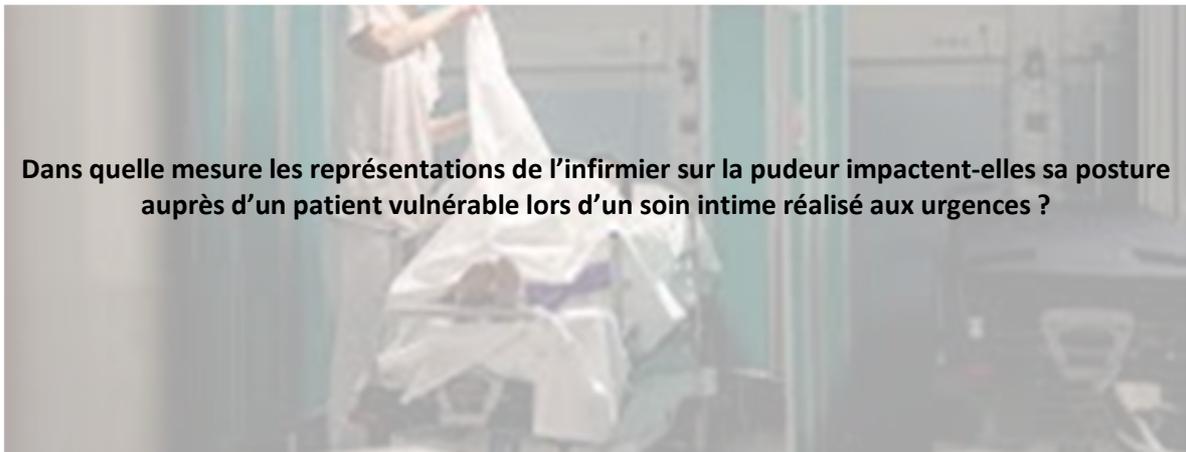




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers



Dans quelle mesure les représentations de l'infirmier sur la pudeur impactent-elles sa posture auprès d'un patient vulnérable lors d'un soin intime réalisé aux urgences ?

Formateur référent mémoire : Pascale MANCHERON

DUMANS Benjamin
Formation infirmière
Promotion 2020 - 2023

2 mai 2023

Attestation de non-plagiat



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

Dans quelle mesure les représentations de l'infirmier sur la pudeur impactent-elles sa posture auprès d'un patient vulnérable lors d'un soin intime réalisé aux urgences ?

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 ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document)....., à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'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 2 mai 2023

Identité et signature de l'étudiant : Benjamin DUMANS

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

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.
Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

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

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

Remerciements

Je souhaite remercier dans un premier temps ma référente mémoire, Pascale MANCHERON, pour sa disponibilité, son soutien, son accompagnement ainsi que ses précieux conseils.

Je remercie l'équipe pédagogique et le pôle de formation en soins infirmiers pour l'élaboration des différents supports d'aide à l'écriture du MRSI, leurs interventions, les cours magistraux ainsi que la possibilité offerte de retours d'expérience réalisés par des intervenants extérieurs.

J'exprime ma gratitude aux 2 infirmiers qui ont accepté de s'entretenir avec moi pour la réalisation du MRSI, les temps d'échanges, leurs disponibilités ainsi que leurs bienveillances.

Je remercie ma famille pour son soutien et sa patience pendant cette période.

Enfin, mes remerciements s'adressent à mes camarades de promotion pour nos échanges enrichissants, nos soutiens mutuels et nos moments de convivialité.

Sommaire

1. Introduction	1
1.1 Contexte général	1
1.2 Intérêt personnel et professionnel pour le sujet	1
1.3 Situations d'appel.....	1
1.3.1 Situation d'appel numéro 1	1
1.3.2 Situation d'appel numéro 2	2
1.3.3 Situation d'appel numéro 3	2
1.4 Etonnements	3
1.5 Questionnement intermédiaire.....	3
1.6 Question de départ	3
1.7 Annonce du plan	3
2. Cadre conceptuel.....	4
2.1 Les « urgences » ... Un monde à part :	4
2.1.1 Des missions	4
2.1.2 Des modalités d'admission	5
2.1.3 Une architecture et une organisation particulières	5
2.1.4 Un lieu sous tensions	6
2.2 Dans cette « cour des miracles », un patient, un être à part entière.....	8
2.2.1 Le patient, dans son quotidien bouleversé... ..	8
2.2.2 Est par sa diversité une source de richesse.....	8
2.2.3 Sous laquelle peut se cacher une vulnérabilité... ..	9
2.2.4 Une vulnérabilité qui oblige... ..	10
2.3 Le Soin intime	11
2.3.1 Au cœur du prendre soin aux urgences	11
2.3.2 Heurtés par le soin intime... ..	12
2.3.3 ... Les concepts de pudeur et de dignité	13
2.3.4 ... A l'épreuve des représentations sociales	14
2.3.5 ...Se rattachent à la posture de l'infirmier	16
3. Dispositif de recueil des données	17
3.1 Outil de recueil	17
3.2 Profil des personnes interviewées	17
3.3 Les modalités de l'entretien.....	18
3.4 Guide d'entretien	18
3.5 Les limites	19

4. Analyse descriptive des entretiens.....	19
4.1 Connaître le parcours professionnel de l’infirmier rencontré	19
4.2 Identifier la population accueillie aux urgences	19
4.3 Identifier la population accueillie aux urgences	20
4.4 Identifier les représentations de la pudeur de l’infirmier	21
4.5 Identifier les causes du non-respect de la pudeur aux urgences	22
4.6 Identifier les soins intimes réalisés aux urgences	23
4.7 Identifier la posture de l’infirmier lors de la réalisation de soins intimes aux urgences	23
4.8 Identifier la différence de posture de l’infirmier lors de la réalisation de soins intimes en fonction du lieu d’exercice	24
4.9 Identifier la préoccupation de l’infirmier lors de la réalisation de soins intimes à des personnes vulnérables aux urgences.....	25
4.10 Identifier l’importance accordée par l’infirmier au respect de la pudeur des patients lors d’un soin intime	26
5. Discussion	27
5.1 Un conflit de valeurs	27
5.2 Une urgence relative	28
5.3 Une vulnérabilité des patients.....	29
5.4 Une posture délicate.....	29
5.5 Une normalisation admise	30
5.6 Une pudeur à deux vitesses	30
5.7 Une identification et des représentations sociales.....	31
5.8 Synthèse de la discussion	32
5.9 Apport de ces résultats pour ma future pratique professionnelle.....	33
5.10 Cheminement vers une question de recherche définitive	33
6. Conclusion.....	33
Bibliographie	35

ANNEXES

ABSTRACT

Citation

« Il ne faut jamais oublier qu'on ne soigne pas des maladies, mais des sujets malades ».

Cynthia Fleury - philosophe (2017)

1. Introduction

1.1. Contexte général

Depuis le mythe fondateur d'Adam et Eve, qui brusquement sortis de l'innocence, sentirent le besoin de cacher leur nudité à travers les feuilles d'un figuier, le voile de la pudeur s'est transformé au fil des siècles jusqu'à s'amincir à l'aube du XXIème. L'émergence des réseaux sociaux, des télé-réalités ou des mouvements sociaux tels que le body positive, tend vers une prise de distance vis à vis du concept de pudeur. L'acceptation de soi, de sa nudité, de son corps semble désormais passer par le regard d'autrui. Cependant, l'amincissement de ce voile ne doit pas pour autant le lever et il est du devoir du soignant de considérer la pudeur comme une notion centrale de son métier.

1.2. Intérêt personnel et professionnel pour le sujet /la thématique

Je chemine depuis plusieurs semestres sur cette thématique. Le fait d'être un homme m'a, très tôt, fait prendre conscience de la responsabilité qui m'incombait à l'égard des patientes concernant le respect de la pudeur. Responsabilité ou du moins vigilance car l'inverse (soignante avec patient) semble beaucoup moins prégnant, en raison notamment de la composition des effectifs majoritairement féminins.

Je me suis également aperçu, au cours de mes expériences de stage passées, qu'au-delà du sexe du patient ; son âge, ses pathologies, sa vulnérabilité de manière générale pouvaient impacter la manière dont les soignants considéraient avec importance le respect de la pudeur.

Je vais dans la partie suivante présenter des situations qui m'ont heurté, étonné et qui se sont révélées à moi, me permettant de conforter ce choix de thématique, en lien avec le respect de la pudeur dans les services de soins et le profil du patient.

1.3. Situations d'appel

1.3.1. Situation numéro 1 : Injection d'Anticoagulant à un patient

La situation qui a éveillé dans un premier temps mon intérêt pour la thématique s'est déroulée lors de mon stage de fin de première année, dans un service de médecine polyvalente. Dans ce service, était hospitalisé un patient âgé, un homme vivant seul chez lui habituellement et ayant pour antécédents une alcoolisation chronique. Ce patient nécessitait une injection d'anticoagulants préventive, en raison de son immobilisation. Étudiant en première année, accompagné de ma tutrice, je prépare mon matériel, entre dans la chambre et m'apprête à fermer la porte. Ma tutrice, alors à l'extérieur de la chambre, en train de valider des transmissions sur son ordinateur me demande pour quelle raison je ferme la porte. Je lui explique que c'est pour préserver la pudeur du patient durant le soin, étant donné que ce dernier souhaite que l'injection soit faite dans la cuisse, qui nécessite alors qu'il soit dévêtu. A cette réponse, l'infirmière me répond alors : « Non, on s'en fiche, j'ai besoin de voir ».

1.3.2. Situation numéro 2 : -Demande pour un ECG à une jeune femme aux urgences

La seconde situation s'est déroulée lors de mon stage de fin de deuxième année, dans un service d'urgence adultes. En effet, lors de ce stage, les soins tels que les prises de sang, les poses de voies veineuses périphériques ainsi que les ECG étaient très fréquents. J'avais une autonomie totale pour réaliser ces soins et, à partir du logiciel du service donnant accès aux dossiers des patients et les prescriptions reliées, j'allais réaliser ces soins. Néanmoins, il est arrivé une situation pour laquelle l'IDE qui m'encadrait a anticipé la situation et m'a indiqué qu'elle allait réaliser l'ECG. En effet, cet ECG devait être réalisé à une jeune femme de 20 ans.

1.3.3. Situation numéro 3 : Sondage vésical réalisé aux urgences

Cette situation d'appel est celle qui a été la plus marquante et signifiante pour moi et qui a été révélatrice dans le choix de ma thématique. La situation présentée s'est déroulée lors de mon stage de fin de deuxième année, dans un service d'urgence pour adultes.

Un patient, âgé de 78 ans, atteint de troubles psychiatriques, dans l'incapacité de se déplacer, avait été accueilli aux urgences et nécessitait la pose d'une sonde urinaire. Ce patient avait été installé dans une salle de soins pouvant accueillir deux patients, un paravent séparait les deux moitiés de la salle, néanmoins trop peu suffisant pour conserver une réelle intimité.

Il faut savoir que la salle était accessible par deux portes, donnant sur le couloir, et qui laissaient entrevoir une bonne partie de la pièce.

Accompagné d'une étudiante de troisième année, j'étais en train de réaliser la toilette préalable au soin, lorsque la seconde porte s'ouvrit et que le médecin entra avec un patient. Voyant bien que Mr P était dénudé, sans réaction particulière et sans un mot nous étant adressé, il ausculta son patient. Puis, il sortit de la chambre en laissant la porte ouverte, laissant alors notre patient visible de tous du couloir. Nous avons alors refermé la porte et poursuivi le soin. Nous commençons à introduire la sonde lorsque le médecin rentra une nouvelle fois avec un autre patient, qui porta un regard curieux sur Mr P. Embarrassé, ce dernier, avec qui la communication orale était plus que difficile, finit par cacher ses parties intimes avec le masque chirurgical qu'il venait de décrocher de son visage. Le médecin laissera la porte ouverte une seconde fois après l'auscultation du patient.

1.4. Étonnements

Au cours de mon parcours de formation en soins infirmiers depuis 2020, certaines situations m'ont interpellé et ont amené divers étonnements : pourquoi lors mon stage aux urgences le médecin semblait être insensible à la pudeur du patient aux urgences ? Cela aurait-il été différent si le patient avait été une jeune femme ? Quant à la notion de pudeur, est-elle individuelle ? Le respect de la pudeur varie-t-il selon que l'on soit vulnérable ou pas ? Comment des soignants imprégnés de valeurs peuvent-ils perdre de vue la pudeur d'un patient ?

On sait que les urgences n'ont plus la capacité d'accueil nécessaire face au flux de patients et que les bâtiments ne sont plus adaptés. Une capacité d'accueil davantage adaptée aux urgences aurait-elle permis d'éviter cette situation ?

1.5. Questionnement intermédiaire

Concernant la situation aux urgences, s'il devait y avoir une interrogation principale éveillée en moi, c'est de savoir si cette situation se serait produite si, à la place de Mr P., il s'était agi d'une jeune femme de 20 ans qui aurait eu besoin de la pose d'une sonde vésicale.

De manière générale, la vulnérabilité des patients, qui peut être caractérisée par leur âge, leur sexe, leurs pathologies, ... impacte-elle la pratique soignante ? Concernant le respect de la pudeur ? La demande de consentement ?

Au final, qu'est ce qui prime ? La perte de temps occasionnée par la mise en place de moyens permettant la conservation de l'intimité du patient ou bien le respect de cette dernière ? Aurions-nous apprécié qu'un de nos parents ou grands-parents subissent ces situations inconfortables ?

Tous ces interrogations m'ont conduit à l'élaboration de la problématique suivante.

1.6. Question de départ

Dans quelle mesure les représentations de l'infirmier sur la pudeur impactent-elles sa posture auprès d'un patient vulnérable lors d'un soin intime réalisé aux urgences ?

1.7. Annonce du plan

Pour répondre à ma problématique, je me suis nourri de différentes lectures, conférences et pensées d'auteurs afin d'élaborer le cadre conceptuel que je vais vous présenter dans un premier temps. Je me suis ensuite entretenu avec deux infirmiers afin d'explorer ma thématique. Pour développer cette partie, je vais tout d'abord vous présenter la méthodologie d'entretien, puis l'analyse de ces derniers. Enfin, je terminerai avec la discussion avant de conclure.

2. Cadre conceptuel

2.1. Les « urgences » ... Un monde à part

2.1.1. *Des missions*

Selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2015), l'urgence se définit de la manière suivante : c'est « être en situation de difficulté avec la nécessité d'une action proportionnellement conséquente au problème à résoudre » (p.433). Cette définition est complétée par celle donnée par Eric Revue, qui est la suivante :

L'urgence relève de l'absence de prise en charge rapide et qui pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables. Elle nécessite une évaluation diagnostique, la mise en œuvre d'un traitement et une orientation du patient vers un parcours de soins adapté à sa situation (2015, p.433).

L'association UPSA, également citée par ce dictionnaire (2015) apporte une dimension complémentaire à cette définition en indiquant que « l'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant ».

Après avoir introduit ce qu'était une urgence, nous allons ici évoquer les missions inhérentes aux services d'urgence. La mission première de ces services est d'accueillir les patients 24h/24, et ce quel que soit la nature de leur problème de santé. Parmi les autres missions énoncées, on retrouve celle d'assurer une prise en soin de qualité pour le patient afin de pouvoir l'orienter vers la structure adaptée le plus rapidement possible. (L'équipe du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève, 2020).

Les services d'urgences ont ainsi cette particularité de pouvoir accueillir les patients à tout moment. Le « tri » des patients est une spécificité de ces services. Il permet de prioriser certaines prises en soin pour lesquelles la gravité sera jugée supérieure à d'autres et où le délai d'action doit être plus ou moins immédiat. Il repose sur une évaluation clinique minutieuse (Carine Vassy, 2004).

Après avoir abordé la question de « tri » des patients et de priorisation, il apparaît nécessaire de distinguer les prises en soin qui relèvent de l'urgence absolue et celles qui relèvent de l'urgence relative. François Braun, cité par le journal Libération (2018) nous éclaire davantage sur cette question. Selon lui, « une personne en urgence absolue requiert des soins immédiats », l'illustrant par exemple par des impacts de balle au niveau de l'abdomen. L'urgence relative est quant à elle qualifiée lorsque « les soins peuvent être différés, comme pour un bras fracturé ». Néanmoins, ces classifications ne sont pas figées. François Braun complète en indiquant que la classification peut évoluer dans le temps, aussi bien de l'urgence relative à l'urgence absolue qu'à l'inverse, et ce, dans un espace-temps très réduit.

