles que décrites dans la démarche clinique exposée par Vallet. Cela peut inclure le travail en équipe pour favoriser l'adhésion aux soins, en prenant le temps d'expliquer clairement les soins et en impliquant la famille si nécessaire. Des approches adaptées à leurs besoins spécifiques, telles que la distraction par des activités, est aussi mentionnée par les infirmières interrogées et certains auteurs tels que Pellissier, pour aider les patients à adhérer aux soins, tout en surveillant les signes de refus non verbaux. Il est également important de réfléchir à la nécessité des soins pour limiter les soins imposés aux patients et de reporter certains soins si nécessaire.

En somme, il en ressort que l'adhésion aux soins chez les personnes présentant des TC est un enjeu complexe qui nécessite une approche personnalisée et adaptée à leurs besoins spécifiques. Les professionnels doivent prendre en compte les difficultés rencontrées par ces patients en matière d'adhésion aux soins, en mettant en place des stratégies pour aider les patients à adhérer aux soins. Il est donc important de sensibiliser davantage les professionnels de santé sur ces problématiques, afin de garantir une meilleure adhésion aux soins pour ces patients vulnérables.

#### **4. Impact de la relation sur l'adhésion aux soins des patients atteints de troubles cognitifs**

Les auteurs et les professionnelles interrogés s'accordent pour dire que la relation soignant-soigné est un élément primordial de l'adhésion aux soins des personnes présentant des troubles cognitifs. Comme vu précédemment, ces patients peuvent avoir des difficultés à comprendre leur état de santé et les informations relatives aux soins qui leur sont proposés, et donc à prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leur santé. Ils peuvent également être sujets à des symptômes psycho-comportementaux associés à leur TC qui rendent leur prendre soin complexe pour les soignants. Dans ce contexte, la qualité de la relation entre le soignant et le patient peut avoir un impact significatif sur l'adhésion aux soins. En effet, une relation basée sur la confiance, l'empathie et le respect permettra au patient de se sentir compris et accompagné dans sa maladie et pourra aider à renforcer la motivation du patient à accepter les soins qui lui sont proposés. D'un autre côté, une relation conflictuelle ou superficielle peut entraîner au contraire un manque de confiance et une résistance à suivre les soins recommandés.

Il est donc important pour les infirmières de développer des compétences relationnelles adaptées à la prise en charge des patients atteints de TC. Cela inclut notamment la capacité à écouter le patient, à lui expliquer clairement les informations relatives à sa santé et à ses soins, ainsi qu'à adapter sa communication en fonction des capacités cognitives du patient afin de respecter son autonomie. Ainsi, ils peuvent mettre en place certaines stratégies comme l'utilisation de la communication non verbale, la répétition des explications, la description des gestes et l'utilisation de supports visuels et d'activités de distraction. Les professionnels peuvent également travailler en collaboration étroite avec les aidants naturels pour établir une relation de confiance avec le patient et faciliter l'adhésion aux soins. En outre, les soignants doivent prendre en compte les besoins individuels de chaque patient, en adaptant leur approche en fonction de leur niveau de compréhension, de leurs préférences et de leur personnalité. Enfin, les patients doivent également être en mesure de communiquer leurs préoccupations et leurs besoins aux soignants, il est donc essentiel que les soignants encouragent les patients à exprimer leurs pensées et leurs sentiments, tout en restant ouverts et attentifs à leurs besoins.

En conclusion, la relation soignant-soigné a un impact important sur l'adhésion aux soins des patients atteints de troubles cognitifs. Les infirmières ont un rôle essentiel à jouer dans le développement d'une relation de soin de qualité, basée sur la confiance, l'empathie et le respect, ce qui favorisera cette adhésion aux soins.

Ce travail de recherche, notamment la discussion, a permis de faire cheminer ma réflexion autour de ma question initiale. Les éléments soulevés m'ont conduite à formuler ma question de recherche définitive : **En quoi l'importance accordée par l'infirmier à l'adhésion aux soins des patients atteints de troubles cognitifs peut-elle impacter la relation soignant-soigné ?**

## **Conclusion**

En conclusion, ce travail de recherche clôture ma formation en soins infirmiers, au cours de laquelle j'ai été confrontée à deux situations de stage autour de la prise en soins de personnes atteintes de troubles cognitifs, qui m'ont interpellée et questionnée. Ainsi, à travers ce mémoire d'initiation à la recherche en sciences infirmières, j'ai donc choisi d'explorer la question de départ suivante : **En quoi les compétences relationnelles de l'infirmier interviennent-elles dans l'adhésion aux soins de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ?**

Cette question de recherche initiale a permis l'émergence de concepts à approfondir tels que la conception de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, la relation dans le prendre soin de ces patients et l'adhésion aux soins de ces derniers. Ainsi, j'ai pu orienter mes recherches théoriques et apporter un éclairage sur ce que les auteurs disent sur ce sujet. Par la suite, j'ai mené deux entretiens semi-directifs avec deux infirmières dans le but d'étayer ces apports théoriques avec un point de vue de professionnels exerçant auprès de ce public.

Grâce à ces recherches théoriques et à ces entretiens, j'ai pu prendre conscience de la complexité de la prise en soin des patients atteints de troubles cognitifs et de l'importance de la relation entre le soignant et ces patients pour favoriser leur adhésion aux soins. Les professionnelles comme les auteurs évoquent à de nombreuses reprises l'intérêt d'être dans une approche centrée sur la personne dans ce contexte des troubles cognitifs, ainsi j'ai compris que chaque patient est unique et nécessite une prise en soin individualisée et adaptée à ses besoins spécifiques. J'ai également pris conscience des défis auxquels les soignants peuvent être confrontés, notamment celui de comprendre les choix exprimés par les patients dans une situation de vulnérabilité.

Les apports acquis au cours de ce travail peuvent être transposés à d'autres situations et d'autres publics, et m'ont permis de construire mon identité professionnelle et ma future posture soignante. Cependant, je suis consciente que la pratique infirmière est en constante évolution et que de nouvelles interrogations vont surgir au fil de ma carrière. C'est pourquoi, en tant que future infirmière diplômée, je suis déterminée à continuer de me questionner sur mes pratiques et m'adapter aux besoins de chaque patient pour offrir des soins de qualité et centrés sur la personne.

En somme, ce mémoire a été une étape importante et enrichissante dans ma formation d'infirmière, me permettant de développer mes connaissances et compétences dans la prise en soin des patients atteints de troubles cognitifs, tout en affirmant ma posture professionnelle.

## Bibliographie

### Articles de périodique :

- Bernard, M-F. (2018, janvier/février). Refus de soin et respect du corps. *Soins*, 822, 46 - 49
- Epp, T. (2003, avril). Les soins centrés sur la personne dans la prise en charge de la démence : une vision à clarifier. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, 14 - 18.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 4, 8 - 12.
- Maeker, E., & Maeker B. (2020). Relation thérapeutique, soins centrés sur la personne et troubles cognitifs sévères. *Soins Gériatrie*, 141, 42 - 45.
- Moutel, G. (2007, juin). Le refus de soins conscient ou inconscient. *La lettre du Neurologue*, XI (6), 224 - 227. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/13327.pdf>
- Tannou, T., Hof Demont, M., & Aubry, R. (2019). Est-ce que l'opposition aux soins manifestée par une personne âgée présentant des troubles neurocognitifs constitue un refus de soin ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 17(3), 291 - 298.
- Vallet, F. (2020, février). L'attitude soignante face à un refus de soins. *La revue de l'infirmière*, 258, 22 - 24.

### Ouvrages :

- Menaut, H. (2021). *Troubles du comportement : guide pratique d'intervention non médicamenteuse pour les soignants*. Lamarre.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* (1<sup>è</sup> ed.). Masson.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3<sup>è</sup> ed.). Lamarre.
- Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring: Des voies différentes : quelles approches pour quelle perspective soignante ?* Seli Arslan.
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné* (5<sup>è</sup> ed.). Setes.
- Pellissier, J. (2011). *Ces troubles qui nous troublent: Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*. Érès.
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique* (2<sup>è</sup> ed.). Chenelière Education.

### Pages web :

- *Article L1111-4 - Code de la santé publique.* (2020). Légifrance.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721056](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056)
- Carcaillon-Bentata, L. (2022, 30 novembre). *Bien vieillir.* Santé publique France.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>
- *Code de déontologie des infirmiers Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016.* (2016, Novembre). Ordre National des Infirmiers.  
<https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/deontologie/CodeDeontologieCommente-01.10.2021.pdf>
- *Facteurs de risque des troubles neurocognitifs | Société Alzheimer du Canada.* (s.d). Alzheimer Society.  
<https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/comment-prevenir-les-troubles-neurocognitifs/facteurs-de>
- Feyfant, V., & Sicot, F. (2012, mai). Prendre soin : le care, entre éthique, politique et pratique médicale. *Espaces Temps.net [En ligne]*.  
<https://www.espacestems.net/articles/prendre-soin-le-care-entre-ethique-politique-et-pratique-medicale/>
- Haute autorité de santé. (2020, septembre). Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_personnes\\_agees\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf)
- Haute autorité de santé. (2018, mai). Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs. Dans *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée.*  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche\\_1\\_troubles\\_cognitifs\\_et\\_trouble\\_neurocognitifs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf)
- Haute autorité de santé. (2018, mai). Étiologie d'un trouble cognitif - Consultations mémoire. Dans *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée.*  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche\\_9\\_etiologie\\_tnc\\_consultations\\_memoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_9_etiologie_tnc_consultations_memoire.pdf)
- *Les différences entre le processus de vieillissement normal et les troubles neurocognitifs.* (s.d.). Alzheimer Society.  
<https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/suis-je-atteint-dun-trouble-neurocognitif/les-differences>
- Organisation mondiale de la santé. (2022, 1 octobre). Vieillesse et santé.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Organisation mondiale de la santé. (2017, 12 décembre). Santé mentale et vieillissement.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Organisation mondiale de la santé. (2022, 20 septembre). Démence.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20d%C3%A9mence%20est%20un%20syndrome%2C%20g%C3%A9n%C3%A9ralement%20chronique%20ou%20%C3%A9volutif%2C%20dans, pourrait%20attendre%20du%20vieillessement%20normal>
- *Que sont les troubles neurocognitifs ?* | Société Alzheimer du Canada. (s.d.). Alzheimer Society.  
<https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/que-sont-les-troubles-neurocognitifs>

**Cours :**

- Somme, D. (2020). Symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence. *Défaillances cognitives (démences, confusions, Alzheimer)*. Paramen.  
<https://s.elffe.theia.fr/servefc/546999>



## **Annexes**

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Annexe n°2 : Entretien IDE n°1

Annexe n°3 : Entretien IDE n°2

Annexe n°4 : Tableau d'analyse des entretiens

Annexe n°5 : Abstract

## **Annexe n°1 : Guide d'entretien semi-directionnel**

### **1. Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?**

↳ Depuis quand êtes-vous infirmière ? Dans quels services avez-vous travaillé ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

### **2. Avez-vous souvent pris en charge des personnes présentant des troubles cognitifs au cours de votre parcours professionnel ?**

### **3. Avez-vous eu des formations spécifiques pour la prise en soin de ces personnes ?**

↳ Si oui, est-ce que cela vous aide dans votre travail ? Comment ?

### **4. Qu'est-ce qui caractérise pour vous les personnes atteintes de troubles cognitifs ?**

↳ Comment définissez-vous les troubles cognitifs ? Quels sont les principaux symptômes rencontrés lors de leur prise en soin ? Comment se manifestent-ils ?

### **5. Qu'est-ce qui caractérise pour vous le prendre soin ?**

↳ Comment définissez-vous le prendre soin ? Quelles sont vos représentations ? Faites-vous une différence entre prendre soin et soigner ?