Enfin, les services d'urgence sont porteurs également d'autres missions comme le rappelle la *circulaire 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des Urgences*,

Les personnels des services des urgences ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention, l'éducation au bon usage des soins des patients qu'ils accueillent. Ainsi, le patient doit systématiquement recevoir des instructions précises à sa sortie pour prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences.

2.1.2. Des modalités d'admission

Après avoir évoqué les missions inhérentes aux services d'urgence, nous allons ici décrire les différentes modalités d'admission possibles.

Tout d'abord, il existe des admissions programmées, à la suite d'un rendez-vous médical hospitalier ou bien sur avis du médecin traitant. Pour ce type d'admissions, les patients doivent se présenter au bureau des entrées des urgences afin de s'enregistrer et de remplir les formalités administratives. Les patients ont également la possibilité de se présenter aux urgences de leur propre initiative (L'équipe du centre hospitalier de Redon-Carentoir, 2023).

L'arrivée aux urgences peut également se faire via des services de secours. Parmi ces derniers, le SAMU a pour mission de réguler les appels au 15 et, si l'état des patients le nécessite, d'envoyer une équipe SMUR sur les lieux de l'urgence, pouvant aussi bien être la voie publique, que le domicile ou bien le lieu de travail. Les patients sont ensuite transportés vers les structures d'urgences les plus proches et qui disposent du plateau technique nécessaire à leur prise en soin. « En 2019, en France métropolitaine et dans les DROM [...] 100 Samu et 387 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades ». (DREES, Les établissements de santé, 2021, p 139).

Les pompiers participent également à la prise en charge préhospitalière comme le rappelle la *loi Matras du 25 novembre 2021*, reprise par Légifrance, qui permet de clarifier et d'étendre leur régime d'intervention. Ils endossent, de fait, un rôle clé dans la prise en soin des patients et de leur transport vers les structures d'urgence.

2.1.3. Une architecture et une organisation particulières

Après avoir abordé les différentes modalités d'admission aux urgences, nous allons ici nous attacher à décrire l'architecture et l'organisation de ces services, qui se différencient des services de soins habituellement rencontrés. En effet, les services d'urgence répondent à une organisation très sectorisée avec le principe de « marche en avant » pour les patients. La « zone d'accueil » des services d'urgence comporte deux entrées différentes : une entrée permettant l'arrivée des « patients debouts », arrivant par leurs propres moyens, et une entrée réservée aux patients transportés par les services de secours, les « patients allongés ». Les patients sont ensuite accueillis par l'infirmier d'accueil et

d'orientation (IAO) qui va les installer, prodiguer les premiers soins et qui, après avoir réalisé une première observation clinique, va décider du lieu de soin adapté (INSERM, 2018).

La « zone de soin » fait suite à la zone d'accueil et se divise en plusieurs secteurs ou unités, chacun répondant à une urgence différente. Il y a le secteur des urgences couchées, qui accueillent les patients en brancards nécessitant d'importantes surveillances et investigations. Le secteur de l'urgence ambulatoire, quant à lui, regroupe les patients qui sont jugés moins « graves », avec une forte prédominance de traumatologie. Des salles de plâtre et de sutures y sont présentes. L'unité pour patients couchés est quant à elle une zone d'attente pour les patients en attente d'investigations et l'unité d'« urgence d'observation » est une unité qui accueille les patients qui nécessitent une observation durant quelques heures avant une éventuelle hospitalisation ou retour à domicile. (L'équipe du Centre hospitalier universitaire Vaudois, 2020)

Ces secteurs de soin se composent de salles d'examen pour les patients en brancards qui s'articulent autour des postes de soin où se trouve l'équipe soignante. Ces salles d'examen, pièces individuelles et fermées permettent de garder confidentialité et intimité pour les patients. Elles disposent de matériel nécessaire à la prise en soin des patients tels que les moniteurs de surveillance des constantes ainsi que des prises d'oxygène, d'air et de vide (Recommandations de la société francophone de Médecine d'Urgence, 2004).

Un secteur plus particulier et spécifique est la salle de déchocage. Elle est accessible de n'importe quel endroit du service des urgences et de l'extérieur. Les patients nécessitant des soins au déchocage sont des patients qui sont en état de détresse vitale avérée ou potentielle, à la suite par exemple d'« accidents de la voie publique, défenestration, tentative d'autolyse par arme à feu, [...] hémorragies méningées et ruptures d'anévrisme entraînant un coma brutal» (p.151). Cette salle permet le traitement et la surveillance des défaillances des fonctions vitales dans l'attente de transferts intra ou inters hospitaliers (Christelle Rosenstrauch, 2016).

Enfin, les services d'urgence comportent également une « zone technique » et une « zone de service », la zone technique étant composée de la radiologie, de l'échographie, du scanner tandis que la zone de service est composée des bureaux des médecins fixes, du secrétariat, des cadres de santé (Recommandations de la société francophone de Médecine d'Urgence, 2004).

2.1.4. Un lieu sous tensions

Les services d'urgence, comme nous venons de l'aborder, ont une architecture et une organisation particulières. Autre particularité que ces services ont, celle d'être un lieu sous tension. En effet, **le nombre de passages aux urgences est en hausse quasi-constante depuis 1996**. On comptait alors

10,1 millions de passages, contre 21,2 millions en 2019, soit une augmentation moyenne de 3,3 % par an, avec une croissance plus modérée, de 1,5 % par an, entre 2016 et 2019. (DREES, 2021)

Carine Vassy (2004) tente d'expliquer cette hausse d'attractivité. Elle explique que les services d'urgences jouissent d'une image de professionnalisme et de technicité qui est très appréciée. Le public espère y trouver un personnel compétent, qui lui fera passer en cas de besoin des examens complémentaires, et qui éventuellement pourra l'hospitaliser. De plus, ces services sont disponibles jour et nuit, alors que les cabinets des médecins libéraux ont des horaires restreints.

Néanmoins, si cette hausse de la patientèle est exponentielle depuis plus de 25 ans, les moyens humains et matériels n'ont quant à eux pas augmenté dans les mêmes proportions, ce qui rend les conditions d'exercice soignant encore plus difficile avec une pression temporelle davantage importante (Hôpital : sortir des urgences – Rapport - Sénat, 2022).

Le rapport annuel de la Cour des Comptes (2019), cité par ce rapport de commission d'enquête du Sénat, relève :

Un sous-effectif médical générateur de tension dans un nombre croissant d'établissements, une profonde modification des modes d'exercice, avec plus des trois-quarts des médecins travaillant à temps partiel, des difficultés de recrutement de personnels médicaux, une hausse exponentielle du recours à l'intérim, un besoin supplémentaire d'ETP d'urgentistes de l'ordre de 20 %.

S'il est avéré que le manque de moyen humain et matériel est source de tension supplémentaire, il n'en demeure pas que les patients eux-mêmes en sont une des sources. En effet, Carine Vassy (2004), décrit les tensions qui peuvent s'y ajouter.

C'est déjà une forme d'agression des sens que sont la vue, l'odeur et le toucher de corps souffrants, voire sales. Il s'y ajoute l'agressivité de certains patients et éventuellement de leurs proches, qui ont des attitudes et des paroles menaçantes à l'accueil, dans la salle d'attente et dans le reste du service, et qui exercent parfois des violences physiques contre le personnel (p.69).

Elle explique que si des conflits peuvent exister entre deux patients ou groupe de personnes, majoritairement il s'agit d'un conflit entre l'organisation du service et le patient lui-même, à l'origine même de son agressivité. Ainsi, le service qui fonctionne avec un mode de « tri » et de priorisation se heurte au ressenti des patients qui estiment eux-mêmes être des cas plus urgents et refusent de patienter. L'agressivité découle également de toute l'incertitude qui plane au-dessus des patients, aussi bien une incertitude concernant leur durée d'hospitalisation, les examens qu'ils vont devoir réaliser que la gravité de leur maladie.

2.2. Dans cette « cour des miracles », un patient, un être à part entière...

2.2.1. *Le patient, dans son quotidien bouleversé...*

Après avoir pris connaissance du lieu particulier qu'était un service d'urgence, nous allons ici partir à la rencontre d'un de ses protagonistes, le patient. Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2015) définit la personne soignée comme une :

Personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut, ne plus être en mesure de décider pour elle-même (p.281).

Ce patient va alors être confronté à d'autres patients au sein de ce même lieu. Jérôme Thomas (2010), illustre bien cette notion de mélange sociétal en rappelant que les services d'urgence sont :

Un lieu d'accueil ouvert sur la ville, c'est-à-dire ouvert de manière indifférenciée aux souffrances multiformes de la société dans leurs dimensions somatiques, psychiques et sociales qui peuvent parfois être imbriquées chez un même patient » (p.117).

D'abord bouleversé dans son quotidien par l'apparition de la maladie qui l'a conduit aux urgences, le patient se retrouve complètement pris au dépourvu dans cette atmosphère atypique.

Michèle Ouimet (2009), illustre parfaitement ce phénomène par ce qu'elle décrit :

Un vieux dort, le drap retroussé sur ses jambes nues. Plus loin, un vieillard gît, la bouche ouverte, la chemise roulée sur les hanches, les fesses enveloppées d'une couche. Ces patients [...] vivent dans le corridor, au vu et au su de tous, en attendant qu'une chambre se libère. [...] Pendant que la Dre X lui explique que son cœur bat trop lentement, son voisin ronfle, bouche ouverte, jambes écartées, lunettes perchées sur le nez (p.5).

2.2.2. *Est par sa diversité une source de richesse...*

Après avoir évoqué le patient, et le bouleversement qu'était son arrivée dans un service d'urgence, nous allons dans cette partie nous attacher à décrire les profils de patients rencontrés ainsi que la relation soignant-soigné, primordiale dans ce service de soins.

Il n'est pas possible aux urgences de définir un profil de patient particulier. En effet, tout type de patients s'y rencontrent. Comme le rappelle Bertrand Galichon (2014), le soin en France et dans les services d'urgence est prioritaire. La question de financement et de statut social n'existe pas. De fait, toute la population peut y être accueillie, même ceux dans la plus grande précarité, ce qui en fait une source de cohésion sociale. « Je suis dans la même barque que tous ces abîmés, je suis sans passe-droit. Comme la gueule cassée avinée qui est assise en face de moi, j'attends mon tour » (p.30).

La DREES (2003), dans son rapport « Les usagers des urgences », mis à jour en 2020, rappelle la grande diversité de population qui peut être accueillie dans les services d'urgences : des hommes et des femmes, de la personne jeune à la personne âgée, de l'agriculteur au cadre de profession.

Alain de Broca (2016), dans « Soigner au rythme du patient », confirme cette unicité de chaque patient :

La clinique montre en effet qu'aucun malade n'est conforme à un idéal, et que plusieurs malades atteints de la même maladie ne réagiront pas de la même manière à ce qui leur arrive, ne répondront pas non plus de la même manière aux thérapeutiques proposées (p.80).

Cette diversité de patients qui se retrouvent aux urgences va alors interagir avec le personnel médical. De cette interaction résultera la relation soignant-soignée, définie par le dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2015) comme une :

Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience (p.328).

Alain de Broca (2016), rejoint cette définition de la relation soignant-soignée et l'illustre :

Le premier pilier du soin est donc bien le désir de rencontre de l'autre. Car comment collaborer pour tenter d'atteindre un objectif si les deux personnes ne convergent pas vers un même but (p.83).

Ainsi, cette hétérogénéité des profils des patients contribuera à la richesse de la relation soignant-soigné, chaque individu étant unique et rendant cette relation unique elle aussi, avec pour objectif de converger vers un objectif commun.

2.2.3. Sous laquelle peut se cacher une vulnérabilité...

Dans sa conférence « le soin c'est ce qui fonde notre humanisme », Cynthia Fleury (2019) aborde la question de la vulnérabilité. Elle l'illustre à l'aide d'une métaphore, celle d'un beau verre en cristal, magnifique mais fragile, sa fragilité faisant sa vulnérabilité. Si on le tient n'importe comment, il se casse et perd la beauté de sa fragilité. Elle estime que l'on est vulnérable par rapport à un milieu et que si ce milieu varie, on peut être moins vulnérable. Sophie Galabru (2019) complète en indiquant que « la vulnérabilité humaine est conçue comme une exposition individuelle et collective à l'altérité - du monde, d'autrui et du temps » et que « du fond des altérations subies, le sujet attend de se raconter ou d'être raconté » (p.125).

Zielinski (2011) illustre cette vulnérabilité du patient dans les services de soin. Ce dernier, est « exposé à la maladie, à l'altération physique, à la douleur, au bouleversement psychique. Ultimement à la mort. Mais encore, est exposé à l'intrusion du soin » (p.90).

Parmi les publics les plus fragiles, on retrouve la catégorie des personnes âgées, qualifiés de plus vulnérables. La DREES (2017) indique que les personnes âgées de plus de 75 ans ont un temps de passage aux urgences plus long que le reste de la population (15-75 ans). En effet, la durée médiane de leur passage « est de 4 heures et 30 minutes, contre 2h et 20 minutes pour les patients les plus jeunes ». Cela s'explique par le nombre d'examen à réaliser qui est plus important, les délais nécessaires à leur réalisation qui sont plus longs ainsi que la difficulté de trouver des lits pour la suite de leur hospitalisation.

Si cette vulnérabilité peut être subie et reconnue par certains comme une fatalité, Zielinski (2011) explique que la reconnaissance de sa propre vulnérabilité n'est pas un échec. En effet, selon l'auteure, cette dernière peut devenir une *vertue relationnelle* dans la mesure où « reconnaître sa propre vulnérabilité reflète une connaissance de soi à sa juste mesure, connaissance de ses capacités et de ses limites » (p.105).

Prendre conscience de sa vulnérabilité est un élément clé de la prise en soin. Comme le rappelle Cynthia Fleury (2019) : « Le déni de la vulnérabilité ne l'efface pas mais la renforce ».

2.2.4. Une vulnérabilité qui oblige...

Nous venons d'aborder la question de la vulnérabilité des patients dans le paragraphe précédent. Néanmoins, comme le rappelle Cynthia Fleury (2017), si chaque être humain est par définition vulnérable, le soignant n'y échappe pas. Ricoeur le rappelle d'ailleurs en indiquant que « le propre de la vulnérabilité du soignant est d'être exposé à la souffrance de l'autre » (Zielinski, 2011, p.90). Face à cette souffrance de l'Autre, nous allons voir que la notion de sollicitude prend tout son sens. En nous appuyant sur les pensées de Levinas et Ricoeur nous allons ici développer cette notion et la transposer dans le contexte de soin.

Tout d'abord, Ricoeur, cité par Leconte (2009), évoque l'échange entre donner et recevoir. Selon lui, il ne s'agit pas d'une transaction simple. En effet, il ne faut pas donner pour recevoir ou recevoir parce que l'on a donné mais celui qui donne reçoit en donnant et celui qui reçoit donne en recevant ; c'est à ce niveau que l'échange entre donner et recevoir prend son sens. Mais, si donner et recevoir s'échangent, cela ne signifie pas pour autant qu'ils sont égaux : chacun garde son unilatéralité.

Ricoeur s'attache à cette réciprocité dans la relation de soin entre le donner et le recevoir et à une « neutralisation de l'appel dans la réponse » (Leconte, 2009, p.8). Levinas, quant à lui, cité également

par Leconte (2009), considère que l'appel vient du corps du malade et engage une responsabilité, un devoir. L'éthique de Levinas se situe du côté, de l'impératif, de la norme du devoir.

Pour Ricoeur, cette réponse à l'appel, à la souffrance, c'est la sollicitude. Ricoeur la définit comme le souci pour l'Autre, comme une « spontanéité bienveillante » qui n'est pas toujours explicite ni consciente mais « qui se donne à voir dans ses effets, pour autrui » (p.95). La sollicitude est l'action du sujet soignant qui est affecté par la vulnérabilité du patient. Elle prend ainsi racine dans l'affection et guide la relation de soin. (Zielinski, 2011).

Zielinski (2011) se rattache à la pensée de Ricoeur et décrit la relation de soin comme une rencontre entre deux vulnérabilités, qui consisterait à « accepter de rencontrer l'autre à partir de la vulnérabilité, et non simplement à partir de la puissance » (p.105).

Il est possible de mettre en lien la notion de sollicitude évoquée précédemment avec les valeurs de la profession soignante, ici des infirmiers. En effet, la profession infirmière est régie par le code de déontologie des infirmiers (2016). Parmi ces valeurs on retrouve le « respect de la vie humaine, la dignité, l'intimité du patient » (article R4312-3) mais également les principes « de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession (article R4312-4).

A travers cette notion de sollicitude, on remarque que la vulnérabilité des patients et leurs souffrances induisent une réponse des soignants que l'on pourrait qualifier de souci à l'Autre, de spontanéité de l'attention. « L'hôpital c'est un pilier de la cité, c'est un lieu où la vulnérabilité est accueillie, et c'est un lieu où on la soigne la vulnérabilité » (Cynthia Fleury (2019).

2.3. Le Soin intime

2.3.1. *Au cœur du prendre soin aux urgences ...*

Dans cette partie, nous allons aborder la notion de « prendre soin » et la transposer dans ce lieu si particulier qu'est le service d'urgences. Pour introduire cette partie, nous allons nous appuyer sur une citation de Cynthia Fleury (2019) qui évoque « un déficit de ce prendre en soin, dans la société dans laquelle nous sommes », en ajoutant que « fondamentalement le soin c'est ce qui fonde notre humanisme ». Pour mieux appréhender cette partie, il convient tout d'abord de distinguer ces différentes notions que sont le « soin » et le « prendre soin » ainsi que leurs composantes.

Marie-Françoise Collière (1982), citée par Marie André Vigile Ripoché (2012) rappelle les deux types de soins existants. Le premier est le soin coutumier et habituel « lié aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie », le « care ». Le second correspond aux soins de réparation, le « cure », lié « aux besoins de réparer ce qui fait obstacle à la vie » (p.244).

Le terme care dans la discipline infirmière désigne alors l'ensemble des « soins qui permettent le bien-être physique, mental et social » (Véronique Favetta et Brigitte Veuillebois-Martinez, 2011, p.61) et

l'action de « caring » ou « take care » désigne quant à elle « prendre soin de, avoir le soin de, le souci de » (Ripoche, 2012, p.244). Le « prendre soin » est alors « l'action de soigner dans une relation de sollicitude à l'autre dans une situation de soins » (Favetta et Veuillebois-Martinez, 2011, p.61).

Le « prendre soin » prend tout son sens au cœur de la relation soignant-soigné. En effet, la relation soignant-soigné souffre d'asymétrie, physique par la position des professionnels de santé et également reliée aux intentions conscientes ou non des professionnels. Ce « prendre soin » vise à casser cette asymétrie et à reconnaître le sujet en tant que tel. Le rôle du soignant, décrit par P. Molinier (2009) inclut « la reconnaissance de l'humanité des patients comme égale et identique à la sienne propre » (Favetta et Veuillebois-Martinez, 2011, p.67). Ainsi on pourrait résumer ce qu'est le prendre soin à la lumière des propos de Zielinski (2011) :

Prendre soin est bien la réponse à un appel, et dans la mesure où la souffrance de l'autre n'est pas sans effet sur le sujet soignant, l'affection pour autrui engage dans un geste adapté et singulier qui doit être inventé à chaque fois à partir de l'habitus des compétences » (p.95).

Après avoir décrit ce qu'étaient le « soin » et le « prendre soin », nous allons ici observer comment ces notions peuvent être déclinées dans un service d'urgence. En effet, il s'agit de faire cohabiter dans un même lieu la notion de « cure », décrite précédemment, relative aux soins aigus et la notion de « prendre soin ».

Pour Benard Pachoud, cité par Jean Manuel Morvillers (2015), le soin curatif, dans sa phase aiguë menacerait le « prendre soin », principalement dans les premiers temps de la prise en charge lorsqu'il s'agit de soins très spécialisés ou techniques. Jean Manuel Morvillers (2015) complète en indiquant que l'autorité institutionnelle doit également s'avérer être le garant de cette notion de « prendre soin » : « Si le caring ne représente pas une valeur pour l'autorité, il sera plus difficile de le faire exister et de le partager » (p.80).

Le caring n'est jamais acquis une fois pour toutes, car il s'exerce dans un environnement qui peut parfois le bousculer et le négliger. Il y a donc toute une dimension, autant personnelle qu'institutionnelle, à promouvoir pour que le caring puisse garder son humanisme fondamental (Jean Manuel Morvillers (2015) p.80).

2.3.2. *Heurtés par le soin intime...*

Après avoir évoqué la notion de « prendre soin », nous allons ici développer ce qu'est le soin intime, soin qui nécessite justement une attention particulière au « caring ».

Magalie Dumont (2019) définit l'intimité comme un « caractère intime, intérieur et profond ; ce qui est intérieur et secret » (p.95). Elle met en lien avec cette définition celles des soins qu'elle définit comme

des « actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé ». Ainsi, le soin intime est à la croisée de ces deux définitions, à savoir une action par laquelle on rétablit la santé en rencontrant ce qu'il y a d'intérieur et secret chez le patient.

Abordons ici le cas de la toilette, pour illustrer le soin intime. La difficulté de sa réalisation peut naître de la complexité de la relation à l'autre et dans la notion de distance, de proxémie. La dimension relationnelle est ici très importante et se traduit par les échanges aussi bien verbaux, que visuels ou tactiles. Le patient, alors dévêtu se retrouve mis à nu au sens propre comme au figuré sans ses vêtements qui étaient alors « l'ultime frontière palpable entre soignant et patient [...] Ainsi, de par la nudité et la proximité physique obligée, nous rentrons, au cours de la toilette, dans la sphère intime de l'autre (Sandrine le Moal, 2007, p.218).

La toilette devient alors un moment de rencontre avec l'intimité et le corps du patient. Marie Rajablat, citée par Sandrine le Moal (2007), résume ainsi la toilette comme « la mise en scène pour chacun, de l'image de soi, de l'espace, du temps et des sens » (p.218).

2.3.3. ... Les concepts de pudeur et de dignité ...

Après avoir expliqué ce que le soin intime revêtait, nous allons dans cette partie introduire les concepts de pudeur et de dignité, développés par Eric Fiat tout en rendant compte de la place que ces concepts occupent aujourd'hui dans les soins.

Dans son écrit « pudeur et intimité », Eric Fiat (2007) rappelle que le concept de pudeur existe depuis la nuit des temps. En effet, « ce que nous murmure le récit de La Génèse, c'est que « le sentiment de pudeur est à l'origine même du processus de civilisation » (p.25).

Eric Fiat poursuit ensuite en mettant en lien les notions de pudeur et de dignité en indiquant que le respect de la pudeur est une des manières de respecter la dignité.

Attachons-nous à définir dans un premier temps ce qu'est la pudeur. Pour Eric Fiat (2017), dans sa conférence « Pudeur et intimité », l'Homme est un animal pudique, « la pudeur est ce qui singularise ontologiquement l'Homme ». La pudeur vient du latin « pudor » qui signifie « avoir honte ». Cependant, Fiat insiste sur le fait de distinguer la pudeur de la honte. En effet, « la pudeur est une honte possible. L'Homme pudique n'a pas honte mais il peut avoir honte ».

Pour définir la pudeur, il s'appuie sur Max Scheler qui la définit comme étant « l'esprit qui rougit du corps » (Fiat, 2017). En effet, Max Scheler l'argumente en indiquant que le regard d'autrui est un regard de juge et que nous sommes jugés sur des parties de nous que nous n'avons pas forcément choisis de dévoiler. Dans notre vie, nous tentons de maîtriser ce phénomène en choisissant de dévoiler ou de cacher à autrui les parties de notre corps qui révèlent notre intimité, néanmoins comme le rappelle Fiat (2017),

« être hospitalisé c'est perdre la maîtrise de ce tracé, c'est vivre sous la menace perpétuelle d'une dégénérescence de pudeur en honte ».

Notre médecine occidentale est une médecine « objectivante », en ce qu'elle a tendance à transformer le corps humain en objet et c'est une menace pour la pudeur car « elle met le corps en pleine lumière » alors même qu'il faudrait « garder un peu d'ombre dans la lumière, un peu de secret dans le dévoilé... » (Fiat, 2017)

Attachons-nous désormais à définir le concept de dignité. Tout d'abord, Eric Fiat (2013) distingue la dignité au sens ontologique de la dignité au sens postural. La dignité au sens ontologique signifie que le simple fait d'être un être humain donne une dignité, elle appartiendrait à l'être humain comme telle. Ce serait comme une « valeur absolue, intrinsèque, inaliénable ». La dignité au sens postural, quant à elle, signifierait plutôt le maintien de la posture, la retenue. Ces deux sens donnés s'opposent. En effet, la dignité au sens ontologique ne peut se perdre tandis que celle au sens postural peut se perdre.

Si ces deux conceptions s'opposent, laquelle peut ou doit être privilégiée ? A cette question, Ricoeur, cité par Fiat (2013) croit « qu'entre les deux sens, il est urgent de ne pas choisir ».

Fiat (2013), dans sa conférence sur la dignité regrette que beaucoup de modèles mettent le primat sur le postural au point d'en oublier l'ontologique. La conception moderne de la dignité serait « l'affirmation selon laquelle la dignité d'un Homme est relative à son degré d'autonomie, de maîtrise et d'indépendance ». Il illustre ensuite ses propos par un sujet qui serait digne et qui, après la perte de sa maîtrise, son indépendance ou son autonomie consécutivement à la maladie ne serait alors jugé plus digne. Eric Fiat conclut en affirmant que « ce qui est dangereux c'est de dire que quelqu'un qui est dans une mauvaise posture n'est plus digne. La dignité ne se perd pas, elle fait partie de l'être moral de l'Homme » (2013).

La « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance » rappelle ce principe de dignité et oblige d'ailleurs au respect de cette dernière, comme en témoigne la phrase précédent les droits :

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit (1987).

2.3.4. ... A l'épreuve des représentations sociales ...

Les représentations sociales sont partout, même à l'hôpital ! Nous allons dans cette partie développer la notion de représentations sociales en évoquant leur construction, leur rôle ainsi que leur impact.

Premièrement, les représentations sociales peuvent être définies comme des « formes de savoir naïf, destinées à organiser les conduites et orienter les communications » (Moscovi, 1961, cité par Jouet le Pors, 2006, p.1). La définition qu'en donne Jodelet, cité par Galand et Sales Wuillemin (2009) est la suivante : « C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (p.36).

Ces représentations sociales répondent à 4 grandes fonctions, décrites par Jean-Claude Abric. La première fonction est la fonction « identitaire » qui « permet de définir l'identité sociale de chaque individu en préservant la spécificité des groupes sociaux » (p.336). La seconde est la fonction de « savoir » qui va permettre d'acquérir des connaissances afin de mieux expliquer la réalité. La troisième fonction est une fonction d'« orientation » qui va permettre de guider les comportements et les pratiques. Enfin la 4^e fonction sert à justifier nos choix et actes, c'est la fonction « justificatrice » (Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 2015).

Après avoir vu ce qu'étaient les représentations sociales, il est intéressant de voir de quelle manière elles se construisent. Trois conditions sont nécessaires à l'émergence d'une représentation sociale selon Moscovici (1961). La première est celle de la « dispersion de l'information » par rapport à l'objet de représentation. La seconde est la « focalisation » d'un groupe ou d'un individu sur certains aspects de l'objet de représentation. Enfin la dernière condition est la « pression à l'inférence exercée par le groupe ». Cela signifie que « sous la pression des circonstances et des rapports sociaux, il y aurait nécessité de prendre position, de construire un code commun et stable, d'obtenir la reconnaissance et l'adhésion des autres » (Carine Pianelli & Jean Claude Abric & Farida Saad, 2010, p 244).

L'élaboration d'une représentation sociale est ensuite rendue possible par deux processus que sont l'objectivation et l'ancrage (Moscovici, 1961). L'objectivation consiste à rendre concret un concept abstrait et l'ancrage permet quant à lui de rendre familier ce qui est méconnu et étranger.

Ce processus permet l'intégration de la représentation et de son objet dans le système préexistant de pensée (Moscovici, 1961, Jodelet, 1984). L'ancrage permet ainsi d'incorporer un nouvel élément de savoir dans un réseau de catégories plus familières afin de rapidement le maîtriser (Doise, 1990) (Carine Pianelli & Jean Claude Abric & Farida Saad, 2010, p.245).

Ces représentations sociales vont avoir un impact dans la société mais également dans le soin. D'une manière générale, la prise en compte de ces représentations par les professionnels de santé peut contribuer à l'amélioration de la pratique des soins. L'étude des représentations sociales peut également permettre la mise en place d'actions de prévention, en tenant en compte des singularités de la population ciblée (Charles Galand et Edith Sales Wuillemin, 2009).

2.3.5. ...*Se rattachent à la posture de l'infirmier*

La posture de l'infirmier, orientée par ses représentations sociales, va conduire la relation de soin. Le terme de posture professionnelle peut être défini comme « la situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice » (Mulin, 2014, cité par Geneviève Lameul, 2016).

Lameul (2016) considère la posture comme un état mental construit à partir des croyances, des valeurs et des intentions qui donnent sens aux actions d'une personne. Cette posture, qui désigne au-delà des attitudes, la situation dans laquelle se fait l'action, croise les intentions et les actes. Elle est empreinte de la dimension interne et intime du sujet.

Ainsi, le geste professionnel du soignant est l'expression du passage de son intime vers l'extérieur.

« La posture traduit le lien qui se fait entre le contexte/l'environnement et la personne qui effectue un geste professionnel. Focalisé sur l'alignement entre croyances, valeurs et actions, la posture d'un sujet traduirait la mise en cohérence et l'équilibre entre ses environnements interne et externe, ses dimensions socio-historiques, ses caractéristiques rationnelles et intuitives, cognitives et sensibles » (Lameul, 2016, p.5).

Sandrine Le Moal (2007) évoque cette posture soignante, cette posture changeante parfois, en fonction des patients rencontrés. En effet, elle relève que les soignants se révèlent beaucoup plus soucieux de préserver l'intimité corporelle des patients jeunes que celles des sujets âgés pour qui « le respect de l'intimité fut beaucoup moins perceptible et la toilette s'apparenta non plus à un soin mais à quelque chose que l'on est obligé de faire » (p.218).

La métaphore de Cynthia Fleury (2019), abordée dans les paragraphes précédents, prend ici tout son sens. Cette métaphore du verre en cristal, dont la fragilité fait la beauté, implique que si le soignant s'oblige à avoir un certain geste professionnel, avoir une certaine attitude, le soin et la considération de la vulnérabilité peuvent s'imbriquer, se nourrir mutuellement de la même manière qu'on pourrait s'apercevoir que le verre est encore plus joli en le mettant à la lumière. En effet, on y voit l'importance de la posture soignante, à travers le geste.

Walter Hesbeen (2011), quant à lui, souligne l'importance de développer une posture empreinte de bienveillance. Il regrette le manque de vigilance individuelle et collective des soignants qui peuvent avoir tendance à négliger l'humanité du patient. Il regrette que certains gestes techniques, certes urgents, avec d'importants enjeux soient dissociés de la considération même de la personne sur laquelle ils sont réalisés. Selon Walter Hasbeen les deux sont pourtant compatibles et il est tout à fait possible d'allier technicité du geste et considération du patient. Le risque à les dissocier est la banalisation de l'être humain.

Pour conclure et rappeler la place prépondérante de la posture soignante dans le soin : « Il ne faut jamais oublier qu'on ne soigne pas des maladies, mais des sujets malades » Cynthia Fleury (2017).

3. Dispositif de recueil des données

Pour répondre à la problématique de départ et poursuivre la réflexion après avoir abordé le cadre conceptuel, j'ai fait le choix de m'entretenir avec 2 professionnels.