### **6. Pouvez-vous me parler de la prise en soins de personnes présentant des troubles cognitifs ?**

↳ Quelles sont les spécificités et difficultés que vous rencontrez dans leur prise en soin ? Comment adaptez-vous leur prise en soin ?

### **7. Qu'est-ce qui caractérise pour vous la relation soignant-soignée ?**

↳ Comment définissez-vous la relation soignant-soignée ? Qu'est-ce qui peut favoriser sa construction selon vous ? Qu'est-ce qui peut l'impacter ?

### **8. Quelles sont les particularités de la relation de soin avec les personnes atteintes de troubles cognitifs selon vous ?**

↳ Quels impacts peuvent-ils avoir sur cette relation selon vous ? Quelles sont les limites/contraintes de cette relation ? Comment adaptez-vous cette relation ?

### **9. Qu'est-ce qui caractérise pour vous l'adhésion aux soins ?**

↳ Comment définissez-vous l'adhésion aux soins ? Comment faites-vous pour avoir l'adhésion du patient aux soins ? Est-ce important d'avoir une adhésion aux soins ?

**10. Quelles sont les particularités de l'adhésion aux soins avec les personnes atteintes de troubles cognitifs selon vous ?**

- ↳ Est-ce possible d'avoir une adhésion aux soins de ces personnes ? Comment procédez-vous ? Quels impacts ont les troubles cognitifs sur l'adhésion aux soins ? Une relation adaptée à ces personnes permettrait-elle une meilleure adhésion aux soins ?

**11. Qu'est-ce qui caractérise pour vous le refus de soins ?**

- ↳ Comment définissez-vous simplement le refus de soins ? Quelles peuvent être les causes d'un refus de soins ? Comment adaptez-vous votre prise en soin face à un refus de soin ?

**12. Quelles sont les particularités du refus de soins avec les personnes atteintes de troubles cognitifs selon vous ?**

- ↳ Êtes-vous souvent confronté à des situations de refus de soin avec ces personnes ? Les causes sont-elles les mêmes ? Quelles sont les manifestations de ce refus ? Comment gérer vous ces situations ? Est-ce différent par rapport à une personne ne présentant pas de troubles cognitifs ? Quelles ont été vos interrogations éthiques face à ces situations ?

**13. Selon vous, est-ce qu'il y a des évolutions dans la prise en soin des patients atteints de troubles cognitifs ? Si oui, lesquelles ?**

**14. Trouvez-vous que votre façon de prendre en soin des personnes atteintes de troubles cognitifs a changé avec votre prise d'expérience ? Si oui, comment ?**

**15. Selon vous, en quoi les compétences relationnelles de l'infirmier interviennent-elles sur l'adhésion aux soins d'une personne âgée présentant des troubles cognitifs ? Si oui, comment ? (question de départ)**

**16. Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

## **Annexe n°2 : Entretien IDE n°1**

**ESI : Mon mémoire, je le fais sur les personnes avec des troubles cognitifs et sur la relation avec l'infirmier, en quoi ça aide pour l'adhésion aux soins.**

IDE : Ok, d'accord.

**ESI : Du coup, voilà. Est-ce que tu peux présenter ton parcours professionnel ?**

IDE : Alors, je suis infirmière depuis 2019. Donc, ça doit faire deux ans et demi, trois ans. Je sais même plus. J'ai fait sept mois à peu près de maison de retraite, sept mois de chirurgie. Et là, ça va faire deux ans que je suis en médecine polyvalente et gériatrique.

**ESI : OK, et tu peux décrire un peu ce que tu fais dans le service ?**

IDE : Alors la médecine polyvalente c'est normalement, mais pas forcément, sur les sujets âgés. Ça peut aller de 20 ans à 90. Et il y a la médecine gériatrique, qui est plutôt ciblée en général sur les personnes avec des troubles cognitifs, les personnes alzheimer et **ceux qui déambulent**, puisque le service est fermé avec une porte battante donc c'est plus facile. Mais en ce moment, on a beaucoup plus de patients âgés donc même la médecine polyvalente, je dirais que la moyenne d'âge est de 80-85 ans.

**ESI : Oui. Et tu prends souvent en charge des personnes avec des troubles cognitifs ?**

IDE : Oui, il y en a beaucoup, surtout en médecine gériatrique. Donc ouais.

**ESI : Et en médecine polyvalente ? Et les autres services où tu as exercé, en chirurgie par exemple ?**

IDE : Alors, quand j'étais en chirurgie, j'étais à Quimper donc c'était euh... Non, il y avait très peu de personnes âgées, donc très peu de troubles cognitifs. Là, à Rennes, ouais en médecine polyvalente, il y en a pas mal. Comme de toute façon, s'il y a plus de place en médecine gériatrique et que c'est pas considéré comme une médecine gériatrique, ils sont en médecine polyvalente en ayant des troubles cognitifs.

**ESI : Est-ce que tu as eu des formations spécifiques pour la prise en charge de personnes avec des troubles cognitifs ?**

IDE : Alors j'en ai une récemment, l'année dernière, fin d'année dernière. Le boulot m'a proposé un stage de quatre jours sur les personnes âgées, dont une partie sur les troubles cognitifs. C'était très intéressant d'ailleurs. Mais oui, voilà.

**ESI : Et ça t'aide depuis cette formation ?**

IDE : Oui, franchement oui, parce que malgré les cours, et pourtant, ça ne fait pas longtemps que je suis sorti de l'école, je ne me souvenais plus. En fait, on se met pas à la place du patient. Et les médecins et les intervenants, qui étaient là, nous ont bien expliqué qu'eux la plupart du temps ils cherchent à partir. Et c'est la plupart des gens que nous on a en médecine gériatrique, donc c'est pour ça qu'il y a les portes battantes. Et en fait, ils sont complètement paumés et donc complètement perdus. La seule chose qu'ils veulent, c'est sortir. Ils ne connaissent que ce qu'ils ont à la maison et encore certains ne savent même plus comment ils s'appellent. Donc même leurs repères, leurs premiers repères sont perdus, donc c'est un peu compliqué. Et ils te remettent bien l'image en fait de tout ça là dedans, et puis comment gérer parce que des fois il y a aussi un peu d'agressivité, donc comment gérer les troubles cognitifs en étant infirmier quoi.

**ESI : Ok et pour toi, qu'est ce qui caractérise la personne avec des troubles cognitifs ? Comment tu définis ça ?**

IDE : Et bien, troubles cognitifs ? Il y a plusieurs troubles. Mais moi, je dirais surtout la perte des souvenirs et des repères. Ça peut être du domicile, de savoir manger. Ça peut être des trucs tout bête, du langage ... Des fois, on remarque des patients qui ne savent plus nous parler, qui ne savent plus faire des phrases parce qu'ils savent plus tout simplement. Donc oui, c'est tout ça. Mais je sais même plus ce que j'ai dit d'autre, ... Les noms, la famille, ... Paraît-il que c'est tous les souvenirs les plus récents qu'ils perdent, les plus vieux qu'ils gardent. Mais comme le langage et tout ça, certains n'arrivent plus. Déglutir, tout ça. Il y en a plein. Pour moi, ça fait partie des troubles.

**ESI : Et ça se manifeste comme ça ou il y a des symptômes ?**

IDE : Et bien, ça se manifeste comme ça ? Oui et non. Je vais dire qu'on peut remarquer. Déjà, ça va être ... enfin c'est progressif. Ça peut arriver très jeune comme très vieux. Tu vas avoir des oublis parfois, des petits oublis au départ et puis ça va se majorer. Je pense que eux le sentent aussi quand il commence à perdre un peu la tête ou à perdre leur mémoire. Je pense que c'est plus progressif, donc ça

peut se repérer. Alors, on ne remarque pas forcément quand on est dans la famille parce que c'est toujours dur de voir sa famille se dégrader. Mais je pense que oui, il y a des signes et des symptômes qui montrent qu'on commence à avoir des troubles cognitifs.

**ESI : Oui. Et, pour toi, qu'est ce qui caractérise le prendre soin ? Comment le définirais-tu ?**

IDE : De ces gens-là ? Des troubles cognitifs ?

**ESI : Non, de manière générale.**

IDE : Prendre soin déjà, c'est ... Ah, c'est dur comme question. Déjà, ça dépend de la pathologie forcément. Mais déjà, c'est avoir un cadre rassurant pour le patient. Ouais, c'est essayer de le rassurer, de le soigner au mieux, de pouvoir répondre à ses questions et de garder cette image que ... Nous, c'est vrai que maintenant on banalise vachement les soins que eux pas du tout, comme l'hygiène par exemple. Tout ça pour nous, on ne fait plus attention alors que pour eux ça peut être très compliqué. Donc faut faire bien attention à tout ça. Et puis oui, rester à l'écoute, prendre en compte leurs sentiments et tout ce qui va avec.

**ESI : Ouais et tu fais une différence entre prendre soin et soigner ?**

IDE : Alors, prendre soin, je dirais plus que c'est dans le relationnel et soigner, pour moi, ça fait un peu plus technique. Prendre soin, c'est vraiment écouter et être attentif, c'est tout le relationnel. Que soigner ... c'est juste en terme, pour moi c'est des synonymes ... Mais s'il devait y avoir un petit truc de différent, pour moi, prendre soin c'est plus dans le relationnel et soigner dans la technique.

**ESI : OK. Et la prise en soin des personnes avec des troubles cognitifs, ça a quoi comme spécificités ?**

IDE : C'est plus compliqué parce qu'il faut prendre plus de temps. Il faut être ultra patient et on n'a pas forcément le temps en fonction des services et du nombre de patients qu'on a. Les personnes avec des troubles cognitifs, c'est ... Alors, on va essayer de leur proposer des activités, si ça ne marche pas bien, on essaie de trouver quelque chose pour les occuper parce qu'ils sont toujours dans leur perpétuelle envie de partir ou de faire quelque chose qu'ils connaissent et qu'ils ont plus leurs repères. Donc, c'est prendre le temps, s'asseoir, parler, discuter, se remémorer le passé. Donc, pour moi, ça demande encore plus de temps, plus d'explications parce qu'il va falloir répéter qui on est parce qu'ils ne vont pas forcément se souvenir, ce qu'on vient leur faire, pourquoi on leur fait. Voilà, c'est tout réexpliquer en fait, constamment, et prendre le temps de bien parler avec eux, les rassurer parce que

des fois ils vont potentiellement péter un petit câble. Donc, il faut prendre plus de temps pour eux, pour tout ça.

**ESI : Et tu l'adaptes comme ça, en prenant plus de temps ou tu as des choses particulières que tu mets en place ?**

IDE : Je pense qu'on le fait instinctivement. Là, comme ça, je ne pourrais pas trop donner d'idées. Mais, en fait, ça dépend de qui est en face de toi et forcément du caractère. Tu en as qui vont être très bavards, qui vont venir avec toi en salle de soin et ça va être plus facile, et d'autres qui ne vont rien te dire, qui vont être fermés et un peu dans la colère et l'agressivité. Donc, forcément, tu t'adaptes et je pense que tu trouves des solutions un peu tout seul ou tu demandes à tes collègues si tu es un peu prise au piège, complètement bloquée.

**ESI : Ok. Pour toi, comment tu définis la relation soignant-soigné de manière générale ?**

IDE : Et bien, c'est un contact de toute façon. C'est à nous de faire le premier pas souvent en général. Réexpliquer les soins, savoir ce qu'on fait et avoir une relation de confiance. Mais faut que ça vienne aussi d'eux .. s'ils ne sont pas dans l'adhésion des soins, déjà, c'est un peu compliqué. S'ils viennent mais qu'ils ne veulent pas se faire soigner entre guillemets, c'est un peu compliqué d'avoir une relation soignant-soigné, à mon goût.