3.1. Outil de recueil

Cet entretien sera un entretien semi-directif, à savoir un entretien dans lequel il y aura une liberté de parole à partir d'un panel de question préétabli avec l'objectif d'obtenir de l'information. L'entretien semi-directif se situe entre l'entretien directif (s'apparentant au questionnaire, ne laissant pas de place à l'imprévu et à des questions qui sortiraient du cadre préparé) et l'entretien libre (la personne interviewée développe sa pensée à partir d'une question unique). En effet, l'entretien semi-directif facilite l'expression des représentations de la personne, de ses sentiments. La personne interrogée ne se sent pas enfermée dans des questions et s'exprime selon sa propre logique. Les questions de reformulation permettent à la personne interviewée de préciser sa pensée ou d'illustrer son propos.

De plus l'entretien semi-directif est une méthode qui nécessite peu de matériel et qui est facile d'accès. L'entretien semi-directif apparaît comme un parfait compromis : l'interviewer « se laisse diriger tout en dirigeant » (Piaget cité par Jean Jacques Ducret, 2004, p.1).

3.2. Profil des personnes interviewées

Pour ces deux entretiens, j'ai choisi d'interroger deux infirmiers qui travaillaient dans un service d'urgence. Dans un premier temps, si j'avais retenu la variable du sexe pour évoquer cette thématique en lien avec la pudeur, c'est la variable de l'ancienneté dans le service pour laquelle j'ai finalement optée. En effet, je cherchais un professionnel qui travaillait dans un service d'urgence depuis peu et un professionnel qui travaillait dans un service d'urgence depuis au moins 5 ans. L'objectif était alors de confronter leurs visions respectives sur la pudeur et leurs représentations de celle-ci, qui, selon mon intuition, pourrait être mouvante avec le temps. Ayant été en stage dans un service d'urgence au cours de ma deuxième année de formation, j'ai pu, par l'intermédiaire de mon ancienne tutrice, récupérer les coordonnées d'un infirmier débutant aux urgences avec qui j'avais déjà travaillé une nuit. Pour le second entretien, n'ayant pas de réponse des autres professionnels du service que j'avais contactés, je me suis adressé à une de mes camarades de classe, qui m'a alors transmis les coordonnées d'un infirmier plus ancien dans le service, et qui était son tuteur au cours de son dernier stage.

3.3. Les modalités de l'entretien

J'ai opté pour des entretiens d'une durée comprise entre 15 et 20 minutes, enregistrés et anonymisés. Enregistrés par deux moyens, celui du téléphone portable et celui de l'ordinateur afin de parer à tout imprévu. Le lieu d'entretien choisi était un lieu neutre, ici. Une salle dans une bibliothèque, un lieu calme, afin de pouvoir laisser libre cours à sa pensée sans être dérangés. C'est en ce sens que j'ai exclu l'idée de réaliser l'entretien sur le lieu de travail, encore plus sur le temps de travail, ce qui aurait pu nous contraindre avec une pression temporelle supplémentaire. Je souhaitais un face à face en présentiel afin de fluidifier la communication et instaurer un climat de confiance. J'ai fait le choix de ne pas réaliser mes entretiens à la suite car, d'une part, il aurait été difficile de s'organiser de cette manière, d'autre part, il faut le temps de « digérer » l'entretien et d'en assimiler les composantes avant de pouvoir en tirer des bénéfices pour le suivant. Enfin, j'ai fait le choix de ne pas divulguer ma question de départ afin de ne pas perdre la spontanéité des réponses et d'avoir des réponses orientées. J'ai simplement énoncé le thème, à savoir la réalisation des soins intimes auprès de patients vulnérables admis aux urgences.

3.4. Guide d'entretien

J'ai fait le choix de ne pas déterminer d'objectifs d'entretien à l'avance mais plutôt de préparer des questions qui vont me permettre d'explorer la thématique. Je laisserai ensuite émerger les objectifs à la lumière des réponses des professionnels. Le guide d'entretien s'articule autour des questions suivantes :

- 1-Parlez-nous de votre parcours professionnel ?
- 2-Quel type de population accueillez-vous aux urgences ?
- 3- Selon vous, quels types de patients vous apparaissent vulnérables aux urgences ? Pourquoi ?
- 4- Si je vous dis « respect de la pudeur aux urgences », que me répondez-vous ?
- 5-Quels sont selon vous les soins intimes réalisés aux urgences ?
- 6-A quoi êtes-vous vigilant lors de la réalisation de ces soins aux urgences ?
- 7-Pour ces soins-là, quelle différence faite vous entre leur réalisation aux urgences et dans un autre service de soin ?
- 8- Lorsque vous apprenez que vous devez réaliser un soin intime à une personne vulnérable, quelle est votre première préoccupation ?
- 9-Que ressentez-vous lorsque vous voyez une porte ouverte (d'un box) lors d'un soin intime ?
- 10-Vous êtes-vous surpris à réaliser un soin intime sans nécessairement veiller au respect de la pudeur du patient ? Si oui, dans quelle situation ? A quel moment avez-vous pris conscience que la pudeur du patient n'avait pas été respectée ?
- 11-Avez-vous quelque chose à rajouter ?

3.5. Les limites

Si le premier entretien s'est déroulé tel que prévu, à savoir dans une salle de bibliothèque, avec une durée comprise entre 15 et 20 minutes, pour le second entretien cela a été plus compliqué. En effet, n'ayant pas eu de réponse de la part de mon ancienne tutrice de stage malgré de nombreuses relances ni des autres professionnels contactés, j'ai dû revoir mon organisation. J'ai finalement reçu une réponse positive pour un entretien avec un infirmier des urgences, lequel avait été tuteur d'une de mes camarades de classe qui m'avait transmis ses coordonnées. Néanmoins, cet infirmier ayant un emploi du temps très chargé à cette période, j'ai été contraint de réaliser l'entretien par meet, en distanciel. L'infirmier interrogé a réussi à trouver un endroit calme et isolé à son domicile pour réaliser l'entretien et bien que je regrette de ne pas avoir pu le réaliser en présentiel, je constate que cette modalité n'a pas altéré la communication. L'entretien a duré un peu plus de 35 minutes.

4. Analyse descriptive des entretiens

4.1. Connaître le parcours professionnel de l'infirmier rencontré

Les prénoms des deux infirmiers interviewés ont été modifiés pour préserver leur anonymat. L'infirmier avec lequel j'ai réalisé le premier entretien sera nommé Maxime et le second infirmier Romain.

Maxime est infirmier diplômé depuis 2020. Après un parcours de 5 mois en service de réanimation et 5 mois en service de pneumologie, il s'ouvre la voie de l'intérim pendant un an avant d'intégrer le service d'urgences en mars 2022. Romain quant à lui, est infirmier depuis un peu plus de dix ans et a débuté sa carrière en service de pneumologie durant deux ans avant d'être recruté aux urgences, service dans lequel il travaille depuis un peu plus de 8 ans désormais. En parallèle, cela fait 5 ans et demi qu'il fait partie de l'équipe du SMUR. Il est tuteur dans l'unité depuis son arrivée aux urgences et dispense également des cours dans les IFSIs.

4.2. Identifier la population accueillie aux urgences

Romain et Maxime définissent tout d'abord l'âge de la population accueillie aux urgences. Ils s'accordent à dire que la population est accueillie à partir de 16 ans, Romain précise même à deux reprises cet âge minimum en indiquant que « tout ce qui est moins de 16 ans, on n'accueille pas ». Cette population ne présente pas de caractéristiques spécifiques : comme le rappelle Romain « on accueille tout le monde ». Maxime confirme cette pensée en indiquant à 3 reprises qu'il n'y a pas de population type et que cette dernière peut être très variée d'un point de vue sociologique, avec des « gens [...] d'un milieu social un peu plus bas et d'autres plus élevé ». Enfin, les pathologies peuvent être très diversifiées comme le rappelle Romain, les urgences traitent de tout en indiquant « on fait tout, [...] la psy [...]

beaucoup de cardio » à l'exception de la gynécologie et de la pédiatrie, en lien avec l'âge de la population accueillie.

4.3. Identifier les représentations des infirmiers sur la vulnérabilité des patients accueillis aux urgences

Après avoir identifié la population qui était accueillie dans les services d'urgences, Maxime et Romain nous apportent des précisions concernant les patients qui leur apparaissent vulnérables. A la lumière de leur propos, plusieurs grandes catégories de vulnérabilité peuvent être identifiées. Tout d'abord, une vulnérabilité cognitive : elle regroupe d'une part les personnes les personnes présentant des troubles cognitifs, comme l'indique Maxime, et qui sont « désorientées ». Ainsi, ces personnes seraient vulnérables car « moins vigilantes à tout ce qui pourrait se passer autour d'elles ». D'autre part, parmi les patients présentant une vulnérabilité d'ordre cognitif, Romain ajoute les « patients avec des déficiences [...] intellectuelles, visuelles, mentales ».

Une vulnérabilité psychique peut également être relevée. Romain précise que les patients relevant de la psychiatrie sont vulnérables car il y a « des contextes et des histoires qui sont vraiment très très complexes » dont les patients sont porteurs. Les patients ayant subi des traumatismes, comme l'indique Maxime, qui ont été « victimes de viol [...] ou de violence », arrivent avec un état psychique diminué » et ces personnes vont « être moins vigilantes à tout ce qui se passera autour d'elles », en faisant alors des patients vulnérables.

Une autre vulnérabilité, celle d'ordre physique a également été présentée par les deux infirmiers. En effet, Maxime et Romain s'accordent sur le fait que les patients âgés soient vulnérables. Maxime précise leur fragilité et complète en indiquant qu'ils « ont moins de force [...] face aux personnes qui pourraient être violentes, ou essayer de les voler ». Autres patients caractérisés par une vulnérabilité d'ordre physique : les patients jeunes ; Romain donnant à 3 reprises l'exemple de « la jeune fille de 18 ans ». Les patients mineurs, « entre 16 et 18 ans » sont également vulnérables, comme l'indique Romain, par la raison explicite « qu'ils sont mineurs » et qu'ils arrivent aux urgences dans un contexte particulier, avec la difficulté résidant dans le fait qu'« on ne peut pas les faire partir tout seuls ». Néanmoins, les patients jeunes et mineurs auraient pu aussi bien être classés dans la catégorie des patients présentant une vulnérabilité psychique, au regard de leur moins grande capacité de résistance et plus grande sensibilité au monde extérieur. Enfin, les patients contentonnés sont inclus selon Romain dans les patients vulnérables.

La vulnérabilité des patients liée aux représentations sociales a été évoquée également par Maxime et Romain. Les patients alcoolisés sont les premiers cités : si Maxime l'explique par le fait qu'ils seront « moins vigilants naturellement à tout ce qui va leur arriver, tout ce qui va se passer », Romain développe en indiquant que « la catégorisation est facile » et que le personnel soignant a ainsi « tendance en plus à les catégoriser ». Romain complète l'idée de la vulnérabilité des patients liés aux représentations sociales en l'illustrant à l'aide de l'exemple des patients détenus. Il décrit à plusieurs reprises que « ce

sont des personnes vulnérables ». En effet, selon lui la vulnérabilité réside dans le fait « qu'ils soient perçus différemment », « en plus il sera jugé ». Ces patients détenus selon Romain présentent également un « contexte particulier », un passé qu'il rappellera à 3 reprises. Il précisera que la vulnérabilité tient aussi de la difficulté de réaliser les soins auprès de ces patients : « Je ne peux même pas faire les soins qui vont me permettre de faire une surveillance adaptée ».

Enfin, Romain rappelle que personne n'est épargné par la vulnérabilité puisque « tout le monde peut aussi être vulnérable dans un contexte particulier » et que « le jugement de tout le monde peut rendre les gens vulnérables », source selon lui de remise en question nécessaire : « ça pose des questions ». Cette question de jugement rendant les personnes vulnérables fait écho aux représentations sociales.

4.4. Identifier les représentations de la pudeur de l'infirmier

Lorsque l'on interroge Maxime et Romain sur la notion de respect de la pudeur aux urgences, tous deux s'accordent à dire que c'est quelque chose de difficilement transposable, de « complexe » : « C'est difficile je trouve à respecter » indique Maxime. Néanmoins, même si c'est « compliqué », les deux infirmiers s'accordent également sur le fait que la pudeur soit une valeur fondamentale à préserver. En effet, Maxime indique que « c'est très important » et rapporte à deux reprises que la pudeur est une valeur que lui ainsi que l'équipe soignante essaie de préserver un maximum : « on essaie au mieux de respecter cette pudeur ». Romain abonde en ce sens en indiquant que la préservation de la pudeur est quelque chose sur laquelle ils ont beaucoup travaillé, et qu'il « essaie de respecter ça un maximum ». Malgré la volonté de préserver la pudeur des patients, la pudeur est mise à mal aux urgences. En effet, Maxime et Romain rapportent qu'il leur arrive de donner des urinaux aux hommes dans les couloirs, Maxime ajoute également qu'« urine et selles peuvent être faites dans les couloirs ». Romain explique qu'« on voit un peu de tout aux urgences ». Si ces manquements au respect de la pudeur sont perceptibles aux urgences, Maxime et Romain sont conscients du problème. Romain explique que « les urgences c'est un endroit qui est très compliqué pour avoir un peu de pudeur et d'intimité » et qu'« on n'est pas bon, on le sait ». Maxime complète en indiquant que « en terme de pudeur on n'est pas au maximum », qu'« elle n'est jamais complètement respectée » et qu'« elle est mise à mal toujours, c'est sûr ». Ces manquements à la pudeur et cette conscientisation du problème entraînent chez les deux professionnels des conflits intérieurs, des conflits des valeurs. Romain rapporte que « ce n'est pas le truc qu'on a envie de faire » et qu'ils sont « obligés de trouver des petites parades ». Néanmoins, il estime que certains manquements au respect de la pudeur ne sont pas admissibles et que dans certaines situations « on ne respecte rien et ce n'est pas acceptable ». Maxence et Romain illustrent chacun ce conflit de valeurs : « A la place d'un patient, je ne voudrais pas être mis nu en plein milieu du couloir », affirme Maxime tandis que Romain indique « Je ne me verrai pas, parce que si j'en avais besoin, qu'on me fasse ça, je trouverais ça très humiliant » avant d'ajouter un autre exemple : « Si c'était nous en face on n'aimerait pas que quelqu'un arrive et nous voir les jambes écartées quoi ».

4.5. Identifier les causes du non-respect de la pudeur aux urgences

Si respecter la pudeur du patient n'est pas toujours quelque chose de simple, Maxime et Romain nous en expliquent ici les causes. Tout d'abord, l'architecture des services d'urgence n'est pas propice au respect de cette pudeur en ce qu'elle est d'une part, comme l'indique Romain, une zone de passage : « On peut avoir beaucoup de monde qui traverse le déchoc », « tout le monde rentre comme ça », « tout le monde voit tout ». De plus, certains secteurs des urgences contraignent les patients à une certaine promiscuité. Romain l'illustre en évoquant la zone de transfert pour laquelle selon lui, « on atteint le summum du non-respect de l'intimité ». Il répète à 3 reprises que ce n'est pas une zone que le personnel soignant a envie de conserver. En effet, « on peut mettre 7 brancards espacés par des paravents », « on mélange hommes femmes dans le même coin » ou bien encore « un endroit où tout le monde va dormir ensemble » ajoute-t-il... Romain évoque également la zone de déchocage comme zone où « l'intimité n'est pas terrible » et qui lui pose problème « dans la manière où c'est organisé pour respecter l'intimité ». Le manque de place aux urgences face au flux important de patients est également une problématique à laquelle sont confrontés les soignants. Maxime indique qu'il y a « beaucoup de patients » mais « pas assez de box », ce flux important de patients faisant que « souvent toutes les salles de soins qu'on a sont occupées ». Romain complète en indiquant qu'il aimerait « avoir un box pour chacun », tout en indiquant que « des fois devant l'afflux de monde on n'a pas beaucoup de choix ». Il ajoute que le monde parfait serait un monde « où on aurait zéro personne dans les couloirs ».

Les tenues non adaptées de l'hôpital contraignent également les soignants dans leur quête de respect de la pudeur des patients : « La majorité on va les déshabiller, on les laisse en sous-vêtements et chemises de l'hôpital sauf que les chemises de l'hôpital sont un peu ouvertes... Donc en fait les gens se baladent... enfin tu vois presque tout », témoigne Romain.

Cependant, si des causes ont été mises en évidence pour expliquer que la notion de pudeur n'était pas toujours respectée aux urgences, à la lumière des propos de Maxence qui suivent, il est permis de supposer qu'il existe un mal plus profond : « Après peut être qu'on se cache derrière ça », cité à deux reprises ainsi que le verbatim suivant : « Après je pense aussi qu'on se cache un peu, c'est la politique, on se cache aussi derrière ce nombre de patients pour limiter un peu ce qu'on fait et dire « ouais, mais il y a trop de monde [...] on a le temps malgré tout de fermer la porte, de mettre un drap, d'expliquer à la personne tous ces soins-là, je pense que ça rajoute pas beaucoup plus de temps de faire ça ».

Ces verbatims prononcés par Maxence permettent les hypothèses que le respect de la pudeur serait finalement peut être secondaire lors de la prise en soin des patients aux urgences.

4.6. Identifier les soins intimes réalisés aux urgences

Maxime et Romain s'accordent sur ce que sont les soins intimes réalisés dans ces services d'urgence. A la lumière de leur propos, on peut distinguer les soins relevant du rôle propre de l'infirmier et les soins relevant du rôle prescrit. Parmi les soins qui relèvent du rôle propre, Maxime aborde les

soins qui répondent à la fonction d'élimination du patient, à savoir « principalement tout ce qui va être urine et selle », qu'il notifie à 3 reprises. Romain classe également « tous les changes » qui peuvent être faits dans la catégorie des soins intimes réalisés, répondant à cette fonction d'élimination du patient. Autres soins intimes relevant du rôle propre de l'infirmier, les soins d'hygiène : Maxime et Romain évoquent tous deux « les toilettes de bloc opératoire » et de manière plus générale « toutes les toilettes qu'on fait », indique Romain. Maxime considère également que « l'habillage c'est un soin » et le classe dans la catégorie des soins intimes.

Concernant les soins relevant du rôle prescrit cette fois-ci, les deux infirmiers citent la pose de sonde urinaire. Romain précise en indiquant que concernant les « sondages urinaires, [...], là on rentre vraiment dans l'intimité ». Les électrocardiogrammes sont eux aussi évoqués en tant que soins intimes par les deux professionnels : « c'est un soin intime aussi l'électrocardiogramme », indique Maxime. Romain apporte une justification supplémentaire en précisant que « pour certains ça renvoie quand même une image et pour certains ça peut les complexer, [...] on rentre dans leur intimité ». Enfin, Maxime évoque les pansements en tant que soins intimes réalisés aux urgences. Il le précise à deux reprises et explique que « les gens n'ont pas forcément envie de montrer qu'ils ont un pansement ou palie à tel endroit ». Il conclut en indiquant que la notion de soin intime est subjective et est patient-dépendante : « Après, suivant la définition de chacun, tout peut être intime ».

4.7. Identifier la posture de l'infirmier lors de la réalisation de soins intimes aux urgences

Maxime et Romain, à propos des soins intimes évoqués précédemment, explicitent leur posture lorsqu'ils sont amenés à les réaliser aux urgences. Tout d'abord ils veillent dans la mesure du possible à ce que ce soit fait en salle de soin, en box. Pour ces soins-là, ils veillent ensuite à utiliser un paravent afin de préserver l'intimité du patient : « Quand la personne est en box double, je mets le paravent » indique Maxime ; « Si je dois faire ça au déchocage, j'aime bien mettre un paravent », « je mets un autre paravent pour pas que les gens voient » précise quant à lui Romain. Maxime veille à ce que les portes du box soient bien fermées avant d'entreprendre le soin, il explique qu'« en général on ferme les portes de la salle de soin » et s'assure de « se mettre au calme dans la salle de soins ». Romain quant à lui s'assure de la non mixité des patients présents dans la salle de soin : « J'essaie d'être attentif, ne pas avoir dans un même box homme/femme ». Enfin, la demande de consentement au soin est recherchée comme le précise Maxime à deux reprises, il faut « bien expliquer au patient ce qu'il va se passer », ensuite il « demande à la personne si ça ne la dérange pas ».

Les deux infirmiers s'accordent également sur la nécessité de prévenir l'équipe soignante avant de réaliser le soin. Romain l'illustre avec l'exemple des présences affichées à l'extérieur des salles de soins et explique que c'est pour « que les gens remarquent quand même qu'il y a quelqu'un dans le box...potentiellement qu'il y a un soin en cours ». Par exemple, au déchocage, « on a des pancartes, [...] on met « soins en cours », « soins techniques en cours » » complète-t-il avant d'ajouter que malheureusement, alors qu'il trouvait cela important, « ça s'est un peu perdu de vue ». Maxime, quant

à lui, illustre cette nécessité de prévenir par une prévention orale : « Prévenir les collègues », « les prévenir, leur demander de ne pas venir » même s'il admet que ce n'est pas fait systématiquement : « ce sont des choses auxquelles je ne pense pas forcément ».

Enfin, pendant le soin, les deux infirmiers s'accordent à dire qu'il faut couvrir le patient pour préserver son intimité. Si Romain met plutôt une serviette, « le temps de faire, [...] pendant une toilette », Maxime quant à lui utilise plutôt les draps : « Quand c'est l'installation de matériel comme des bassins, urinaux, mettre au moins un drap en plus sur la personne ». Lorsqu'il n'est pas possible d'installer un patient dans une salle de soins, Maxime a également recours aux draps comme il l'indique : « Dans les couloirs, on va mettre des draps surtout parce qu'on n'utilise pas les paravents dans les couloirs ».

4.8. Identifier la différence de posture de l'infirmier lors de la réalisation de soins intimes en fonction du lieu d'exercice

Maxime évoque la différence de posture lors de la réalisation de soins intimes en fonction de leur réalisation dans un service de soins traditionnel ou aux urgences. Tout d'abord, faisant écho à la partie sur les causes des manquements au respect de la pudeur, il rappelle à deux reprises qu'il y a un meilleur respect de l'intimité, de la pudeur dans les services de soins « parce que les patients sont souvent en chambre seule ». Cependant au-delà des facteurs qu'il n'est pas possible de maîtriser tels que l'architecture des services, il aborde la possibilité dans les services d'urgence d'échanger de professionnel. En effet, il indique qu'« en service c'est un binôme AS/infirmier [...] il y a moins de possibilité d'échanger » alors qu'aux urgences il indique prendre des initiatives, que l'équipe faisait en sorte que ce soit « homme avec homme et femme avec femme » ainsi qu'une vigilance lorsque les patients se situaient dans l'âge des professionnels. Maxime ajoute que ça ne le « dérangerait pas de passer la main, au contraire ».

Cependant, s'il explique qu'aux urgences il est plus facile de passer le relais à un collègue, il estime en revanche que les patients sont mieux informés et ainsi mieux préparés aux soins intimes en service de soins traditionnels : les « patients qui sont là un petit peu plus longtemps, [...] à qui on explique je pense souvent mieux les choses qu'aux urgences, donc qui peuvent être mieux préparés à ce type de soin, un peu mieux à comprendre ».

Enfin, Maxime révèle également qu'aux urgences, ils sont plus facilement dérangés lors des soins intimes : « On peut être dérangé par d'autres collègues, et du coup l'intimité est biaisée par l'intervention d'autres collègues », « souvent dans les salles de soins, on entre, on laisse la porte ouverte et la personne nous demande telle ou telle chose » ou bien encore « elle nous demande telle ou telle chose et du coup on fait le soin sans prendre forcément le temps de refermer la porte derrière ». En comparaison, dans les services de soins traditionnels, il « arrive qu'on soit moins souvent dérangés dans la réalisation du soin », complète-t-il. Il conclut en indiquant qu'« on n'est pas au même niveau que ces services là en terme de respect ».

Romain, quant à lui, indique par deux fois qu'il « essaie de ne pas faire de différence » lors de la réalisation de soins intimes, que ce soit aux urgences ou dans les services de soin traditionnels.

4.9. Identifier la préoccupation de l'infirmier lors de la réalisation de soins intimes à des personnes vulnérables aux urgences

Lorsque l'on interroge Maxime et Romain sur leur préoccupation lors de la réalisation de soins intimes à des personnes vulnérables aux urgences, les deux infirmiers s'attachent à un déroulé de soin idéal, se rapprochant de la posture qu'ils adoptent lors de la réalisation de soins intimes aux autres patients. En effet, Maxime indique qu'il souhaite avoir un lieu « au mieux » pour le patient ainsi « qu'avoir ce qu'il faut pour faire ça dans de bonnes conditions et que lui se sente à l'aise ». Romain indique qu'il faut expliquer le soin en amont, « on explique bien » et Maxime cherche le consentement du patient : « En premier l'accord du patient pour savoir s'il est coopérant, s'il va accepter le soin et si ça lui convient ». Néanmoins il indique ne pas toujours penser à recueillir ce consentement et l'explique de la manière suivante : « C'est un peu, comment dire, c'est un peu sous-entendu, il n'y a pas de demande verbale. C'est plus si je vois que la personne est gênée ou a du mal à se déshabiller je lui demanderais. Il y a des fois où ça me vient à l'idée plus naturellement de demander le consentement à la personne ». Il complète en ajoutant également que « c'est vrai qu'à un certain âge, on pense moins souvent à demander, ça nous paraît moins gênant vu qu'on s'identifie moins entre guillemet parce que la personne est plus âgée mais après ça pourrait tout autant gêner ». Maxence illustre bien ici cette problématique posturale avec la contradiction entre les intentions, demander le consentement du patient, et les actes, à savoir une demande pas toujours systématique. Ses verbatims permettent alors l'hypothèse que la demande de consentement recherchée serait davantage en lien avec une problématique d'identification au patient ? Enfin les deux infirmiers s'accordent sur le fait de couvrir le patient : « Au moins un drap, quelque chose pour protéger cette personne, pour ne pas la mettre à nue ou alors en difficulté au milieu de tout le monde » indique Maxime tandis que Romain ajoute qu'« il y a des méthodes quand même pour pouvoir cacher, on peut très bien mettre un petit truc. »

Si ces préoccupations étaient déjà perceptibles lors de la réalisation de soins intimes auprès des autres patients, Romain ajoute une nouvelle préoccupation concernant la réalisation de ces soins auprès des patients vulnérables, celle de lever toute ambiguïté avec le patient afin également de se protéger en tant que soignant. Pour ce faire, il indique s'appuyer sur l'équipe soignante, de deux manières. La première est d'y aller à deux soignants « souvent j'essaie d'aller à deux » qu'il évoquera 2 fois avant d'ajouter : « Si en plus ces gens sont vraiment très vulnérables, moi je trouve qu'être à deux [...] il y a moins de problème ». En effet, selon Romain, si « on est plusieurs, il n'y a pas d'ambiguïtés » en insistant sur le fait que « des fois il vaut mieux se protéger ». La seconde manière pour lui d'éviter cette ambiguïté est d'intervertir de soignant en sollicitant l'aide d'une collègue : « Si je dois poser une sonde urinaire à une jeune fille de 18 ans, ben si c'est possible j'essaie de demander à une collègue pour qu'elle puisse aller »

indique Romain avant d'ajouter « si j'ai une collègue à côté de moi, je lui dis : « est-ce que tu peux faire ? ». Il cite également l'exemple suivant, celui des électrocardiogrammes, pour lesquels, bien que les femmes ne soient pas particulièrement gênées de manière générale, il utilise cette solution pour « limiter l'ambiguïté » en précisant de nouveau que « des fois, il vaut mieux éviter le problème qui pourrait être conflictuel ». Si cette possibilité d'aller à deux soignants ou bien de demander l'aide d'une collègue est la solution privilégiée, Romain précise que « dans l'urgence c'est un peu différent [...] si ce n'est pas dans l'urgence on peut demander [...] si c'est dans l'urgence, je vais le faire » mais en précisant tout de même que « dans l'urgence on est plusieurs, il n'y a pas d'ambiguïtés ».

Si Romain insiste sur cette notion de lever toute ambiguïté, c'est parce que certains de ses collègues se sont déjà retrouvés confrontés à des situations délicates. Il l'exprime ainsi : « On a déjà eu des problèmes, certains collègues ont déjà eu des problèmes comme ça où on les a un peu soupçonné d'avoir potentiellement des attouchements. Ce qui au final n'étaient pas vrai mais... pour moi c'est le cas le plus typique, la jeune fille de 18 ans effectivement qu'il va falloir sonder, et bien, d'y aller tout seul ça peut porter je trouve à confusion ». Si lorsqu'il s'agit de se protéger en tant que soignant, ce sont toujours des exemples avec des femmes, jeunes le plus souvent, la question peut être posée de savoir pourquoi les hommes sont finalement si peu cités. Romain y répond en indiquant qu'« effectivement dans l'autre sens on a l'impression que ça pose moins de problème » bien qu'il nuance en indiquant que « des fois je pense que des hommes vont préférer que ce soit d'autres hommes effectivement qui leur fassent des soins intimes plutôt que des femmes ».

4.10. Identifier l'importance accordée par l'infirmier au respect de la pudeur des patients lors d'un soin intime

Maxime et Romain accordent une grande importance au respect de la pudeur des patients lors d'un soin intime. En effet, lorsque je les ai questionnés sur leur ressenti lorsqu'ils voyaient la porte d'une salle de soin ouverte durant un soin intime par exemple, tous deux m'ont indiqué le caractère désagréable de la situation : « Ça m'interpelle » précise Romain, en indiquant également à deux reprises qu'il « trouve ça choquant », et qu'il juge que « ce n'est pas très acceptable ». Maxime, quant à lui, admet que c'est quelque chose qui l'embête lorsqu'il s'en rend compte : « Ça ne me plait pas trop d'ailleurs » explique-t-il, en précisant : « c'est quelque chose qui me gêne un peu de laisser les gens en situation comme ça de vulnérabilité, que tout soit à l'air, tout le monde voit ça de la porte ». Selon Romain, des procédés qu'il constate aux urgences ne sont pas entendables. Il cite notamment l'exemple d'un homme et d'une femme qui partageraient un box double et pour lesquels les soignants réaliseraient pour chacun d'eux un électrocardiogramme, considéré comme soin intime pour les infirmiers. De plus, il ajoute parmi ce qu'il considère comme non tolérable, le fait de « faire des électrocardiogrammes dans le couloir », pour lui « un électrocardiogramme ça se fait dans un box, pas au milieu de tout le monde ». Lorsqu'il est témoin de ces scènes, Romain attache une grande importance à le signifier à ses collègues : « J'alerte mes collègues là-dessus » indique-t-il ou bien encore « j'essaie quand même de dire aux collègues que

ça aurait été bien de mettre un paravent ». Il n'hésite pas à reprendre ses collègues si la situation le nécessite comme il l'illustre dans la phrase suivante : On les reprend assez facilement pour dire « bah non en fait, un électro cardiogramme ça se fait dans un box, pas au milieu de tout le monde ».

Néanmoins, si les deux infirmiers accordent une grande importance au respect de la pudeur des patients, à la lumière de leur propos, il est possible de se rendre compte que ce rapport à la pudeur était changeant en fonction de deux facteurs : le temps ainsi que le sexe des patients. Tout d'abord en fonction du temps, Maxence indique : « il y a des choses qui ont changé sur ma vision ». Romain le complète ensuite : « C'est vrai qu'avec le temps je me suis aperçu qu'il y a des choses qui potentiellement me choquaient beaucoup au début, qui me choquent toujours mais qui sont presque devenues une norme ». Cette normalisation des manquements à la pudeur s'illustre une nouvelle fois dans les propos suivants de Romain, qu'il précisera à deux reprises : « Avec le temps, on tolère beaucoup de choses aux urgences qu'on ne devrait pas du tout tolérer ». Le sexe du patient serait également une variable induisant un rapport à la pudeur différent. En effet, Romain l'illustre dans ses propos suivants : « pour les hommes on peut avoir l'impression que ça va être moins dérangeant donc on va entre guillemets plus tolérer de voir ça dans un couloir que de voir ça pour une femme alors que pour la personne en elle-même ça peut être très dérangeant ».