**ESI : Qu'est ce qui peut la favoriser, enfin l'impacter positivement ?**

IDE : Et bien, comme je te dis, je pense que c'est la relation. Réexpliquer ce qu'on fait, les soins, être à l'écoute, savoir répondre à leurs questions. Et même si on n'y arrive pas, savoir demander de l'aide à un médecin ou si c'est par rapport à l'autonomie à un kiné, voilà. Leur proposer des solutions aussi. Mais ça c'est plus je dirais pour les patients sans troubles troubles. Pour les personnes avec des troubles, c'est un peu plus compliqué. Je pense qu'on intègre pas mal la famille, je n'ai pas pensé à ça, mais on intègre souvent la famille aussi, qui sont des liens, en fait le repère de ces personnes là. Et c'est même souvent la famille qui vont nous demander le devenir ou certains trucs qui vont nous faire penser à d'autres. Donc c'est plutôt eux qu'on va rassurer plus que les patients en soi. Mais oui, je pense que la famille, on y adhère beaucoup plus dans la prise en soin que pour des patients lambdas qui ont toute leur tête, qui sont capables de faire tout ce qu'ils veulent.

**ESI : Ok. Et donc pour toi, il y a des limites, des contraintes dans la relation avec les personnes avec des troubles cognitifs ?**

IDE : Ah bah oui, bien sûr ! Oui, oui, il y a des contraintes. Bah forcément, quand on n'arrive pas à se faire entendre, ou quand on n'arrive pas à les rassurer, ou qu'on n'arrive pas à les calmer, ou on ne sait plus quoi faire.

**ESI : Tu as un exemple de situation comme ça ?**

IDE : Par exemple, là c'était pas spécialement ici, là où je travaille, mais en maison de retraite. Il y avait un couple et j'avais une dame qui avait des troubles cognitifs et qui était persuadée que ses parents étaient encore vivants. Et tous les jours, elle demandait à partir pour aller rejoindre ses parents. Sauf qu'en fait, j'avais beau essayer toutes les techniques, ... “ Vous avez quel âge ? Vos parents ont quels âges ? Vous voyez bien que ce n'est pas possible ? ” Ou dire vos parents sont partis, ou trouver un truc, ça ne marchait jamais. Et toutes mes collègues ont essayé de se passer le relai parce qu'on n'a jamais réussi. Et puis même son mari, il avait beau lui dire qu'ils étaient morts ses parents. En fait, on n'arrivait pas à lui faire comprendre en essayant qu'elle soit calme et sans lui faire du mal. Mais, je pense que c'est un des trucs les plus durs et que je me souviens toujours d'ailleurs. Après, là, à Rennes en médecine gériatrique, il y en a beaucoup, je pourrais pas dire comme ça, j'ai pas d'idée flagrante qui me viennent en tête. Je réfléchis mais ... Si après, c'est plus sur des hommes un peu agressifs qui veulent absolument partir qu'on n'arrive pas à calmer, là c'est plus contraignant. C'est compliqué, surtout quand on est des petites bonnes femmes, on n'a pas d'hommes pour essayer de soulager un peu, c'est un peu compliqué, ouais.

**ESI : Est-ce que tu as un exemple de relation où tu as réussi à adapter la communication aux patients ?**

IDE : Eh ben oui, il y en a plusieurs. Alors en gériatrie, il y a plein de fois, en fait. Quand les patients ne sont pas bien, on leur propose des activités, ils viennent avec nous en salle de soin. On fait du coloriage, on leur rappelle des choses du passé ou on leur demande ce qui ne va pas. Voilà, on prend plus de temps et c'est cool dans ces moments là.

**ESI : OK. Pour toi, qu'est-ce que c'est l'adhésion aux soins de manière générale ?**

IDE : Et bien, l'adhésion aux soins, pour moi, c'est quand les patients sont OK à faire un soin. Ou, par exemple, proposer des activités qu'ils acceptent, pour moi c'est l'adhésion aux soins. En fait, ils ne le savent pas, mais on participe à les soigner ou les occuper comme ça. S'il n'y a pas l'accord du patient, pour moi, tu n'as pas d'adhésion. Même nous, en tant qu'infirmier, si on fait un soin qui ne convient pas et qui ne plaît pas et qu'on doit le faire parce que le médecin l'a demandé, c'est un peu compliqué aussi. Mais forcément, il faut que le patient soit ok.



**ESI : Et comment tu fais pour avoir l'adhésion aux soins ?**

IDE : Bah, déjà, on leur propose le soin. On se présente, on va faire ci ... “Bonjour infirmière, je vais vous faire une prise de sang, est-ce que c'est d'accord pour vous ?” Des fois, ils vont dire “Bah non mais je n'ai pas le choix” mais ils le font quand même, donc c'est qu'ils savent bien, qu'ils ne sont pas là pour rien et qu'on est pas là pour faire ou pour être méchante ou quoi que ce soit. S'il y a un refus, oui dans ces cas-là on réexplique “bah voilà, c'est pour trouver ça dans votre biologie qui pourrait expliquer à votre infection urinaire”. Ou tu vois, je sais pas. On réexplique pourquoi on fait ce soin là et auquel cas ils disent oui et puis s'ils disent non, bah tant pis, on retente plus tard ou on ne retente pas tout simplement.

**ESI : Mais c'est important pour toi qu'on ait l'adhésion aux soins ?**

IDE : Ah oui ! Oui, oui. Sinon tu as l'impression d'être la méchante et ce n'est pas le but, sinon on ne ferait pas ce boulot là non plus.

**ESI : Et du coup, avec des personnes avec des troubles cognitifs, est-ce que c'est possible d'avoir l'adhésion aux soins ?**

IDE : Alors, ça dépend. Tu en as certains qui ont des troubles, mais qui ... Alors, tu as les gros troubles où tu ne demandes pas parce qu'on ne peut clairement pas te répondre, ou alors ils ne savent même pas te dire oui ou non. Et tu en as d'autres, oui, il n'y a pas de souci. Mais alors, c'est vrai que dans les cas où tu n'as pas trop de réponses, tu fais un peu ça à leur insu. Tu les distraits ou tu leur fais faire autre chose. Hé oui, c'est pas pareil. C'est vrai que j'y avais pas pensé à ça, mais oui. J'avoue que tu n'as pas forcément d'adhésion aux soins dans ce cas là. Mais si tu vois que ça ne leur plaît pas parce que tu as forcément des expressions du visage ou des trucs ... Tu arrêtes quoi mais ...

**ESI : Et tu penses que les troubles cognitifs ont un impact sur l'adhésion aux soins ?**

IDE : Oui, oui, oui.

**ESI : Et est-ce que tu penses qu'une relation adaptée à la personne, ça permet d'avoir une meilleure adhésion ?**

IDE : Oui, complètement. En plus, je repensais ici en médecine gériatrique, on a eu une dame avec des gros troubles cognitifs qui pensaient qu'il y avait le feu dans sa chambre donc elle criait par la fenêtre

“Il y a le feu !” à tous les gens du parking. Donc la sécurité est venue nous voir tout ça. Mais en fait, on peut rien, on avait beau lui expliquer par tous les moyens. En fait, tu n'as pas le choix. Et sauf que dans ces moments là, un des seuls moyens c'est les traitements médicamenteux. Donc pareil si tu veux leur proposer “Ben tiens, je vous donne un petit jus d'orange”. Tu proposes d'abord le médicament, ils ne veulent pas “Vous allez m'empoisonner” et tout le bazar. Donc tu proposes dans un verre, pareil. Donc tu fais semblant de mettre devant ... Donc l'adhésion aux soins se fait sans qu'il le sache en fait, donc forcément c'est plus compliqué avec des troubles cognitifs. Forcément ouais.

**ESI : Et comment tu adapterais ta prise en charge pour aller vers une adhésion ?**

IDE : Bien, le principal c'est qu'il n'est pas d'agressivité, qu'il n'y ait pas ... En fait, faut pas que ça engendre quelque chose de plus grave. S'il ne veut pas, il faut savoir si c'est une nécessité, à l'instant même ou pas. Si quelqu'un qui a un trouble cognitif ne veut absolument pas, je ne sais pas ... de prise de sang, bah tant pis, on retentera le jour prochain ou on ne retentera pas, ou voilà ça va dépendre. Si quelqu'un commence à être énervé, agressif et qu'on est obligé de lui donner un médicament, je ne sais pas, par voie orale avant de faire une injection dans les fesses, là, tu vas peut être pas avoir d'adhésion aux soins mais c'est quand même mieux pour le patient et je pense pour l'équipe avant que ça s'empire. Donc ... je ne sais plus c'était quoi d'ailleurs ta question.

**ESI : Ce que tu mets en place pour avoir l'adhésion.**

IDE : Bah, c'est des techniques. Soit tu reportes au lendemain, soit en fait tu vois avec les médecins ce qui est le plus important à l'instant T, ou bien tu ne fais pas.

**ESI : Est-ce que des fois ça arrive que, par exemple, le patient ne veut pas avec toi mais veut bien avec une de tes collègues ?**

IDE : Oui, je pense. Ouais, ouais, ouais, je pense. Bah, une fois, je m'étais pris une claque par une patiente parce que ... Je ne sais plus quel soin je voulais lui faire mais elle ne voulait pas. Non, elle ne voulait pas manger et je lui ai dit “Vous avez une tarte là” et elle me dit “Tiens, une tarte dans ta tronche” qu'elle m'a dit. Sympa. Donc avec moi, ça ne passait pas mais avec une collègue, c'est passé. Mais oui, bien sûr. Après, comme on ..., bah on avait appris ça en formation. Nous, ils ne nous connaissent pas et forcément on leur fait penser à quelqu'un qu'ils ont déjà connu. Donc soit c'est un mauvais souvenir et ça ne va pas bien se passer, soit c'est un bon souvenir et ça peut bien se passer. En fait, ils se repèrent qu'avec ce qu'ils ont connu, ce qu'ils se souviennent. Donc oui, si ça ne marche pas avec moi, ça marcherait avec quelqu'un d'autre. Et si ça ne marche pas avec trois ou quatre personnes, bah on s'arrête là quoi. Quatre personnes, je suis large, tu t'arrêtes souvent à deux ou trois. Voilà.

**ESI : Et comment tu définis le refus de soins ?**

IDE : Alors le refus de soins déjà c'est un non. Comme beaucoup de choses, ça va être un non. Et pour des personnes avec des troubles cognitifs, ça va être de l'agitation, ça va être de l'agressivité, ça va être de la colère, ça va être des mots qui peuvent être durs. Souvent, c'est très verbal aussi. Donc tout ça, c'est du refus de soins tout simplement.

**ESI : Les causes sont les mêmes, tu penses, entre des personnes avec des troubles cognitifs et des personnes sans troubles ?**

IDE : Non, je ne pense pas. Après, on ne sait pas trop ce qui se passe dans leur tête, honnêtement. Tu as des gens, ils vont vouloir aller chercher leur enfant à l'école alors que leurs enfants ont 40 ans. Faut trouver les mots pour qu'on puisse adhérer à un certain soin, tu vois si eux ils ont fait ça dans leur tête, ça ne va pas être pareil qu'un homme qui ne veut absolument pas qu'on lui fasse une toilette intime. Donc, ça va dépendre du soin, ça va dépendre de leur appréhension aux soins et de ce qu'ils en adhèrent ou pas.