Enfin, il est possible de conclure cette partie traitant de l'importance accordée aux soignants dans la réalisation des soins intimes par les propos suivants de Maxime :

« C'est très intéressant comme sujet, je vais y faire plus attention sur certains points. C'est vrai que c'est quelque chose sur lequel on ne se questionne pas toujours. On est tellement dans l'activité entre guillemets du trop-plein de patients qu'on ne se pose pas sur ce genre de chose. Il y a des choses qu'on fait tellement sur 12h, des soins qu'on fait tellement sur 12h, qu'ils sont presque rendus automatiques dès fois, qu'on oublie de prendre un peu le temps sur ce type de soin »

5. Discussion

5.1. Un conflit de valeurs

Parmi les missions principales des services d'urgence, on retrouve celle d'assurer une prise en soin de qualité pour le patient : aussi bien d'un point de vue somatique que d'un point de vue relationnel. Serait-il possible d'être satisfait de son séjour hospitalier si, bien qu'ayant été guéri du problème somatique nous ayant conduit à l'hôpital, nous portions en nous ce sentiment de mal être voire de honte ; ce sentiment de ne pas avoir été respecté en tant qu'être humain ? Ainsi, le concept de pudeur, de préservation de l'intimité du patient, prend sens. Le respect de la pudeur est prioritairement évoqué lors des entretiens et s'impose comme une valeur fondamentale qui doit être préservée et respectée lors des soins, et plus particulièrement des soins intimes dans notre situation. Malheureusement, indépendamment de leur volonté, les soignants doivent faire face à différents facteurs qui compromettent son intégrité. Ainsi, l'architecture des services d'urgences pose problème, ces derniers n'étant plus

habilités à recevoir le nombre croissant de patients nécessitant d'être accueillis. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, depuis une vingtaine d'années, le nombre de patients accueilli aux urgences a plus que doublé. Mais, si cette hausse est exponentielle, celle des moyens humains et matériel ne l'est pas, rendant les conditions de travail des soignants d'autant plus difficiles. Ainsi, ces capacités limitées contraignent certains patients qui ne peuvent pas être accueillis dans des salles de soins à attendre sur un brancard dans les couloirs au milieu des passages répétés des soignants ; ces derniers devant prendre davantage de précautions pour préserver leur intimité. Outre le manque de moyens, la configuration des secteurs et des différentes zones de soin induit une promiscuité entre les patients de sexe et d'âge parfois différents comme dans la zone de transfert citée et le déchocage, rendant toujours plus difficile le respect de la pudeur. Les soignants se retrouvent alors dans une position délicate, entre le désir de bien faire, de respecter ce concept et à la fois l'obligation de devoir composer avec des éléments qu'ils ne maîtrisent pas. Cette position délicate se traduit chez ces derniers par des conflits intérieurs, des conflits de valeurs, les infirmiers réalisant alors leurs soins sans cependant s'en juger complètement satisfaits. Mais, ces facteurs suffisent-ils à expliquer à eux-seuls certaines situations où le respect de la pudeur et de l'intimité du patient paraît menacé ? Est-il possible d'émettre l'hypothèse qu'un problème plus profond et ancré subsiste ? C'est ce que laisse sous-entendre un des soignants interrogés qui évoque une politique dans laquelle les soignants se cacheraient derrière ces facteurs pour justifier certaines transgressions à des valeurs essentielles telles que le respect de la pudeur.

5.2. Une urgence relative

Tout d'abord, les professionnels de santé s'accordent à dire que « dans l'urgence c'est différent ». En effet, si un service d'urgences accueille, comme son nom l'indique, des « urgences », il apparaît nécessaire de faire le distinguo entre les urgences absolues et relatives. Tel que nous l'avons vu précédemment, une personne en urgence absolue requiert des soins immédiats. Ainsi, la place moins importante accordée à la pudeur pourrait s'expliquer. Néanmoins, des manquements au respect de la pudeur sont également constatés lorsqu'il s'agit de prises en soin relevant d'urgences relatives. Pour ces dernières pourtant, les soins peuvent être différés, certes avec une certaine contrainte temporelle, mais ils permettent aux soignants davantage de temps et par conséquent de considération pour cette valeur essentielle. Comment expliquer alors ces manquements ?

Jean Manuel Morvillers l'a indiqué, le prendre soin s'exerce dans un environnement qui peut le bousculer et le négliger, ainsi il n'est jamais acquis une fois pour toutes. Ce prendre soin, qui peut être défini comme la reconnaissance de l'humanité des patients comme égale à la sienne propre, a trouvé au sein des urgences, l'environnement qui pouvait le négliger. En effet, les propos des soignants mettent en évidence des caractères humiliants, dégradants de certaines situations dans lesquelles se retrouvent les patients et dans lesquelles eux, n'aimeraient pas se retrouver. Ainsi, peut-on ici considérer que l'humanité des patients est égale à celle des soignants ?

5.3. Une vulnérabilité des patients

Cynthia Fleury explique que l'on est vulnérable par rapport à un milieu et que si ce milieu varie on peut être moins vulnérable. En effet, à partir du moment même où un patient arrive aux urgences, il peut être considéré comme vulnérable. D'abord bouleversé par l'arrivée de la maladie, il va ensuite se retrouver confronté à son environnement, composé de patients de tous environnements sociaux et cultures différentes. Si, ajouté à cela, le patient se retrouve transgressé dans son intimité, il incarne le profil type de la personne vulnérable. La situation des électrocardiogrammes réalisés à des hommes dans le couloir illustre parfaitement cette situation. En effet, ces hommes, tels que définis par les professionnels, n'appartiennent à aucune catégorie de personnes vulnérables. Pourtant leur exposition au milieu des couloirs, dénudés aux yeux des autres patients et des soignants les rend vulnérables. Ainsi, le milieu, ici le service des urgences, rend vulnérables des hommes qui n'étaient pas considérés comme tels.

De plus, la vulnérabilité, par définition, impacte chaque individu et peut tenir compte de son histoire personnelle, de son parcours de vie. Son histoire de vie, qui ne transparait pas, mais qui peut le fragiliser. Il n'est pas possible de connaître les traumatismes subis par chacun, ni le rapport à l'intimité de chacun. Par conséquent, on peut attribuer un double sens à la notion de vulnérabilité, celle d'une part affichée par le patient, d'autre part celle dont il se retrouve affecté au regard de la considération qui lui est faite et de la différence de traitement par rapport aux autres patients.

Par exemple, si une jeune femme est considérée comme vulnérable par les soignants, on peut supposer que le respect de la pudeur dont elle bénéficie en comparaison à d'autres patients peut la rendre moins vulnérable que ces derniers, dans le contexte d'hospitalisation aux urgences.

Les patients âgés, cités comme patients vulnérables, le sont de surcroît par la négligence du respect de la pudeur des professionnels à leurs égards.

5.4. Une posture délicate

Tel que le cadre conceptuel nous l'a défini, la posture soignante est la situation dans laquelle agit un professionnel, ainsi que l'ensemble des attitudes qu'il adopte dans cette situation. La posture soignante croise les intentions et les actes. On s'aperçoit ici, à travers les propos des deux infirmiers que les intentions sont celles de préserver l'intimité et la pudeur des patients, valeurs essentielles à leurs yeux. Néanmoins, à plusieurs reprises, ils admettent commettre des écarts, il y a une discordance entre le monde idéal qu'ils souhaitent et les valeurs qu'ils tentent de transmettre à travers leur propos et leurs actes, leurs réalisations. Le sujet, bien que considéré vulnérable, ne bénéficie pas toujours de toute la considération et les précautions qui devraient être prises à son égard. Ainsi, ces précautions s'appliquent-elles de manière inégales ? Quels patients en bénéficieraient et dans quel contexte ?

Pourquoi ne retrouve-t-on pas de la sollicitude de la part des soignants, en réponse à cette vulnérabilité des patients. Dans les intentions, on la retrouve, on retrouve ce désir d'attention à l'autre, ce désir de préserver son intimité mais elle ne se retrouve pas dans les actes.

5.5. Une normalisation admise

Lorsque l'on travaille aux urgences, les infirmiers le reconnaissent, la manière de penser évolue. En effet, ce qui pouvait heurter les infirmiers à leur arrivée dans le service ne les heurte plus désormais. Conscients de cette problématique, les professionnels admettent que trop d'écarts sont faits et ne devraient pas être permis. L'infirmier le plus âgé constate une banalisation, une normalisation de ces soins portant atteinte au respect de l'intimité des patients. Ce manque de respect de la pudeur du patient se retrouve parfois, avant même le soin commencé. En effet, des panneaux signalétiques qui permettent d'indiquer qu'un soin est en cours à l'entrée des salles de soins, autrefois utilisé, ne le sont que rarement aujourd'hui. Pour autant, peut-on considérer qu'afficher cette signalétique est une réelle perte de temps ? Cela semble davantage tenir compte de l'oubli, l'oubli de la pudeur du patient, pourtant citée comme une valeur fondamentale, que d'une réelle difficulté à mettre en place. La pudeur est ainsi reléguée au second plan. Peut-on alors émettre l'hypothèse qu'un changement dans les représentations de la pudeur des infirmiers a eu lieu ? Cela pourrait-il alors expliquer la différence de posture rencontrée ? Cet infirmier au regard neuf, arrivé aux urgences, qui s'étonnait de situations dans lesquelles la pudeur pouvait être mise à mal et qui désormais participe à la construction de ces scènes qu'il ne juge pas tolérable ?

5.6. Une pudeur à deux vitesses

Au fil de la réflexion, il est mis en évidence que la vulnérabilité des patients n'impacte que finalement très peu la posture des infirmiers. Ainsi on pourrait penser que les représentations du professionnel sur la pudeur ne varient pas tellement en fonction de la vulnérabilité du patient mais plutôt en fonction de d'autres variables. Tout d'abord, lorsqu'il s'agissait d'intervenir de soignant pour la réalisation d'un soin intime ou bien d'y aller à deux soignants, les soins cités étaient des soins réalisés auprès de jeunes patientes. Serait-ce un désir plus important de préserver l'intimité des jeunes patientes que des patients âgés ? Il peut tout de même être intéressant de nuancer ce propos en indiquant que l'argument principalement cité pour justifier de réaliser un soin à deux soignants était d'éviter tout problème, toute ambiguïté. Aussi, il est arrivé par le passé que des infirmiers se retrouvent dans des situations délicates par rapport à des défauts d'interprétation des gestes du soignant par le patient, lors de la réalisation de ces soins intimes. On peut alors se questionner sur le fait que toute cette notion d'interprétation possible impacterait la posture de l'infirmier lors de la réalisation de ces soins. En effet, une vigilance de tous les instants est nécessaire. L'idée que les hommes seraient moins à risque de porter plainte pour une ambiguïté perçue lors d'un soin intime contribue-t-il au caractère moins systématique d'échange entre soignants ? La composante majoritairement féminine dans les services de soin fait-elle intégrer aux patients eux-mêmes qu'un soin intime doit être réalisé par une femme chez une femme ?

5.7. Une identification et des représentations sociales

A la lumière des propos des infirmiers, on s'aperçoit que la demande de consentement n'est pas systématique en amont de la réalisation des soins intimes. Cette demande serait formulée entre autres lorsqu'une gêne du patient serait ressentie par le soignant. Pour autant, les infirmiers s'attachaient à expliquer que lors des soins intimes, la demande de consentement et d'explication du soin était une donnée importante. Pourquoi alors n'est-elle pas systématique ? De plus, cette manière de procéder porte préjudice à des patients qui seraient dys-communicants, âgés ou avec une atteinte de la vision de la réalité qui ne leur permettraient pas de manifester une gêne ou de se rendre compte de l'imprudence des soignants. Pour ces patients, il sera alors plus difficile voire impossible de le verbaliser. Un des infirmiers ajoute même qu'à partir d'un certain âge, le recueil du consentement est moins fréquemment réalisé. Pour autant, les exemples de patients cités précédemment, à savoir les patients âgés, dys-communicants notamment, appartiennent tous deux à la catégorie de patients vulnérables établis par les infirmiers. On peut alors s'interroger sur les raisons conscientes ou non, qui motivent les soignants à faire des différences entre patients, alors même qu'ici certains patients, qui répondent à des critères de vulnérabilités présentés par les soignants, en seraient impactés. Un début de piste évoqué est celle de l'identification au patient. Si le soignant s'identifie moins au patient alors serait-il moins susceptible de veiller à ce que la pudeur soit respectée ?

Effectivement, les infirmiers témoignent qu'il y a une part de vigilance des soignants lorsque les patients se situent dans leurs âges, et qu'ils essaient également d'intervenir lorsque cela est possible. Il est possible de mettre cela en lien avec la notion d'identification au patient, précisée ci-dessus.

Lorsque l'on questionne les professionnels sur les manquements au respect de la pudeur, notamment la réalisation d'électrocardiogrammes dans le couloir du service des urgences, un des infirmiers indique que « Pour les hommes, on va avoir l'impression que ça va être moins dérangeant ». Comment les professionnels ont-ils pu être amenés à conduire ces réflexions et à partir de quel postulat ? Cette différence faite tient de représentations du soignant, de représentations ici partagées : on peut parler de représentations sociales. Cette forme de connaissance, socialement élaborée et partagée qui concourt à la construction d'une réalité commune et guide et organise les conduites. Telle qu'on peut le voir ici, ces représentations sont implantées dans le système de pensées des soignants. Ces réflexions menées par les soignants sont d'autant plus problématiques qu'à posteriori ils ont conscience que ces patients pourraient être gênés de la même manière. La différence d'attention portée au patient quant à la nécessité de préserver son intimité est également observable lorsque l'on évoque la zone de transfert aux urgences. Cette zone, tant décriée par les soignants et jugée inacceptable en ce qu'elle ne respecte pas l'intimité des patients, accueille pourtant une population bien spécifique. L'échange avec un des infirmiers m'a appris que cette zone, initialement prévue pour accueillir les patients en attente d'affectation de service, avait été détournée de sa fonction originelle. En effet, elle accueille dorénavant majoritairement les personnes alcoolisées, fréquemment retrouvées aux urgences.

Ces personnes alcoolisées ont pourtant été citées dans la catégorie des personnes vulnérables. Si la volonté des soignants étaient de davantage protéger ces personnes vulnérables, pour quelle raison alors seraient-elles affectées dans des zones que les soignants aimeraient voir disparaître et qui ne respectent en rien les concepts de pudeur et d'intimité ? On peut rapprocher également cette situation de celle des représentations sociales.

5.8. Synthèse de la discussion

La discussion a permis de mettre en évidence plusieurs points essentiels. Le premier relève d'un conflit de valeurs chez les soignants, tiraillés d'un côté par le désir de préserver la valeur fondamentale qu'est le respect de la pudeur, et de l'autre les contraintes extérieures qui s'imposent à eux. De plus, s'il est acceptable, en cas d'urgence d'absolue, de prioriser la dimension somatique du soin, il est ici question d'urgences majoritairement relatives et, bien qu'empreintes de pression temporelle, laissent davantage le temps de s'organiser et de respecter la pudeur des patients. Ces patients d'ailleurs qui, pour certains, seront vulnérables par leurs histoires et parcours de vie, et pour les autres qui seront vulnérables par le simple fait d'être hospitalisé aux urgences et de se retrouver dans un milieu qui les bouscule. Les infirmiers présentent une posture délicate avec cette envie témoignée, ces intentions de bien faire, de prêter attention à l'autre mais qui contrastent avec les actes finalement réalisés. Si une discordance est observée entre les intentions et les actes et pose un problème postural, cela peut s'expliquer dans un premier temps par une banalisation de certains manquements à la pudeur, à une normalisation admise dans les services d'urgence. La pudeur, au fil du temps d'exercice au sein des urgences, apparaîtrait alors secondaire. Au-delà de cette variable, on peut également supposer que d'autres également participent à ces manquements au respect de la pudeur. S'il n'a pas été démontré qu'une posture différente des soignants était adoptée auprès des patients vulnérables particulièrement, il est possible de remarquer qu'il y a un changement de posture observable mais patient-dépendant ou bien catégorie de patients dépendant. On remarque que la catégorie des jeunes filles par exemple est davantage préservée et respectée dans son intimité tandis qu'une moins grande importance semble être accordée aux hommes, personnes âgées et personnes présentant un éthylisme. Ceci peut s'expliquer par un souci d'identification aux patients, ou bien de représentations sociales, croyances sociales élaborées qui contribueraient à une différence de posture significative entre différentes catégories de patients.