**ESI : Comment tu fais pour ... ? Comment tu adaptes ta prise en charge face à un refus de soins par exemple, de manière générale, avec une personne qui n'a pas de troubles cognitifs ?**

IDE : Et bien, je ne fais pas le soin ou je revois avec le médecin. Souvent j'appelle le médecin, s'il a refusé. Qu'est ce qu'on fait ? Est-ce qu'on retente plus tard ? Est-ce qu'il veut aller le voir ? Souvent, ça passe mieux aussi avec les médecins. Voilà avec une personne normale. Et avec une des personnes avec des troubles cognitifs, je pense qu'on est un peu plus insistant aussi. Peut être qu'on prend plus de temps, qu'on explique plus, mais c'est toujours la même étape. Si ça ne marche pas, on demande au médecin et s'il dit qu'il faut absolument le faire, dans ce cas-là on demande à un collègue. Et puis on voit, après ça va dépendre de comment est la personne en face de toi, si elle est agitée et que tu vas t'en prendre une ou que ... bah tu ne forces pas tant pis. Et puis, tu réexpliques au médecin que c'est pas possible et vraiment pas apte à ce que le soin soit fait. On ne va pas forcer quelqu'un qui n'a pas envie qu'on lui fasse une toilette, qui est autonome, qui marche et qui peut tout faire. Même s'il a fait pas, on ne va pas le forcer.

**ESI : Tu as des exemples de refus de soins que tu as eu à gérer ?**

IDE : Des toilettes, il y en a eu beaucoup en gériatrie, il y en a beaucoup. Et puis, la dame, que je te disais, où je me suis pris la tarte parce qu'elle ne voulait pas manger. Qu'est ce que j'ai eu d'autres ? J'ai

sûrement dû avoir des prises de sang. Mais après ça, je ne retiens pas parce que c'est sans importance entre guillemets. Ça s'arrête à "Ah non, je veux pas" et terminer. Ceux où tu te souviens le plus, c'est forcément où on t'a insulté ou ceux où on a tapé ... Donc non, c'est souvent les toilettes. Très très très souvent. Surtout pour les personnes âgées parce qu'ils font une petite toilette, une fois tous les trois jours. J'exagère, mais pas loin. Donc forcément, quand tu veux venir tous les jours, ben forcément ils refusent. Et puis, les parties intimes, ce n'est pas évident pour tout le monde. Qu'est ce que j'ai pu comme refus de soins ?

**ESI : Est-ce que, par exemple, moi j'ai vu une situation où c'était un sondage urinaire. Est-ce que t'as déjà eu des refus sur des soins comme ça ?**

IDE : Ouais, ouais, ouais. Oui, on a eu. On a eu une dame il n'y a pas longtemps pour un sondage urinaire. On n'avait pas le choix parce qu'elle avait une énorme infection urinaire et c'était de pire en pire. Elle demandait le montauban et le bassin toutes les deux secondes sans déconner, ça lui brûlait donc on n'avait pas le choix. On avait beau lui expliquer et sur le coup elle a dit oui. Sauf que ça lui brûlait tellement qu'elle avait envie de l'arracher donc elle avait coupé sa sonde avec son couteau. Finalement, on s'était dit on va tenter comme ça mais c'était trop compliqué de lui remettre. Donc là, ouais, tu n'es pas dans l'adhésion du soin parce que tu n'as pas le choix de lui mettre parce que c'est pour son bien et elle le sait pas encore ou elle ne le remarque pas. Mais je pense que des fois c'est aussi un peu la facilité pour nous, c'est-à-dire que plutôt que de l'emmener toutes les deux secondes au montauban et que voilà, on a préféré mettre une sonde urinaire.

**ESI : Dans ces situations-là, est-ce que tu as eu des interrogations éthiques ? Par rapport à tes valeurs, est-ce que ça les a touché ?**

IDE : Forcément, tu n'as pas envie de forcer les gens. Mais c'est vrai que tu te dis que tu es là pour leur bien et tu sais que ça va être mieux pour eux. Après, forcément, comme quand on a des patients qui sont très agressifs et qu'on doit leur faire une injection dans les fesses parce qu'on arrive à les calmer. Forcément tu te poses des questions en fait. Mais quand ils foutent le bordel partout et qu'ils sont prêts à taper même les autres patients, là t'as pas le choix. Tu te dis que tu as des moments où malheureusement tu n'as pas le choix, même si tu ne veux pas faire, tu n'as pas le choix.

**ESI : Ouais. Donc je vais te poser ma question départ de mon mémoire. C'est, selon vous, en quoi la compétence relationnelle de l'infirmier intervient-elle sur l'adhésion aux soins des personnes âgées présentant des troubles cognitifs ?**

IDE : Attends, je peux la lire ? Selon vous, en quoi la compétence relationnelle infirmier intervient-elle sur l'adhésion aux soins des personnes âgées présentant des troubles cognitifs ? Ok. Bah, c'est ultra important, comme déjà dans tout soin. Mais avec les personnes qui ont des troubles cognitifs tu n'as que ça en fait pratiquement. Enfin, le relationnel est ultra important. Sans ça, tu ne peux rien faire. Quelqu'un qui est perdu, si tu lui parles pas que tu lui dis juste "Retournez dans votre chambre", ça ne va pas le faire. Oui, je pense que c'est l'atout majeur concrètement. En quoi intervient-elle ? Bah, je dirais pour les soins, pour les calmer. Si on ne parle pas, on ne peut pas les calmer. Pour avoir une adhésion aux soins, si on ne leur explique pas ... Forcément ça va dans le relationnel, on peut leur dire "Je viens juste faire une piqûre". Non, tu leur expliques. C'est vraiment beaucoup d'explications, beaucoup de temps. Si tu n'as pas de relationnel, c'est ça ne le fait, il ne faut pas travailler avec les personnes âgées avec des troubles cognitifs clairement. Après ça s'apprend aussi petit à petit mais c'est pas toujours évident c'est clair. Après, en quoi intervient-elle ? C'est le point majeur, je dirais tout simplement.

**ESI : Et du coup, comme tu m'as dis un peu comment elles interviennent dedans, tu m'as dis ...**

IDE : Ben, pour l'adhésion aux soins, pour les rassurer, pour avoir l'écoute et pouvoir répondre, leur expliquer les soins. Pour la famille aussi, pouvoir expliquer à la famille, forcément ça va dans le relationnel. Non, ce n'est pas juste dire "Bah oui, il va bien". Pour calmer les angoisses aussi, l'agressivité, leur proposer des activités qui vont avec eux, forcément c'est du relationnel. Voilà, un peu tout ça. Je ne sais pas si j'ai oublié des trucs mais ... réexpliquer les soins, et voilà.

**ESI : Ok. Et est-ce que t'as quelque chose à ajouter ?**

IDE : Non. J'espère que ça te va.

**ESI : Oui. C'est très bien.**

IDE : Est-ce que les thèmes que tu voulais sont ressortis.

**ESI : Bah oui, je pense. Attends, je regarde si j'ai pas oublié de questions ...**

IDE : Mais c'est vrai que ce n'est pas forcément évident quand tu es en plein dedans, en fait, tu ne fais plus forcément gaffe. Et c'est vrai que la formation que j'avais faite, c'était ultra intéressant par rapport à ça justement, puisque c'était que des infirmiers, enfin que l'équipe du service. Il y avait des infirmières de nuit, des aide-soignantes de nuit, des infirmières et des aide-soignantes de jour. Et du coup, on se connaissait tous et pour parler de patients qu'on avait dans le service. Non, c'était

vraiment très intéressant. Mais ça repart vite, tu essaye de faire plus attention mais des fois sur le coup, tu n'y penses pas, tu es dans ta bulle et tu fais ton truc. C'est qu'après que tu te dis "Merde, j'aurais peut-être du essayer ça" ou "J'aurais dû faire ça".

**ESI : Ouais. Et tu penses qu'il y a une évolution par rapport aux pratiques par rapport à ces personnes là ?**

IDE : Bah, tu sais maintenant tu as le truc ... Alors attends que je te dise pas de bêtises. Comment ça s'appelle ? J'ai plus le terme, c'est un truc spécifique avec les personnes âgées et il le faut aussi avec les enfants dans les écoles. [...] Je vais te retrouver ça, je l'ai plus de tête. Ils proposent plein de trucs différents, des salles d'activités sensorielles. Parce que souvent tu as beaucoup le toucher aussi pour les personnes âgées avec des troubles cognitifs. Là, on a ouvert ... en plus, j'ai oublié de te dire ça. Dans le service, on a un chariot avec pleins d'activités, des boutons, des machins et on a des tissus aussi pour ceux qui ont des troubles cognitifs pour la toilette par exemple. Il appelle ça le sac d'Augustine, il y a plein de fils différents et tu leur mets ça dans les mains et ça se passe beaucoup mieux. Et comment ça s'appelle ? Mince !

**ESI : C'est une salle dont tu parles ?**

IDE : Bah, tu as des salles et tu as toutes les activités à côté, ... Mince !

**ESI : Il y a les salles Snoezelen.**

IDE : Ouais, c'est ça !

**ESI : Oui, c'est ça.**

IDE : C'est quoi le nom qui regroupe tout ça ? C'est exactement ça. Mais tu as un nom qui regroupe tout ça. Toute cette ... Il y a justement une autrice qui a fait un livre et il paraît que c'est super. Bon, je ne retrouve pas. Si ça me revient, je t'enverrai ça par message.

**ESI : Et est-ce que ça arrive qu'il fasse des thérapies animales ou des choses comme ça ?**

IDE : Pas en établissement de santé. Enfin, je veux dire en clinique, tout ça. Non, c'est trop compliqué parce que tu as les allergies, l'hygiène, tout ça. Par contre, dans les EHPAD, tu en as beaucoup. Si j'étais aussi dans un forum de tous les établissements HSTV et justement il y avait des EHPAD qui ont fait venir des chevaux aussi pour des personnes avec des troubles cognitifs. Les enfants, ça marche très

bien aussi, faire venir des écoles. Ils adorent, tu les redécouvrent. Les animaux, les chats, les chiens, les lapins, ça marche bien. Le cheval de plus en plus. Mais il faut quand même que tu sois debout, que tu puisses marcher. Des fois, ils montent même sur les chevaux. Les poupées, c'est un peu con mais ça marche bien. Et tout ce qui est tissu, tout ce qui est manuel, ça marche aussi. Ouais, ça ça marche bien aussi. Mais malheureusement, en clinique tu ne peux pas quoi, en hôpital tu ne peux pas. À part les chariots qu'on a fait là. Ouais, c'est plus simple.

**ESI : Vous arrivez à faire des temps où ils se regroupent pour faire ça ou c'est chacun ... ?**

IDE : Non, c'est dans la chambre ou dans la salle de soins mais c'est pas très hygiénique non plus. Et on aurait aimé ouvrir une sorte de chambre, qu'on fasse une salle un peu de tout, mais sinon c'est dans leur chambre ou dans la salle de soins. Et tu as le linge aussi qui marche bien, plier du linge. Ça, ça les calme bien. Voilà, ce que je peux te dire. C'est pas mal déjà.

**ESI : C'est très bien. Merci.**

## Annexe n° 3 : Entretien IDE n°2

**ESI : Je fais mon mémoire sur les personnes ayant des troubles cognitifs et comment on les fait adhérer aux soins par les relations avec les infirmiers.**

IDE : D'accord.

**ESI : Est-ce que tu veux bien te présenter ?**

IDE : Alors du coup, je m'appelle \*\*\*\*\*. Je suis infirmière diplômée depuis 2005. Et du coup, j'ai travaillé dix ans en pneumologie ici et depuis 2019, là je suis en médecine polyvalente et gériatrique. On alterne entre les deux les deux services.

**ESI : Est-ce que tu peux décrire un peu les patients accueillis ici, ce que vous faites ?**

IDE : Alors du coup, on a ... En médecine gériatrique ou les deux ?

**ESI : Les deux.**

IDE : Donc alors, du côté médecine polyvalente, on a beaucoup de gens ... mais partout, des gens âgés de toute façon et polypathologiques pour le coup, parce qu'on a un service de médecine polyvalente, et donc, plusieurs pathologies que ce soit cardio, pneumo, rénal, le cancer aussi. Et souvent, quand même, ces gens-là ont en effet des troubles cognitifs associés. Encore plus en gériatrie, quand ils sont étiquetés connus troubles cognitifs déambulants ou quoi que ce soit, on essaye de les mettre en gériatrie qui est une unité fermée du coup. Mais, voilà. Donc on a aussi des gens qui rentrent pour des problématiques médicales aiguës de décompensation cardiaque, ce genre de choses. Et on a aussi des gens qui rentrent parce qu'ils sont en maintien à domicile impossible parce que trop déambulants et ils peuvent pas rester à leur domicile. Ou alors ils y vivent avec leur époux ou leur femme qui s'épuisent à force. Donc on a aussi des gens qui rentrent pour ces problématiques là. Et des chutes aussi.

**ESI : D'accord, ouais. Est-ce que vous avez des formations spécifiques pour la prise en soin de ces personnes ?**

IDE : Alors oui, on a des formations. Moi, j'ai pas ... Moi, j'en ai assisté à une seule. C'était par rapport à la gestion de l'agressivité justement des gens. Mais après, c'est compliqué dans le sens où c'est de l'agressivité liée à leurs troubles du comportement pour le coup, donc, c'est compliqué à gérer.



Sinon, il y a des formations vraiment purement sur la prise en charge du patient gériatrique et du coup, je n'ai pas encore eu cette formation.

**ESI : Est-ce que ça t'as apporté quelque chose pour la prise en soin de ces personnes ?**

IDE : Oui, parce que c'est toujours bon. Il y a des petites choses, même s'il n'y a pas de recette miracle. Il y a des petites choses qui sont bonnes à entendre, des fois, des rappels. Parce que dans l'automatisme de nos soins, des fois, on fait des choses, en effet, qui peuvent paraître comme ... Fin, tu vois qui peuvent mettre les gens sur la défensive un peu. Donc oui, oui c'est bien d'avoir des rappels.

**ESI : OK, est-ce que tu peux me dire ce qui caractérise pour toi les personnes atteintes de troubles cognitifs ? Comment tu définis les troubles cognitifs en général ?**

IDE : Bah, pour moi, c'est une **personne qui aura du mal à s'orienter dans l'espace**, dans le temps aussi. Et voilà, à reconnaître son environnement et à situer dans son environnement. **Avec des troubles de mémoire** et tout ça. C'est difficile à décrire.

**ESI : Est-ce qu'il y a des symptômes particuliers qui se manifestent d'une certaine manière ?**

IDE : Surtout **de la déambulation, des questions répétées** "Où je suis ?", "Quand est-ce que je rentre ?" et tout ça alors que ...

**ESI : OK. Et qu'est-ce qui caractérise pour toi le prendre soin ?**

IDE : C'est une question vague. Qu'est ce qui caractérise dans le sens ...

**ESI : Est-ce que tu vois, par exemple, une différence entre prendre soin et soigner ?**

IDE : Ah oui, on va dire que oui. Soigner en tant que tel, si le mot, on pourra dire que c'est appliquer des prescriptions, ce genre de chose. Mais en fait, prendre soin, **c'est prendre tout patient et son environnement et son état cognitif en compte**. Et s'adapter, **s'adapter à lui** au final, oui. C'est la différence.

**ESI : Est-ce que tu peux me parler d'une prise en charge d'une de ces personnes ? Par exemple, c'est quoi les spécificités, les difficultés que l'on peut rencontrer dans la prise en charge de ces personnes ?**

IDE : Bah, déjà, tu as plusieurs cas de figure. Tu as des gens qui sont en refus de soins. Pour le coup, ces patients là, va falloir faire ... La spécificité, c'est qu'il va falloir négocier, essayer de venir au moment opportun. Et oui, et négocier, expliquer le soin et tout ça avant de le faire. Et des fois aussi, si c'est un soin qui peut être douloureux de mettre en place des prémédications ou ce genre de choses quand même pour pas qu'il ait mal et tout ça, pour essayer d'atténuer leurs appréhensions aux soins. Mais oui, c'est ça, c'est s'adapter et prendre son temps, quoi. Ouais, et alors, tu as des gens qui sont en refus de soin et tu as aussi des gens qui pour le coup assez compliqué, qui ne sont pas vraiment dans le refus, mais qui vont ... Tu viens de leur faire un pansement ou mettre une perfusion et vont tout arracher parce qu'ils ont oublié. Donc là, c'est plus compliqué. Donc, des fois, on essaye de voir avec le médecin aussi qu'on peut alléger en soins ou ce genre de choses ou quand ça devient trop compliqué.

**ESI : Qu'est-ce qui caractérise pour toi la relation soignant-soigné ? Comment tu définis ça ?**

IDE : Bah, déjà, il faut qu'il y ait de la confiance. On va dire qu'il faut que les patients aient confiance en nous pour qu'il y ait une bonne relation. Et pour le coup avec des patients avec des troubles cognitifs, c'est compliqué dans le sens où ils ne comprennent pas ce qu'on est, ce qu'on fait pour eux. Donc ça, c'est un peu compliqué. Mais sinon, oui, la relation soignant-soigné ... C'est difficile de décrire, de mettre des mots dessus, quoi. Voilà, c'est de la bienveillance, de la confiance et tout ça.

**ESI : Et il y a des choses qui peuvent la favoriser, l'impacter positivement et à l'inverse, négativement ?**

IDE : Du coup, de l'impacter positivement, c'est en effet de prendre son temps et ne pas imposer les choses aux gens. Parce que des fois, on voit bien que quand on est trop pressés et trop speed, ça arrive et qu'on arrive "Bonjour" le matin. Bim, t'arrives et t'allumes la lumière direct sans prévenir ou quoi que ce soit. Ça peut être vécu comme agressif pour les gens. Donc c'est ça, faut ... Prendre son temps, quoi. J'ai oublié le début de ta question.

**ESI : Qu'est-ce qui peut l'impacter positivement ou négativement ?**

IDE : Oui, c'est ça. L'impacter positivement, c'est quand on a le temps de faire les choses. Et négativement, c'est en effet qu'on a pu la ... Quand on n'a pas le temps. Ou des fois, ça arrive, qu'on a beaucoup de personnes démentes déambulant ou tu n'as plus ... Ça arrive, qu'on n'a plus la patience non plus. Donc toi, si tu n'es pas dans un bon état d'esprit, ça peut aussi avoir des effets négatifs dans cette relation là, du coup.

**ESI : Quels impacts les troubles cognitifs peuvent avoir sur la relation de soins ?**

IDE : Bah. Il y en a beaucoup dans le sens où ils ne comprennent pas. Déjà, à partir du moment où ils ne comprennent pas ce qu'on leur fait et dans quel but, il doit y avoir du mal à adhérer aux soins, quoi. Donc, ça a beaucoup d'impacts. Et il y a plein de soins hors pansements et tout ça, fin hors soins techniques, genre ... Je ne sais pas moi. Des restrictions hydriques, surveiller des diurèses, ce genre de choses. En effet, quand le patient n'est pas en capacité de respecter tout ça, c'est compliqué pour les soins derrière, pour la prise en charge médicale.

**ESI : Ouais. Est-ce que vous arrivez à vous adapter du coup ?**

IDE : Oui. Alors, on a pas mal de moyens en travaillant en équipe et tout ça, de pallier à ça. Il y a aussi les ergothérapeutes qui interviennent en mettant des ... Quand c'est, des fois, pour ... Tu vois, elles mettent des fois des pictogrammes, des images et tout ça pour essayer de faire plus comprendre aux gens ce qu'ils ont à faire ou pas. Et sinon, oui, on essaie de ... En gériatrie, on a un peu plus de temps pour travailler en équipe. Mais du coup, c'est vrai quand on peut être deux à faire le soin et tout ça. Comme ça, des fois, si vraiment c'est quelqu'un qui est opposant aux soins, tu as quelqu'un qui va le rassurer, lui parler, tout ça pendant que nous on fait le soin à côté.

**ESI : Ouais, ok. On fait plus dans la réassurance. Dans l'explication.**

IDE : Ouais, c'est ça. Beaucoup dans le relationnel, voilà ouais. Sinon, c'est vrai qu'on a pas trop ... On est obligé de temps en temps pour certains patients qui sont vraiment très agressifs ou alors qu'ils vont se mettre en danger, tout ça, d'avoir recours aux médicaments. Mais c'est quand même pas le plus systématique, on évite. Et puis c'est pareil, on ne contensionne pas les gens en rien du tout. Enfin, ça ne se fait pas.

**ESI : Et comment tu définis l'adhésion aux soins ?**

IDE : L'adhésion aux soins, c'est quand ... Ça veut dire ... Oui, c'est quand ton patient participe et du coup accepte ce que tu vas lui faire.

**ESI : Comment vous faites pour avoir l'adhésion aux soins d'un patient sans troubles cognitifs ?**

IDE : Ah, bah, rien qu'en lui expliquant le but du soin, ça suffit. Pour un patient qui n'a pas de troubles cognitifs, ça suffit. À partir du moment où il est hospitalisé et qu'il a accepté d'être hospitalisé, c'est que déjà on peut considérer qu'il est adhérent aux soins.

**ESI : D'accord. Et à l'inverse, du coup, pour des patients qui ont des troubles cognitifs, comment vous faites pour qu'ils adhèrent aux soins ?**

IDE : Bah voilà, c'est ce qu'on disait alors dans l'explication du ... Voilà, de prendre le temps et tout ça. Et puis, des fois aussi, on limite. Enfin, on limite ça veut dire qu'on réfléchit en équipe aussi à quels soins faire ou pas faire, à quels examens faire ou ne pas faire pour limiter et pas que ça fasse trop autre chose à imposer au patient. Des fois, on demande l'aide aussi de la famille, ça peut arriver. Pour prendre des médicaments, ce genre de choses, si la famille est là et que c'est plus facile avec eux, on peut demander à la famille.

**ESI : Ça arrive souvent ça ?**

IDE : Régulièrement, souvent non. Mais ça arrive régulièrement quand même, que la famille soit aidante, qu'on demande de l'aide à la famille s'ils sont là. Parce que t'as des familles qui sont très présentes et là tous les jours. Et tout ça donc.

**ESI : Et les troubles cognitifs, ça a un impact quand même sur l'adhésion aux soins ?**

IDE : Oui, oui. Enfin, concrètement, ça impacte beaucoup. Voilà ce que je te disais tout à l'heure, c'est que tu as des gens déjà qui vont refuser qu'on les touche quand même. Donc pour aller faire une prise de sang ou mettre une perf... Alors, des fois, pour le coup, on essaye de regrouper aussi les soins. Par exemple, c'est arrivé, pour des patients pour qui c'était compliqué s'il fallait poser un cathéter, une perf, on profitait pour appeler les filles du laboratoire et on faisait la prise de sang en même temps. Donc on essaie de regrouper aussi des soins et de faire ce qui est vraiment indispensable. Des fois, pour certains patients, tu feras peut-être des surveillances plus rapprochées de leur prise de sang, tout ça. Là, tu vois, on essaye de faire moins rapproché justement pour ne pas leur imposer trop de choses.