Cependant, j'estime que l'on ne devrait pas retrouver des traitements inégaux entre patients. Chaque patient est vulnérable, chaque patient doit pouvoir être respecté en tant qu'être humain dans ses valeurs fondamentales telles que le son intimité et sa pudeur. Le code de déontologie des infirmiers le rappelle bien, à l'article R4312-3 où des valeurs telles que le « respect de la vie humaine, la dignité, l'intimité du patient » sont énoncées.

5.9. Apport de ces résultats pour ma future pratique professionnelle

Ces résultats de recherches signifiants vont m'être d'une grande aide pour ma future pratique professionnelle. En effet, avoir pu constater ces manquements au respect de la pudeur, l'avoir conscientisé ainsi que d'en avoir analysé les causes me permettra de ne pas tomber dans cet écueil et de veiller à ce que l'intimité du patient et le respect de sa pudeur soient des valeurs que je continue de porter sur moi.

L'étude des représentations sociales est également une donnée qui m'apparaît importante. S'il est admis qu'elles sont d'une grande aide afin de mieux cibler les besoins des populations étudiées, j'estime également que leur étude peut être une grande aide afin de préserver au mieux la pudeur dans les soins et ce, indifféremment de la population soignée.

5.10. Cheminement vers une question de recherche définitive

Si je devais ajuster ma question de départ et cheminer vers une nouvelle question de recherche définitive, je considérerais davantage la part faite, chez l'infirmier, aux représentations sociales des patients cette fois-ci. En effet, il a été possible d'admettre que les représentations de l'infirmier sur la pudeur impactaient la prise en soin des patients vulnérables et ce, dans différentes mesures. Néanmoins, les représentations de la pudeur de l'infirmier étant changeantes, aussi bien avec le temps d'exercice dans un service urgence qu'en fonction du patient rencontré, sa posture se retrouve alors impactée de manière indifférenciée devant des patients vulnérables. La vulnérabilité en tant que telle du patient n'a pas d'impact sur la posture de l'infirmier et il est ainsi difficile d'évaluer dans quelle mesure ses représentations sur la pudeur ont un impact sur sa posture lors de la réalisation de ces soins intimes. Par conséquent, étudier les représentations sociales de l'infirmier sur les patients me semble davantage pertinent et semble être une donnée à davantage prendre en considération.

6. Conclusion

Du choix de la thématique à la conclusion de ce MIRSI, en passant par la formulation de la problématique, l'élaboration du cadre conceptuel ainsi que des entretiens réalisés, ce travail fait suite à une longue démarche réflexive entamée durant ma formation. S'il n'a pas été aisé de s'initier à ce premier travail de recherche, son aboutissement permet de nouvelles ouvertures.

En effet, ce travail a permis de conclure que la posture des infirmiers lors de soins intimes réalisés aux urgences sur des patients vulnérables était impactée par leurs représentations sur la pudeur, dans différentes mesures. Ces représentations sur la pudeur, pour lesquelles les mécanismes semblent similaires pour les infirmiers aux urgences, dépendent de deux variables identifiées : la première étant celle de la durée d'exercice dans un service d'urgence en tant que soignant ; la seconde variable étant le type de patient rencontré lors du soin, indépendamment de sa vulnérabilité. Ainsi, la vulnérabilité du patient n'impacterait pas la posture de l'infirmier au regard de ses représentations de la pudeur, ces

dernières n'étant pas rattachées à la vulnérabilité des patients mais davantage à la catégorie de patients rencontrés. De cette manière, il apparaît intéressant, pour poursuivre ce travail de recherche, d'étudier l'impact, sur sa posture, des représentations sociales de l'infirmier sur les différents patients lors de soins intimes réalisés aux urgences. C'est alors cette dimension qu'il sera intéressant d'aller explorer. Pour conclure, il est intéressant de rappeler que, comme l'indique Eric Fiat, nous vivons dans une société avec une médecine qui est objectivante, qui objective le corps et qui fait apparaître la dimension somatique du soin prioritaire sur le reste. Toutefois, en tant qu'étudiant infirmier, je ne peux me satisfaire d'un soin, quand bien même serait-il réussi d'un point de vue technique, s'il ne prend en compte que cette dimension somatique. En effet, considérer le patient dans sa dimension humaine et toutes ses composantes m'apparaît tout aussi essentiel, et veiller au respect de sa pudeur l'illustre parfaitement. A l'heure où l'intelligence artificielle se développe à grande vitesse et menace certains corps de métiers, le métier d'infirmier quant à lui ne semble pas encore menacé. Si notre métier est épargné, c'est bien parce que ce qui nous distingue des machines ce sont nos valeurs, et il est important de continuer à les porter bien haut, car ce sont elles qui guident la relation de soin. Si le soignant se fait un jour remplacer par des machines, alors on ne pourra que constater d'avoir vu disparaître ce qui nous constituait en tant que soignant, en tant qu'être humain.

BIBLIOGRAPHIE

- Image page de garde : SAMU URGENCES DE France – Facebook (2022)
<https://m.facebook.com/samuurgencesdefrance/photos/pr%C3%A9server-la-pudeur-et-lintimit%C3%A9-de-nos-patientsle-prendre-soin-est-le-r%C3%B4le-prop/1744671965874951/>
- Bleichner, G. (2004). *Architecture des services d'urgence – Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence*. Hôpital Broussais, Paris.
https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/recom_sfmu_archi_service_urg.pdf
- Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir (2021). *Je suis hospitalisé(e) – Types d'admission*.
<http://www.ch-redon-carentoir.fr/je-suis-hospitalise-e/types-d-admission-1990.html>
- Charpentier, S. Professeur (2018). *Organisation du système d'accueil dans les services d'urgence*. Université Paul Sabatier Toulouse III – Hôpitaux de Toulouse - INSERM
https://www.pompiers.fr/sites/default/files/content/download-file/12_organisation_du_systme_daccueil_dans_les_services_durgencespr_s.charpentier.pdf
- CHU Vaudois (2020). *Organisation des soins – urgences médicales et chirurgicales*.
<https://www.chuv.ch/fr/urgences/urg-home/patients-et-familles/votre-arrivee-aux-urgences/organisation-des-soins>
- DE BROCA, A. (2016). *Soigner aux rythmes du patient*.
<https://www.vuibert.fr/ouvrage/9782842762179-soigner-aux-rythmes-du-patient>
- DREES (2003). *Les usagers des urgences – Premiers résultats d'une enquête nationale*.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er212.pdf>
- DREES, (2017). *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
- DREES. Les établissements de santé (2021). *La médecine d'urgence*.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20médecine%20d'urgence.pdf>
- Dumont, M. (2019). L'intimité à l'épreuve du soin. Dans : Miguel Jean éd., *L'intimité menacée : Le souci de l'intimité dans la pratique du soin et de l'accompagnement : quels enjeux éthiques ?* (pp. 95-104). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.migue.2019.01.0095>
- Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W. (2011). *La banalisation de l'humain dans le système de soins*.
<https://www.vuibert.fr/ouvrage/9782842761738-la-banalisation-de-l-humain-dans-le-systeme-de-soins>
- Espace Éthique. (2013, 4 avril). *Eric Fiat - La dignité - Conception moderne (6/6)* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=SHRNsvgX4w>
- Favetta, V. & Feuillebois-Martinez, B. (2011). « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers*, 107, 60-75. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0060>

- Fiat, É. (2007). Pudeur et intimité. *Gérontologie et société*, 30(122), 23-40. <https://doi.org/10.3917/gs.122.0023>
- Galabru, S. (2019). Paul Ricœur et Emmanuel Levinas : *vulnérabilité, mémoire et narration : Peut-on raconter la vulnérabilité ? Études Ricoeuriennes / Ricoeur Studies*. <https://doi.org/10.5195/errs.2019.466>
- Galand, C. & Salès-Wuillemin, É. (2009). *Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé*. *Sociétés*, 105, 35-44. <https://doi.org/10.3917/soc.105.0035>
- Galichon, B. (2014). *Le service des Urgences aujourd'hui*. Laennec, 62, 25-35. <https://doi.org/10.3917/lae.141.0025>
- HUG Hôpitaux Universitaires Genève (2020). *Mission du Service des urgences*. <https://www.hug.ch/urgences/mission>
- Lacroux, M. (2023, 26 mars). *Urgence absolue, pronostic vital engagé. . . Que veut dire le vocabulaire utilisé pour qualifier les blessés ?* Libération. https://www.liberation.fr/france/2018/12/14/urgence-absolue-pronostic-vital-engage-que-veut-dire-le-vocabulaire-utilise-pour-qualifier-les-bless_1697929/
- Lameul, G. (2016). *Postures et activité du sujet en formation : de l'intention au geste professionnel*. Pédagogiques (Montréal), 32(3). <https://doi.org/10.4000/ripes.1160>
- Le Moal, S. (2007). *Le respect de l'intimité corporelle de la personne âgée*. *Gérontologie et société*, 30(122), 215-221. <https://doi.org/10.3917/gs.122.0215>
- Leconte, P. (2009). La sollicitude. Une lecture de Paul Ricœur. *L'Enseignement philosophique*, 59A, 3-13. <https://doi.org/10.3917/eph.594.0003>
- Légifrance. LOI n°2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à *consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044367862>
- Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. (2003). Circulaire DHOS/O 1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à *la prise en charge des urgences*. <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
- Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2009). *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. <https://solidarites.gouv.fr/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap-ou-de-dependance>
- Morvillers, J. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 77-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
- Ordre National des Infirmiers. (2016). *Code de déontologie des infirmiers – Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016*.

<https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/deontologie/CodeDeontologieCommentaire-01102021.pdf>

- Ouimet, M. (2009, 29 septembre). *Urgences, la cour des miracles*. La Presse.
<https://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200909/28/01-906430-urgences-la-cour-des-miracles.php>
- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – 2^e édition* Broché 1 avril 2015
<https://www.amazon.fr/Dictionnaire-concepts-soins-infirmiers-edition/dp/B00R404KJG>
- Philomonaco //. (2017, 10 juin). *Pudeur et intimité // Eric Fiat* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=dH2M-cOzcI0>
- Pianelli, C., Abric, J. & Saad, F. (2010). *Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation*. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 86, 241-274. <https://doi.org/10.3917/cips.086.0241>
- Pors, M. J. L. (2006, 25 avril) (s. d.). *La théorie des représentations sociales - cadredeante.com*.
<https://www.cadredeante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations>
- RCF Radio. (2019, 5 septembre). *Cynthia Fleury : « le soin, c'est ce qui fonde notre humanisme »*. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=oQLgFLGrV0k>
- Rosenstrauch, C. (2016). *Les temps en service d'urgences*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 56, 157-171. <https://doi.org/10.3917/ctf.056.0157>
- Sénat. (2022, 29 mars). *Hôpital : sortir des urgences - Rapport - Sénat*
<https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-130.html>
- Solidarum. (2017, 21 novembre). *Cynthia Fleury : la vulnérabilité en partage*.
<https://www.solidarum.org/sante/cynthia-fleury-vulnerabilite-en-partage>
- Thomas, J. (2010). *La cour des miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise*. Dans : Hélène Romeyer éd., *La santé dans l'espace public* (pp. 117-131). Rennes : Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.romey.2010.01.0117>
- Vassy, C. (2004). *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire*. *Mouvements*, 32, 67-74. <https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067>
- Vigil-Ripoche, M. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2^{ème} édition* (pp. 244-249). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0244>
- Zielinski, A. (2011). *La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité »*. Cahiers philosophiques, 125, 89-106. <https://doi.org/10.3917/caph.125.0089>

ANNEXES

Annexe I : Situation d'appel numéro 3 version intégrale

Annexe II : Guide entretien

Annexe III : Entretien numéro 1

Annexe IV : Entretien numéro 2

Annexe V : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I - Situation d'appel numéro 3 version intégrale



ANALYSE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

PROMOTION : 2020-2023

NOM : DUMANS

PRENOM : BENJAMIN

SEMESTRE : 4

ANALYSE DE PRATIQUE N°6

THÉMATIQUE : Le respect de la pudeur dans les soins

REFERENT PEDAGOGIQUE : DELAMBILY SIMON

SIGNATURE DU REFERENT PEDAGOGIQUE :

Étudiant en fin de deuxième année à l'IFSI du CHU à Pontchaillou, j'ai effectué mon second stage du quatrième semestre aux urgences du CHU à Pontchaillou.

Durant ce stage j'ai pu découvrir les différents secteurs qui composent les urgences, à savoir : L'accueil, les modules de soins, la salle de déchocage et l'UHTCD (Unité Hospitalière de Très Courte Durée).

Il faut savoir qu'il existe trois modules de soins aux urgences : Le module A, qui est axé sur la traumatologie principalement, qui est également appelé « circuit court », dans lequel les patients rentrent à domicile généralement après avoir pu bénéficier des soins.

Les modules B1 et B2, les deux autres modules de soins, accueillent les autres patients après leur passage par l'IAO (l'accueil des urgences) qui priorise et répartit les patients dans les différents secteurs ou bien les réoriente.

Les modules B1 et B2 sont symétriques, ils disposent de six « boxs » (salle d'examen) dans lesquels il est possible d'installer un à deux patients, ainsi qu'un supplémentaire disposant de deux brancards fixes, qui permettent aux médecins d'examiner les patients capables de se déplacer à leur arrivée aux urgences. La majorité de mon stage s'est déroulée dans les modules de soins ; Et c'est le mardi de ma dernière semaine de stage, que j'effectuais de nuit, que va se porter mon analyse de pratique professionnelle.

Il faut savoir qu'en moyenne, aux urgences, le nombre d'entrées journalières est un peu moins de 200. On s'aperçoit déjà, d'après la description précédente, qu'il y a un écart entre le nombre de patients nécessitant des soins et la capacité d'accueil des urgences.

A mon arrivée ce mardi soir, les urgences avaient accueillis beaucoup de patients dans la journée et il restait environ 20 patients dans le module de soin B1. Il y avait donc des gens qui attendaient en salle d'attente assis et d'autres qui attendaient en brancard dans les couloirs.

Un patient, âgé de 78 ans, atteint de troubles psychiatriques, dans l'incapacité de se déplacer, nécessitait la pose d'une sonde urinaire. Cependant, les patients occupant les boxs ne pouvaient pas être déplacés le temps du soin. En effet, pour diverses raisons selon leur motif d'entrée, ils nécessitaient d'être dans une salle d'examen avec le matériel adapté. C'est pourquoi, ce patient (que l'on va nommer « Mr P ») a exceptionnellement été installé dans le box avec les brancards fixes. Ce box pouvant accueillir deux patients, un paravent séparait les deux moitiés de la salle, néanmoins trop peu suffisant pour conserver une réelle intimité.

On avait alors d'un côté Mr P, installé sur son brancard, qui attendait que l'on vienne poser sa sonde urinaire et de l'autre côté du paravent un brancard fixe inoccupé. De plus, il faut savoir que la salle est accessible par deux portes, donnant sur le couloir, et qui laissent entrevoir une bonne partie de la pièce. Pour réaliser ce soin, j'étais accompagné d'une étudiante en fin de troisième année. Ensemble nous allons expliquer le soin au patient et commençons à préparer le matériel. Nous étions en train de réaliser la toilette préalable au soin, lorsque la seconde porte s'ouvre et que le médecin entre avec un patient. Voyant bien que Mr P était dénudé, sans réaction particulière et sans un mot nous étant adressé, il ausculte son patient. Puis, il sort de la chambre en laissant la porte ouverte, laissant alors notre patient

visible de tous du couloir. Nous refermons alors la porte et poursuivons le soin. Nous commençons à introduire la sonde lorsque le médecin rentra une nouvelle fois avec un autre patient, qui porta un regard curieux sur Mr P. Embarrassé, ce dernier, avec qui la communication orale était plus que difficile, finit par cacher ses parties intimes avec le masque chirurgical qu'il venait de décrocher de son visage. Le médecin laissera la porte ouverte une seconde fois après l'auscultation du patient.