**ESI : Ouais, ok. Est-ce que tu penses qu'une relation adaptée à ces personnes, ça permet une meilleure adhésion aux soins ?**

IDE : Ah, oui, oui, oui. Pour le coup. C'est pour ça aussi que du coup il y a des formations qui sont proposées et tout ça. Et on fait aussi ... Je ne t'en ai pas parlé, mais il y a aussi un nouveau truc mais c'est assez récent. C'est pas réellement pour les soins mais c'est pour ... On a un chariot d'activités et tout ça pour aussi les occuper des fois. Parce que tu as des gens qui déambulent, qui viennent dans nos salles de soins et qui attendent. Et donc, ça sert aussi pour ... La dernière fois, il y avait un patient, du coup, on avait vraiment besoin de donner des gouttes pour le calmer un petit peu. Et on a réussi, tu

vois, en l'occupant un petit peu avec certaines choses, à le faire penser à autre chose pour lui faire prendre ses médicaments pendant ça. Mais ça, ça demande du temps pour le coup donc c'est pas toujours possible non plus.

**ESI : Ça marche et du coup tu parlais de refus de soins. Comment tu définis ça, le refus de soins ? Comment ça se manifeste ?**

IDE : C'est réellement quelqu'un qui va crier ou taper. Il y a des gens aussi, qui dès que tu vas t'approcher de lui, que ce soit pour n'importe quels soins, des soins d'hygiène, des soins techniques infirmiers aussi ou même donner un médicament. Il y a des gens dès que tu vas les approcher, quand tu rentres dans leur espace intérieur, leur sphère intime, ils vont se mettre à crier.

**ESI : Est-ce qu'il y en a qui restent calmes quand même et qui disent juste "non" ?**

IDE : Oui, oui. Et tu en as aussi qui vont dire "non" mais qui vont être facilement accessibles à la réassurance et tout ça. Donc rapidement tu vas réussir à les faire intégrer le soin.

**ESI : Ouais, ok. Et c'est quoi, enfin, ça peut être quoi les causes du refus de manière générale ?**

IDE : La peur, déjà. Enfin, l'appréhension du soin, la douleur. Donc c'est pour ça aussi qu'on essaye de mettre des médicaments en place. On a aussi des gens qui ont un caractère anxieux. L'anxiété va souvent avec la peur du coup. Et t'as aussi des gens qui en ont ras le bol. Ils en sont à des hospitalisations répétées et des longues hospitalisations et qu'en ont ras le bol. Donc après c'est pas une majorité des gens quand même.

**ESI : Et avec des personnes sans troubles cognitifs comment tu fais pour les faire adhérer aux soins ?**

IDE : Bah là, pour le coup, on arrive quand même en général. Alors un patient qui ne voudra pas ... Par exemple, les médecins, si les gens ont de l'anémie ou ce genre de chose, ils vont proposer une fibroscopie ou des examens et tu as des gens qui refusent catégoriquement de le faire. Et là, c'est le médecin, pour le coup, qui va leur expliquer les risques et si le patient refuse et bah on ne va pas le forcer. Après, la plupart du temps quand même, les patients, à partir du moment où ils n'ont pas troubles cognitifs, à partir du moment où tu leur expliques l'intérêt, ils vont adhérer. Donc en expliquant bien, et ça aussi c'est notre rôle à nous et celui du médecin, c'est un travail d'équipe, on arrive à les faire adhérer.

**ESI : Et pour les personnes avec des troubles cognitifs, est-ce que c'est les mêmes causes de refus de soins ?**

IDE : Non, parce que pour le coup, ces patients-là ... Alors tu as peut-être le ras le bol entre guillemets, qui entrent en compte quand même et l'angoisse d'avoir mal quand même, je pense. Mais enfin, les causes peuvent quand même être les mêmes. C'est juste le résultat où ils vont être plus compliqué de les faire adhérer parce qu'il y a leurs troubles cognitifs qui vont faire qu'ils ne vont pas comprendre l'intérêt, le pourquoi du comment.

**ESI : OK. Et oui, comment tu gères les situations de refus de soins ?**

IDE : Oui, c'est au cas par cas. Ouais, c'est en s'adaptant, en prenant le temps. Et puis, des fois, on reporte. Mais on peut pas forcer les gens et tu ne vas pas te mettre dans une situation d'encore plus perturber quelqu'un et tout ça. Donc on reporte quand ça peut être reporter, on reporte.

**ESI : Est-ce que ça arrive que par exemple ils refusent avec toi et qu'ils acceptent avec quelqu'un d'autre ?**

IDE : Je pense que ça arrive dans de rares cas, mais je n'ai pas d'exemple particulier en tête. Mais ça doit arriver, oui. Parce que je suis sûr que, par exemple, si moi je débarque sur le secteur ce jour-là et qu'ils ne m'ont jamais vu, ils vont se dire "C'est une tête que je connais pas". Alors que, en effet, si une collègue était depuis deux semaines sur le secteur, on la reconnaît, ce sera certainement plus facile.

**ESI : OK. Est-ce que ... Quand il y a des soins, des fois, on dit un peu, c'est un peu de l'urgence ... Par exemple, si elle est en globe, il faut mettre une sonde. Est-ce que s'il est dans le refus, comment vous faites ? Est-ce que c'est délicat comme situation ?**

IDE : Et bien alors le truc c'est que nous déjà en gériatrie, on a déjà ... C'est des gériatres, les médecins. Donc, eux, ils savent comment fonctionne une personne qui a des troubles cognitifs donc rarement on va aller forcer quelqu'un à faire quoi que ce soit. Souvent, on va essayer quand même. Après, on est d'accord, il y a l'urgence vital où il n'aura pas le choix, mais une pose de sonde pour quelqu'un qui en globe, tu peux peut-être le reporter de 30 minutes. Et donc oui, si tu as de l'urgence vitale, bah là tu n'as pas le choix s'il faut maintenir, tu maintiens quelqu'un mais ça arrive quand même que très rarement. Et je te dis que pour des soins qui sont quand même urgents mais qui peuvent être décalés de 30 minutes, on va essayer mais si vraiment on sait que ça va pas être possible, on va lui donner un médicament pour le calmer un petit peu pour qu'on puisse faire le soin, en effet.

**ESI : Est-ce que des situations qui t'ont posé des interrogations éthiques, par rapport à tes valeurs ou des choses comme ça ?**

IDE : On va dire que les choses ont beaucoup évolué. Là, maintenant, à l'heure actuelle, depuis quelques années, ... Tu vois comme je te l'ai dit, on n'attache plus les gens, ce genre de choses et tout ça. Mais c'est vrai que les peu de fois avant, alors je l'ai rarement beaucoup fait ça, mais c'est arrivé des fois, quand même d'être obligé de maintenir des gens. Alors quand il faut attacher quelqu'un par les poignets, là tu vois, tu sais, c'est compliqué de faire ça. Donc là c'était un peu dérangement, même si tu le fais pour le bien de la personne au final, mais c'est dérangement de le faire. Des fois, on se pose des questions sur nous, en tant qu'infirmière et équipe paramédicale, sur l'intérêt de certains examens ou certaines prises de sang et tout ça mais on reste quand même complètement en confiance avec les médecins qui s'occupent des patients. Donc à partir du moment où ils demandent quelque chose, c'est qu'il l'estime utile. Et en général, ils demandent aussi aux familles. Et quand on a réellement des interrogations sur l'utilité du soin ou de l'examen, on en parle aussi aux médecins et ils nous donnent une réponse.

**ESI : Et tu parles un peu d'évolution. Est-ce qu'il y a eu des évolutions dans la prise en soins de ces personnes ?**

IDE : Oui. Déjà, c'est beaucoup plus reconnu et il y a des formations et tout ça qui sont faites. Et en effet, même au niveau matériel, tu vois bien que c'est beaucoup plus considéré qu'il y a des gens hospitalisés qui sont de plus en plus âgés, et aussi avec des troubles cognitifs. Et du coup, on a beaucoup de matériel adapté, des lits alzheimer pour les gens qui chutent, plein de choses même pour qu'ils mangent et tout ça. On a beaucoup plus d'intervenants. Donc oui, les choses ont énormément évolué.

**ESI : Et du coup, c'est positif comme évolution ?**

IDE : Bah, oui, oui, oui.

**ESI : Est-ce que tu trouves que ta façon à toi de prendre en soins ces personnes-là, est-ce qu'elle a évolué aussi ? Est-ce qu'elle a changé ?**

IDE : Oui. Il y a le fait aussi de travailler en service de gériatrie où on sait et c'est un choix. Du coup, forcément, par exemple, si je reviens cinq ans en arrière où je vais dans le service de pneumologie, des patients avec ce genre de troubles du comportement, on est peut-être un peu moins sensibilisés. Ça n'empêche qu'on prenait quand même en compte leur ... Mais on avait moins de connaissances, donc

peut-être moins de petites astuces pour ... Donc oui, ça évolue avec le temps et avec l'expérience et les formations qu'on a pu avoir ... Et oui, l'expérience du service et les expériences des autres aussi et des médecins, et tout ce qui est bon à prendre.

**ESI : Du coup, je vais te poser ma question départ de mon mémoire. Selon vous, en quoi la compétence relationnelle d'un infirmier intervient-elle sur l'adhésion aux soins des personnes âgées présentant des troubles cognitifs ?**

IDE : Elle est primordial pour le coup puisque c'est la première chose ... Enfin, ça va être ça le plus important, d'avoir un bon relationnel avec le patient pour le faire adhérer aux soins. En effet.

**ESI : OK. Est-ce que tu as des choses à rajouter ?**

IDE : Non, non, rien.

**ESI : Alors, merci beaucoup pour cet entretien.**



## Annexe n° 4 : Tableau d'analyse des entretiens

Thème	Sous-thème	Propos IDE n°1	Propos IDE n°2
Les troubles cognitifs	Définition / Généralités	<p>“enfin c'est progressif. Ça peut arriver très jeune comme très vieux. Tu vas avoir des oublis parfois, des petits oublis au départ et puis ça va se majorer. Je pense que eux le sentent aussi quand il commence à perdre un peu la tête ou à perdre leur mémoire.”</p> <p>“la perte des souvenirs et des repères.”</p> <p>“c'est tous les souvenirs les plus récents qu'ils perdent, les plus vieux qu'ils gardent”</p>	<p>“c'est une personne qui aura du mal à s'orienter dans l'espace, dans le temps aussi.”</p>
	Signes / Manifestations	<p>“[...] la plupart du temps ils cherchent à partir. Et c'est la plupart des gens que nous on a en médecine gériatrique, donc c'est pour ça qu'il y a les portes battantes. Et en fait, ils sont complètement paumés et donc complètement perdus. La seule chose qu'ils veulent, c'est sortir.”</p> <p>“leurs premiers repères sont perdus”</p> <p>“des fois il y a aussi un peu d'agressivité”.</p> <p>“la perte des souvenirs et des repères. Ça peut être du domicile, de savoir manger. Ça peut être des trucs tout bête, du langage ... Des fois, on remarque des patients qui ne savent plus nous parler, qui ne savent plus faire des phrases parce qu'ils savent plus tout simplement.”</p> <p>“En fait, ils se repèrent qu'avec ce qu'ils ont connu, ce qu'ils se souviennent.”</p>	<p>“c'est une personne qui aura du mal à s'orienter dans l'espace. Dans le temps aussi.”</p> <p>“Avec des troubles de mémoire”</p> <p>“Surtout de la déambulation, des questions répétées”</p> <p>“Tu as des gens qui sont en refus de soins.”</p> <p>“ils ne comprennent pas ce qu'on est, ce qu'on fait pour eux”</p> <p>“à partir du moment où ils ne comprennent pas ce qu'on leur fait et dans quel but. Il doit y avoir du mal à adhérer aux soins”</p>
Le prendre soin	Définition / Généralités	<p>“c'est avoir un cadre rassurant pour le patient. Ouais, c'est essayer de le rassurer, de le soigner au mieux, de pouvoir répondre à ces questions”</p> <p>“Donc faut faire bien attention à tout ça. Et puis oui, rester à l'écoute, prendre en compte leurs sentiments et tout ce qui va avec.”</p>	<p>“prendre soin, c'est prendre tout patient et son environnement et son état cognitif en compte quoi. Et s'adapter, s'adapter à lui au final”</p>

		<p>“prendre soin je dirais plus que c’est dans le relationnel ”</p> <p>“Prendre soin, c'est vraiment écouter et être attentif, c'est tout le relationnel”</p> <p>“prendre soin c’est plus dans le relationnel et soigner dans la technique”</p>	
	<p>Particularités des personnes atteintes de TC</p>	<p>“C'est plus compliqué parce qu'il faut prendre plus de temps. Il faut être ultra patient”</p> <p>“Alors on va essayer de leur proposer des activités, si ça ne marche pas bien, on essaie de trouver quelque chose pour les occuper”</p> <p>“Donc, c'est prendre le temps, s'asseoir, parler, discuter, se remémorer le passé.”</p> <p>“Donc pour moi, ça demande encore plus de temps, plus d'explications parce qu'il va falloir répéter qui on est parce qu'ils ne vont pas forcément se souvenir, ce qu'on vient leur faire, pourquoi on leur fait. Voilà, c'est tout réexpliquer en fait constamment et prendre le temps de bien parler avec eux, les rassurer parce que des fois ils vont potentiellement péter un petit câble.”</p> <p>“Donc forcément tu t’adaptes et je pense que tu trouves des solutions un peu tout seul ou tu demandes à tes collègues si tu es un peu prise au piège, complètement bloqué.”</p>	<p>“La spécificité c’est qu’il va falloir négocier, essayer de venir au moment opportun. Et oui, et négocier, expliquer le soin et tout ça avant de le faire.”</p> <p>“si c'est un soin qui peut être douloureux de mettre en place des prémédications ou ce genre de choses quand même pour pas qu'il ait mal et tout ça pour essayer d'atténuer leurs appréhensions aux soins.”</p> <p>“c'est s'adapter et prendre son temps”</p> <p>“Donc des fois on essaye de voir avec le médecin aussi qu'on peut alléger en soins ou ce genre de choses ou quand ça devient trop compliqué.”</p>
<p><b>La relation soignant-soigné</b></p>	<p>Définition / Généralités</p>	<p>“c’est un contact de toute façon. C'est à nous de faire le premier pas souvent” “Mais faut que ça vienne aussi d’eux”</p> <p>“avoir une relation de confiance”</p> <p>“Réexpliquer ce qu'on fait, les soins, être à l'écoute, savoir répondre à leurs questions et même si on y arrive pas, savoir demander de l'aide” “ Leur proposer des solutions aussi.”</p>	<p>“Bah, déjà, il faut qu’il y ait confiance. On va dire qu'il faut que les patients aient confiance en nous pour qu'il y ait une bonne relation.” “Voilà, c'est de la bienveillance, de la confiance et tout ça.”</p> <p>“prendre son temps et ne pas imposer les choses aux gens”</p> <p>“Ça arrive, qu'on n'a plus la patience non plus. Donc toi, si tu n'es pas dans</p>

			<p>un bon état d'esprit, ça peut aussi avoir des effets négatifs dans cette relation là, du coup.”</p>
	<p>Particularités des personnes avec TC</p>	<p>“on intègre souvent la famille aussi, qui sont des liens, en fait le repère de ces personnes là.” “Donc c'est plutôt eux qu'on va rassurer plus que les patients en soi.”</p> <p>“il y a des contraintes. Bah forcément, quand on n'arrive pas à se faire entendre, ou quand on n'arrive pas à les rassurer, ou qu'on n'arrive pas à les calmer, ou on ne sait plus quoi faire.”</p> <p>“En fait on n'arrivait pas à lui faire comprendre en essayant qu'elle soit calme et sans lui faire du mal.”</p> <p>“Quand les patients ne sont pas bien là, on leur propose des activités, ils viennent avec nous en salle de soin. On fait du coloriage, on leur rappelle des choses du passé ou on leur demande ce qui ne va pas. Voilà, on prend plus de temps et c'est cool dans ces moments là.”</p>	<p>“Il y en a beaucoup dans le sens où ils ne comprennent pas.” “quand au patient il est pas en capacité de respecter tout ça, c'est compliqué pour les soins derrière. Pour la prise en charge médicale.”</p> <p>“Alors on a plus pas mal de moyens en travaillant en équipe et tout ça, de pallier ça.”</p> <p>“elles mettent des fois des pictogrammes, des images et tout ça pour essayer de faire plus comprendre aux gens ce qu'ils ont à faire ou pas.”</p> <p>“si vraiment c'est quelqu'un qui est opposant aux soins, tu as quelqu'un qui va le rassurer, lui parler, tout ça pendant que nous on fait le soin à côté.”</p> <p>“On est obligé de temps en temps pour certains patients qui sont vraiment très agressifs ou alors qu'ils vont se mettre en danger, tout ça, d'avoir recours aux médicaments. Mais c'est quand même pas le plus systématique, on évite. Et puis c'est pareil, on ne contensionne pas les gens en rien du tout.”</p>
<p><b>L'adhésion aux soins</b></p>	<p>Définition / Généralités</p>	<p>“c'est quand les patients sont OK, en fait, à faire un soin. Ou, par exemple, proposer des activités qu'ils acceptent pour moi, c'est l'adhésion aux soins.”</p> <p>“Même nous, en tant qu'infirmier, si on fait un soin qui ne convient pas et qui ne plaît pas et qu'on doit le faire parce que le médecin l'a demandé, c'est un peu compliqué aussi.”</p> <p>“Bah, déjà, on leur propose le soin.”</p> <p>“S'il y a un refus, oui, dans ces cas-là on réexplique [...] Ou tu vois, je sais pas, on réexplique pourquoi on fait ce soin là et auquel cas ils disent oui et puis s'ils disent non, bah tant pis on</p>	<p>“c'est quand ton patient participe et du coup accepte ce que tu vas lui faire, quoi”</p> <p>“rien qu'en lui expliquant le but du soin, ça suffit. Pour un patient qui n'a pas de troubles cognitifs, ça suffit. À partir du moment où il est hospitalisé et qu'il a accepté d'être hospitalisé, c'est que déjà on peut considérer qu'il est adhérent aux soins, du coup.”</p>

		retente plus tard ou on ne retente pas en fait tout simplement.”	
	Particularités des personnes avec TC	<p>“Mais alors c'est vrai que dans les cas où tu n'as pas trop de réponses, tu fais un peu ça à leur insu quoi. Tu les distraits ou tu leur fais faire autre chose.”</p> <p>“Mais si tu vois que ça ne leur plaît pas parce que tu as forcément des expressions du visage ou des trucs ... Tu arrêtes”</p> <p>“Mais en fait, on peut rien, on avait beau lui expliquer par tous les moyens. En fait, tu n'as pas le choix. Et sauf que dans ces moments là, un des seuls moyens c'est les traitements médicamenteux.”</p> <p>“Donc l'adhésion aux soins se fait sans qu'il le sache en fait, donc forcément c'est plus compliqué avec des troubles cognitifs.”</p> <p>“Bien, le principal c'est qu'il n'est pas de l'agressivité”</p> <p>“ S'il ne veut pas, il faut savoir si c'est une nécessité, à l'instant même ou pas.”</p> <p>“on retentera le jour prochain ou on retentera pas”</p> <p>“Soit tu reportes au lendemain, soit en fait tu vois avec les médecins ce qui est le plus important à l'instant T, ou bien tu ne fais pas.”</p> <p>“Donc avec moi, ça ne passait pas mais avec une collègue, c'est passé.”</p> <p>“Donc oui, si ça ne marche pas avec moi, ça marcherait avec quelqu'un d'autre. Et si ça ne marche pas avec trois ou quatre personnes, bah on s'arrête là quoi.”</p> <p>“Faut trouver les mots pour qu'on puisse adhérer à un certain soin”</p>	<p>“c'est ce qu'on disait alors dans l'explication du ... Voilà, de prendre le temps”</p> <p>“on limite ça veut dire qu'on réfléchit en équipe aussi à quels soins à faire ou pas faire, à quels examens faire ou ne pas faire pour limiter et pas que ça fasse trop autre chose à imposer au patient”</p> <p>“Des fois, on demande l'aide aussi de la famille, ça peut arriver. Pour prendre des médicaments, ce genre de choses, si la famille est là et que c'est plus facile avec eux, on peut demander à la famille.”</p> <p>“Donc on essaie de regrouper aussi des soins. Et de faire ce qui est vraiment indispensable, quoi.”</p> <p>“On a un chariot d'activités et tout ça pour aussi les occuper des fois” “ Et on a réussi, tu vois, en l'occupant un petit peu avec certaines choses, à le faire penser à autre chose pour lui faire prendre ses médicaments pendant ça, quoi.”</p>
<b>Le refus de soin</b>	Définition / Généralités	“le refus de soins déjà c'est un non”	“C'est réellement quelqu'un qui va crier ou taper.”

		<p>“Et bien, je ne fais pas le soin ou je revois avec le médecin. Souvent j'appelle le médecin, s'il a refusé. Qu'est ce qu'on fait ? Est-ce qu'on retente plus tard ? Est-ce qu'il veut aller le voir ?”</p> <p>“Ça s'arrête à “Ah non, je veux pas” et terminer.”</p>	<p>“Il y a des gens dès que tu vas les approcher, quand tu rentres dans leur espace intérieur, leur sphère intime, ils vont se mettre à crier.”</p> <p>“Et tu en as aussi qui vont dire “non” mais qui vont être facilement accessibles à la réassurance et tout ça.”</p> <p>“La peur, déjà. Enfin, l'appréhension du soin. La douleur. Donc c'est pour ça aussi qu'on essaye de mettre des médicaments en place. On a aussi des gens qui ont un caractère anxieux. L'anxiété va souvent avec la peur du coup. Et t'as aussi des gens qui en ont ras le bol.”</p> <p>“c'est le médecin, pour le coup, qui va leur expliquer les risques et si le patient refuse et bah on ne va pas le forcer. Après, la plupart du temps quand même, les patients, à partir du moment où ils n'ont pas troubles cognitifs, à partir du moment où tu leur explique l'intérêt, ils vont adhérer à ça. Donc en expliquant bien, et ça aussi c'est notre rôle à nous et celui du médecin, c'est un travail d'équipe du coup, on arrive à les faire adhérer.”</p>
	<p>Particularités des personnes avec TC</p>	<p>“Et pour des personnes avec des troubles cognitifs, ça va être de l'agitation, ça va être de l'agressivité, ça va être de la colère, ça va être des mots qui peuvent être durs.”</p> <p>“Donc en fait, ça va dépendre du soin, ça va dépendre de leur appréhension aux soins et de ce qu'ils en adhèrent ou pas.”</p> <p>“Et avec une des personnes avec des troubles cognitifs, je pense qu'on est un peu plus insistant aussi. Peut être qu'on prend plus de temps, qu'on explique plus, mais c'est toujours la même étape. Si ça ne marche pas, on demande au médecin et s'il dit qu'il faut absolument le faire, dans ce cas-là on demande à un collègue. Et puis on voit, après ça va dépendre de</p>	<p>“Mais enfin, les causes peuvent quand même être les mêmes. C'est juste le résultat où ils vont être plus compliqué de les faire adhérer parce qu'il y a leur troubles cognitifs, qui vont faire qu'ils ne vont pas comprendre l'intérêt, le pourquoi du comment, quoi.”</p> <p>“c'est en s'adaptant, en prenant le temps. Et puis, des fois, on reporte. Mais on peut pas forcer les gens et tu ne vas pas te mettre dans une situation d'encore plus perturber quelqu'un et tout ça. Donc on reporte quand ça peut être reporter, on reporte.”</p> <p>“si moi je débarque sur le secteur ce jour-là et qu'ils ne m'ont jamais vu, ils vont se dire “C'est une tête que je connais pas”. Alors que, en effet, si une collègue était depuis deux</p>

		<p>comment est la personne en face de toi, si elle est agitée et que tu vas t'en prendre une ou que ... bah tu ne forces pas un tant pis.</p> <p>“Et puis tu réexpliques au médecin que c'est pas possible et vraiment pas apte à ce que le soin soit fait. On ne va pas forcer quelqu'un qui n'a pas envie qu'on lui fasse une toilette, qui est autonome, qui marche et qui peut tout faire.”</p>	<p>semaines sur le secteur, on la reconnaît, ce sera certainement plus facile.”</p> <p>“C'est des gériatres, les médecins. Donc, eux, ils savent comment fonctionne une personne qui a des troubles cognitifs donc rarement on va aller forcer quelqu'un à faire quoi que ce soit. Souvent, on va essayer quand même.”</p> <p>“si tu as de l'urgence vitale , bah là tu n'as pas le choix s'il faut maintenir, tu maintiens quelqu'un mais ça arrive quand même que très rarement. Et je te dis que pour des soins qui sont quand même urgents mais qui peuvent être décalés de 30 minutes, on va essayer mais si vraiment on sait que ça va pas être possible, on va lui donner un médicament pour le calmer un petit peu pour qu'on puisse faire le soin, en effet.”</p>
<p><b>Les évolutions dans la prise en soin</b></p>	<p>Formations</p>	<p>“Le boulot m'a proposé un stage de quatre jours sur les personnes âgées, dont une partie sur les troubles cognitifs.”</p> <p>“Et ils te remettent bien l'image en fait de tout ça là dedans, et puis comment gérer parce que des fois il y a aussi un peu d'agressivité donc comment gérer en fait les troubles cognitifs en étant infirmier quoi.”</p> <p>“Mais ça repart vite, tu essaye de faire plus attention mais des fois sur le coup, tu n'y penses pas, tu es dans ta bulle et tu fais ton truc. C'est qu'après que tu te dis “Merde, j'aurais peut-être du essayer ça” ou “J'aurais dû faire ça”.”</p>	<p>“Déjà, c'est beaucoup plus reconnu et il y a des formations et tout ça qui sont faites.”</p> <p>“C'était par rapport à la gestion de l'agressivité justement des gens.”</p> <p>“Sinon, il y a juste qu'il y a des formations vraiment purement prise en charge du patient gériatrique et du coup, je n'ai pas encore eu cette formation.”</p> <p>“Il y a des petites choses, même s'il n'y a pas de recette miracle. Il y a des petites choses qui sont bonnes à entendre, des fois, des rappels. Parce que dans l'automatisme de nos soins, des fois, on fait des choses, en effet, qui peuvent paraître comme ... Fin, tu vois qui peuvent mettre les gens sur la défensive un peu. Donc oui, oui c'est bien d'avoir des rappels.”</p>
	<p>Matériels</p>	<p>“Et c'est la plupart des gens que nous on a en médecine gériatrique, donc c'est pour ça qu'il y a les portes battantes.”</p>	<p>“on a beaucoup de matériel adapté, des lits alzheimer pour les gens qui chutent, plein de choses même pour qu'ils mangent et tout ça. On a beaucoup plus d'intervenants.”</p>

		<p>“Ils proposent plein de trucs différents, des salles d’activités sensorielles. Parce que souvent tu as beaucoup le toucher aussi pour les personnes âgées avec des troubles cognitifs.” “ Il y a les salles Snoezelen.”</p> <p>“Dans le service, on a un chariot avec pleins d’activités, des boutons, des machins et on a des tissus aussi pour ceux qui ont des troubles cognitifs pour la toilette par exemple. Il appelle ça le sac d’Augustine, il y a plein de fils différents et tu leur mets ça dans les mains et ça se passe beaucoup mieux.”</p> <p>“des EHPAD qui ont fait venir des chevaux aussi pour des personnes avec des troubles cognitifs. Les enfants, ça marche très bien aussi, faire venir des écoles. Ils adorent, tu les redécouvrent. Les animaux, les chats, les chiens, les lapins, ça marche bien. Le cheval de plus en plus. Mais il faut quand même que tu sois debout, que tu puisses marcher. Des fois, ils montent même sur les chevaux. Les poupées, c’est un peu con mais ça marche bien. Et tout ce qui est tissu, tout ce qui est manuel, ça marche aussi. Ouais, ça ça marche bien aussi.”</p> <p>“Et tu as le linge aussi qui marche bien, plier du linge.”</p>	<p>“On a un chariot d’activités et tout ça pour aussi les occuper des fois”</p> <p>“Encore plus en gériatrie quand ils sont étiquetés connus troubles cognitifs déambulants ou quoi que ce soit, on essaye de les mettre en gériatrie qui est une unité fermée du coup.”</p>
	<p>Évolutions personnelles</p>	<p>“c’est vrai que ce n’est pas forcément évident quand tu es en plein dedans, en fait, tu ne fais plus forcément gaffe.”</p>	<p>“Il y a le fait aussi de travailler en service de gériatrie où on sait et c’est un choix.”</p> <p>“si je reviens cinq ans en arrière où je vais dans le service de pneumologie, des patients avec ce genre de troubles du comportement, on est peut-être un peu moins sensibilisés.”</p> <p>“Mais on avait moins de connaissances, donc peut-être moins de petites astuces”</p> <p>“ça évolue avec le temps et avec l’expérience et les formations qu’on a pu avoir ... Et oui, l’expérience du</p>

			service et les expériences des autres aussi et des médecins, et tout ce qui est bon à prendre.”
Autres	Réflexions éthiques face aux situations de refus de soins	<p>“Forcément, tu n’as pas envie de forcer les gens. Mais c’est vrai que tu te dis que tu es là pour leur bien et tu sais que ça va être mieux pour eux. Après, forcément, comme quand on a des patients qui sont très agressifs et qu’on doit leur faire une injection dans les fesses parce qu’on arrive pas à les calmer. Forcément tu te poses des questions en fait. Mais quand ils foutent le bordel partout et qu’ils sont prêts à taper même les autres patients, là t’as pas le choix. Tu te dis que tu as des moments où malheureusement tu n’as pas le choix, même si tu ne veux pas faire, tu n’as pas le choix.”</p>	<p>“Mais c’est vrai que les peu de fois avant, alors je l’ai rarement beaucoup fait ça mais c’est arrivé des fois quand même d’être obligé de maintenir des gens. Alors quand il faut attacher quelqu’un par les poignées, là tu vois, tu sais, c’est compliqué de faire ça. Donc là c’était un peu dérangeant, même si tu le fais pour le bien de la personne au final, mais c’est dérangeant de le faire.”</p> <p>“Des fois, on se pose des questions sur nous, en tant qu’infirmière et équipe paramédicale, sur l’intérêt de certains examens ou certaines prises de sang et tout ça mais on reste quand même complètement en confiance avec les médecins qui s’occupent des patients. Donc à partir du moment où ils demandent quelque chose, c’est qu’il l’estime utile. Et en général ils demandent aussi aux familles. Et quand on a réellement des interrogations sur l’utilité du soin ou de l’examen, on en parle aussi aux médecins et ils nous donnent une réponse.”</p>
	Question de départ “Relation dans l’adhésion des personnes avec TC”	<p>“C’est ultra important, comme déjà dans tout soin. Mais avec les personnes qui ont des troubles cognitifs tu n’as que ça en fait pratiquement. Enfin, le relationnel est ultra important. Sans ça, tu ne peux rien faire.” “Oui, je pense que c’est l’atout majeur concrètement.”</p> <p>“Bah, je dirais pour les soins, pour les calmer. Si on ne parle pas, on ne peut pas les calmer. Pour avoir une adhésion aux soins, si on ne leur explique pas ... Forcément ça va dans le relationnel”</p> <p>“C’est vraiment beaucoup d’explications, beaucoup de temps. Si tu n’as pas de relationnel, c’est ça ne le fait, il ne faut pas travailler avec les personnes âgées avec des troubles</p>	<p>“Elle est primordial pour le coup puisque c’est la première chose ... Enfin, ça va être ça le plus important, d’avoir un bon relationnel avec le patient pour le faire adhérer aux soins. En effet.”</p>



cognitifs clairement. Après ça s'apprend aussi petit à petit mais c'est pas toujours évident c'est clair.”

“pour l'adhésion aux soins, pour les rassurer, pour avoir l'écoute et pouvoir répondre, leur expliquer les soins. Pour la famille aussi, pouvoir expliquer à la famille, forcément ça va dans le relationnel.” “Pour calmer les angoisses aussi, l'agressivité, leur proposer des activités qui vont avec eux, forcément c'est du relationnel.”

## Annexe n°5 : Abstract

NOM : BARBÉ

PRÉNOM : Louise

TITRE : L'impact de la relation soignant-soigné sur l'adhésion aux soins des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs

Abstract : This research work aims to determine how the relationship between the nurse and the elderly persons with cognitive impairment can impact their adherence to care. This study was inspired by two observed situations in internship and tries to answer the next question : in what ways do the nurse's relational competencies contribute to the care adherence of the elderly persons having cognitive impairment ? To answer this question, a theoretical exploration was conducted on key concepts such as the cognitive impairment, the patient-care provider relationship and the care adherence. Semi-structured interviews were then led with two nurses working in a unit that regularly cares for patients suffering from cognitive impairment. The goal of these interviews was to understand how these impairments affect care adherence and how the nurse-patient relationship can help improve this adherence. Through the analysis of the interviews and theoretical researches, it was demonstrated that the relationship between the care provider and the patient is a crucial factor in encouraging adherence among these patients. These findings led finally to a new research question : in what ways the nurse's emphasis on care adherence for patients with cognitive impairment can impact the patient-care provider relationship ?

Résumé : Ce travail de recherche vise à déterminer comment la relation entre l'infirmier et les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs peut impacter leur adhésion aux soins. Cette étude a été motivée par deux situations observées en stage et cherche à répondre à la question suivante : en quoi les compétences relationnelles de l'infirmier interviennent-elles dans l'adhésion aux soins des personnes âgées présentant des troubles cognitifs ? Pour répondre à cette question, une exploration théorique a été menée sur des concepts clés tels que les troubles cognitifs, la relation soignant-soigné et l'adhésion aux soins. Ensuite, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux infirmières travaillant dans un service prenant en soin régulièrement des patients atteints de troubles cognitifs. L'objectif de ces entretiens a été de comprendre comment ces troubles affectent l'adhésion aux soins et comment la relation infirmier-patient peut faciliter cette adhésion. À travers l'analyse de ces entretiens et les recherches théoriques, il a été démontré que la relation entre le soignant et le soigné est un élément crucial pour encourager l'adhésion chez ces patients. Ces résultats ont finalement conduit à une nouvelle question de recherche : en quoi l'importance accordée par l'infirmier à l'adhésion aux soins des patients atteints de troubles cognitifs peut-elle affecter la relation soignant-soigné ?

Keywords :

COGNITIVE IMPAIRMENT, PATIENT-CARE PROVIDER RELATIONSHIP, CARING, CARE ADHERENCE, CARE REFUSAL

Mots clés :

TROUBLES COGNITIFS, RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ, PRENDRE SOIN, ADHÉSION AUX SOINS, REFUS DE SOINS

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 : 2020 - 2023