Cette situation n'a pas été simple à vivre puisqu'elle a mis en jeu plusieurs éléments. D'une part, la pose d'une sonde urinaire à demeure n'est pas encore un acte que je maîtrisais totalement. Il fallait donc que je me concentre sur la réalisation du soin pour rester stérile, tout en prenant en compte la gêne du patient, en essayant de conserver sa pudeur et sa dignité au maximum. Combiné à tout cela, il y avait la gestion des passages successifs du médecin avec de nouveaux patients.

Pendant que je réalisais le soin, je demandais à l'étudiante de 3^e année de fermer la porte lorsqu'elle restait ouverte. En échangeant avec elle, on se demandait quelle était la manière la plus appropriée pour faire comprendre au médecin qu'il fallait qu'il prenne en compte Mr P et la gestion de son intimité tout en ayant la possibilité évidemment d'ausculter les patients. La pose d'une sonde étant un geste invasif, la priorité a été donnée à la réalisation la plus rapide et efficace possible de ce soin, tout en fermant la porte après les passages du médecin, accompagné de quelques remarques à propos de ceci à voix basse. En effet, on voulait indirectement faire comprendre au médecin notre incompréhension et colère vis-à-vis de la situation sans pour autant que ce soit préjudiciable pour nous ensuite, pour la suite de notre stage. En effet, mettre en situation précaire le médecin devant des patients de surcroît n'est pas simple, encore moins avec le statut d'étudiant.

Cette situation m'a néanmoins beaucoup questionné, en effet plusieurs éléments peuvent être ressortis de tout cela. Le médecin, à travers son statut, pense-t-il pouvoir être au-dessus des règles de respect de la pudeur ? Quelle aurait été la manière appropriée de lui signifier qu'il fallait durant la réalisation de notre soin, qu'il s'adapte ? On sait que les urgences n'ont plus la capacité d'accueil nécessaire face au flux de patients et que les bâtiments ne sont plus adaptés. Une capacité d'accueil davantage adaptée aurait-elle permis d'éviter cette situation ? Mais, s'il devait y avoir une interrogation principale éveillée en moi, c'est de savoir si cette situation se serait produite si à la place de Mr P, c'était une jeune femme de 20 ans qui avait nécessité la pose de cette sonde.

Je n'imagine pas que cette situation aurait pu se produire. En effet, des patients dans d'autres boxes auraient probablement été transférés le temps du soin, dans la salle de « brancards fixes », et la jeune femme aurait eu une salle d'examen individuelle pour la réalisation du soin.

La responsabilité de cette situation nous incombe également puisque nous aurions pu anticiper cette situation. Néanmoins, aux urgences, le temps est précieux et déplacer les brancards aurait pu être envisagé comme une perte de temps. Avec le recul, le temps nécessaire au déplacement des brancards n'aurait pas été plus important que le temps finalement perdu lors du soin avec les nombreuses

interruptions. Et puis, le plus important, qu'est ce qui prime ? La perte de temps occasionnée ou bien la pudeur du patient ? Aurions-nous apprécié qu'un de nos parents ou grands-parents subissent cette situation inconfortable ?

Malheureusement, après mes expériences de stages passées, j'ai pu m'apercevoir que la pudeur du patient était moins respectée en fonction de son âge. En effet, plus l'âge du patient était avancé, moins il semblait déranger pour les équipes de dévoiler des parties de leur anatomie et moins d'efforts étaient faits pour conserver la pudeur et dignité du patient. En effet, pour des soins d'hygiène il arrivait parfois qu'ils s'effectuent porte ouverte pour des personnes âgées, ou bien de la même manière pour des injections d'anti-coagulants, soins effectués la porte ouverte également malgré que le patient soit dénudé (même partiellement). Ce sont des situations que je n'ai jamais retrouvées pour un patient jeune.

Autre exemple, la demande du consentement du patient à ce que l'étudiant reste pendant le soin, notamment lorsque c'est un soin qui nécessite que le patient soit dénudé (ECG, toilette, etc.). Lorsque le patient est jeune, et du sexe opposé encore plus, la demande est systématiquement faite au patient. Parfois ce dernier peut refuser que l'on assiste ou que l'on pratique le soin et c'est justement là que réside l'intérêt d'en faire la demande. Malheureusement, pour les soins sur un public âgé, la demande n'est pratiquement jamais réalisée, ce qui démontre que les équipes estiment qu'il est moins important de respecter la pudeur chez une personne âgée.

Conscient du phénomène, je m'évertue avant chaque soin, quel qu'il soit, quelque public ce soit, de demander le consentement du patient à ce que ce soit moi qui le réalise. En effet, il faut toujours imaginer que cela pourrait être quelqu'un de notre entourage, ou bien même nous plus tard qui nous retrouverions dans cette situation. Des éléments tels que des locaux qui ne sont plus adaptés au flux de patients, tels que la charge de travail, et bien d'autres, peuvent néanmoins impacter tout cela. C'est ce qui s'est produit dans la situation évoquée ci-dessus. Bien que cette organisation soit propre aux urgences, je me servirai de ceci à l'avenir pour anticiper certaines situations qui pourraient manquer de respect à des valeurs essentielles telles que la pudeur pour les patients.

Annexe II – Guide d’entretien

1-Parlez-nous de votre parcours professionnel ?

(Objectif : Connaître le parcours professionnel de l’infirmier rencontré)

2-Quel type de population accueillez-vous aux urgences ?

(Objectif : Identifier la population accueillie aux urgences)

3- Selon vous, quels types de patients vous apparaissent vulnérables aux urgences ? Pourquoi ?

(Objectif : Identifier les représentations des infirmiers sur la vulnérabilité des patients accueillis aux urgences)

4- Si je vous dis « respect de la pudeur aux urgences », que me répondez-vous ?

**(Objectifs : -Identifier les représentations de la pudeur de l’infirmier)
-Identifier les causes du non-respect de la pudeur aux urgences)**

5-Quels sont selon vous les soins intimes réalisés aux urgences ?

(Objectif : Identifier les soins intimes réalisés aux urgences)

6-A quoi êtes-vous vigilant lors de la réalisation de ces soins aux urgences ?

(Objectif : Identifier la posture de l’infirmier lors de la réalisation de soins intimes aux urgences)

7-Pour ces soins-là, quelle différence faite vous entre leur réalisation aux urgences et dans un autre service de soin ?

(Objectif : Identifier la différence de posture de l’infirmier lors de la réalisation de soins intimes en fonction du lieu d’exercice)

8- Lorsque vous apprenez que vous devez réaliser un soin intime à une personne vulnérable, quelle est votre première préoccupation ?

(Objectif : Identifier la préoccupation de l’infirmier lors de la réalisation de soins intimes à des personnes vulnérables aux urgences)

9-Que ressentez-vous lorsque vous voyez une porte ouverte (d’un box) lors d’un soin intime ?
(Identifier l’importance accordée par l’infirmier au respect de la pudeur des patients lors d’un soin intime)

10-Vous êtes-vous surpris à réaliser un soin intime sans nécessairement veiller au respect de la pudeur du patient ? Si oui, dans quelle situation ? A quel moment avez-vous pris conscience que la pudeur du patient n’avait pas été respectée ?

11-Avez-vous quelque chose à rajouter ?

ANNEXE III – Entretien numéro 1

Bonjour, dans le cadre de ma troisième année je suis amené à réaliser un mémoire. Ce mémoire aborde la réalisation de soins intimes aux urgences auprès de personnes vulnérables.

Je vous remercie d'accepter de répondre à cet entretien semi-directif qui sera enregistré et anonymisé. Êtes-vous toujours d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

IDE (Infirmier Diplômé d'Etat). Oui

ESI (Etudiant en Soins Infirmiers). Parle-moi de ton parcours professionnel

IDE. Je suis infirmier diplômé depuis 2020. Je suis diplômé d'un IFSI de Vendée. J'ai commencé en réanimation pendant 5 mois, puis 5 mois en pneumologie toujours dans le même hôpital et après j'ai fait de l'intérim pendant 1 an et je suis arrivé aux urgences de Rennes en janvier 2022. Non, pardon je suis arrivé en mars 2022 et avant, de janvier à mars, j'ai fait de l'intérim.

ESI. Était-ce un choix de ta part d'aller aux urgences après l'intérim ?

IDE. Oui, je faisais beaucoup d'urgence en intérim. En Vendée c'était plus facile de trouver le service d'urgence. Et en arrivant ici, il y a très peu de service d'urgence en intérim, j'ai préféré prendre un poste fixe et aussi pour en faire plus de services d'urgence pour me spécialiser dans le milieu de l'urgence.

ESI. A l'heure actuelle, ça te convient comme poste ?

IDE. Oui, totalement, je ne me vois pas ailleurs pour l'instant.

ESI. Quel type de population accueilles-tu aux urgences ?

IDE. Rennes est un très grand service avec 200 passages quasiment par 24h, un peu moins en ce moment. C'est vraiment une population très variée... On a de la personne âgée, on n'a pas de nourrisson, c'est à partir de 16 ans ici, des gens avec des revenus...sans jugement...mais d'un milieu social un peu plus bas et d'autres plus élevé. C'est vraiment très varié. Il n'y a pas de population type, mais que de l'adulte.

ESI. Selon vous quel type de patients vous apparaissent très vulnérables aux urgences et pourquoi ?

IDE. Il va y avoir pour moi en premier les personnes âgées du fait de leur fragilité, leur vulnérabilité surtout celles qui sont désorientées, qui ont des troubles cognitifs, qui sont moins vigilantes à tout ce qui pourrait se passer autour d'elles. Elles peuvent être moins actrices de leur prise en charge. Elles ont

moins de force aussi entre guillemet face aux personnes qui pourraient être violentes, ou essayer de les voler, ou quoi que se soit.

Après, toutes les personnes victimes de viol ou de chose comme ça, ou de violence, qui vont arriver dans un état psychique diminué entre guillemet, au sens où elles sont choquées parce qu'il vient de leur arriver ou ce qui a pu leur arriver. Du coup, elles seront forcément moins vigilantes à tout ce qui se passera autour d'elles. Et les personnes alcoolisées du fait de l'alcool ou de la drogue qui vont être du coup moins vigilantes naturellement à tout ce qui va leur arriver, tout ce qui va se passer autour d'elles.

ESI. Si je te dis respect de la pudeur aux urgences, que me réponds-tu ?

IDE. Difficile... C'est difficile je trouve à respecter même si c'est quelque chose de très important parce que si j'étais à la place d'un patient je ne voudrais pas être mis à nu en plein milieu du couloir. C'est quelque chose que personnellement, et je trouve que les collègues essaient au mieux, de respecter mais qui n'est jamais complètement respecté parce qu'il arrive de donner des urinaux aux patients dans les couloirs, même si on met un drap, les personnes autour se doutent de ce qu'est en train de faire la personne, alors forcément en terme de pudeur on n'est pas au maximum, mais malheureusement après peut être qu'on se cache derrière ça, mais le fait qu'il y ait beaucoup de patients ça rend un peu difficile de rentrer/sortir des brancards toutes les minutes pour installer les patients au calme. Je pense qu'on se cache derrière ça et d'un point de vue technique ça me paraît aussi compliqué de passer notre temps à ça et puis on essaie au mieux de respecter cette pudeur je pense en mettant des draps, le plus possible en mettant les gens dans les box, dans les salles de soins, mais ils sont mis à mal toujours c'est sûr.

ESI. Donc pour toi, qu'est-ce qui fait qu'elle ne puisse pas être respectée dans l'idéal ?

Le nombre de patients, pour moi, qui fait que souvent toutes les salles de soins qu'on a sont occupées. La population vieillissante, puisque ce sont des gens qui ont besoin d'aide, de bassins, d'urinaux, qui ne peuvent pas aller du coup aux toilettes et faire leurs affaires tranquillement, au calme. Principalement ça je trouve. Les locaux du fait qu'il n'y ait pas assez de box. Mais en même temps on ne peut pas avoir autant de box que de patients vu le nombre de patients qu'on a.

ESI. Quels sont selon toi les soins intimes qui peuvent être réalisés aux urgences ?

IDE. En terme de soins, tous les soins de confort qui vont être l'urine, les selles, etc, les toilettes en général. Par contre les toilettes quand on en a faire pour les blocs, on met les gens vraiment en salle de soins. Pour ça on respecte. L'habillage, c'est un soin entre guillemet. En général, les gens autonomes vont aux toilettes. Ceux qu'on rhabille, suivant comment ils sont en dessous leur chemise s'ils n'ont rien en dessous, on essaie le plus possible de les mettre dans une salle de soins pour les préparer afin qu'ils

puissent rentrer. C'est principalement tout ce qui va être urine et selle qui sont parfois faits dans le couloir.

ESI. Après en terme de soins techniques que tu pourrais préparer ?

IDE. Techniques intimes, après...pose de sonde urinaire, des choses comme ça où il faut mettre à nu. C'est sûr que c'est fait en salle de soins, je n'ai jamais vu en faire dans les couloirs. Après suivant la définition de chacun, tout peut être intime parce que les gens n'ont pas forcément envie de montrer qu'ils ont un pansement ou plaie à tel endroit. Les pansements, les seuls que j'ai pu faire, c'était en module A et tout le temps ils ont été refaits, et je pense qu'en général, les collègues les refont dans les salles de soins. Je pense que ça va être plutôt la partie élimination : urine et selle qui peuvent être faites dans le couloir. Après le reste, tout ce qui va être soins techniques à proprement dit : pansement, pose de sonde urinaire, pose de sonde nasogastrique, des choses qui pourraient choquer sont en général, d'ailleurs tout le temps même, faites en salle de soins.

ESI. Tu dis que c'est fait en salle de soins, mais est-ce que ça t'est arrivé malgré tout d'être dérangé ?

IDE. Oui

ESI. ou alors d'être dans une salle de soins avec un autre patient ?

IDE. L'intimité envers les autres patients présents est respectée mais envers.... comment dire on peut être dérangé par d'autres collègues, et du coup l'intimité est biaisée par l'intervention d'autres collègues qui n'ont pas forcément besoin d'être au courant ou pour lequel le patient n'a pas voulu qu'il soit vu par ces collègues. Mais pour d'autres patients, en général, on ferme les portes des salles de soins, donc on est très rarement mal...Peut être parfois par des patients désorientés qui ouvrent les portes mais c'est quand même très très rare mais par les collègues oui.

ESI. Lorsque j'étais en stage aux urgences, il y avait des box, et des doubles qui sont juste séparés par un paravent. Ça t'arrive aussi parfois de réaliser ce genre de soins, juste séparé par un paravent ?

IDE. C'est vrai que pour le coup l'intimité n'est pas complète non plus. C'est vrai que pour ce genre de soins, autant pour certains gros soins on laisse les patients seuls mais pour ces soins, poses de sonde, et tout ça, on laisse les patients en box doubles, on met un paravent et voilà. C'est vrai pour autant le voisin entend tout.

ESI. Tu as déjà eu des plaintes de patients qui se plaignaient de ça, que ce soit pour celui qui reçoit les soins ou pour celui qui est à côté ?

IDE. Pas pour ma part. Pour les soins, j'avoue que je n'ai jamais eu trop de demande. Pour l'urine en général quand la personne est en box double, je mets le paravent et je demande à la personne si ça ne la dérange pas. Pour les soins, c'est vrai que je n'ai jamais demandé et je n'ai jamais eu de retour non plus des patients.

ESI. Du coup par rapport à ces soins intimes, à quoi es-tu vigilant lors de leur réalisation quand tu es aux urgences ?

IDE. Au respect maximal de la pudeur et de l'intimité déjà. Comme on parlait des box doubles mettre au moins le paravent, quand c'est l'installation de matériel comme des bassins urinaux, mettre au moins un drap en plus sur la personne pour qu'elle soit au mieux on va dire. Pareil dans les couloirs, on va mettre des draps surtout parce qu'on n'utilise pas les paravents dans les couloirs. Et pour les autres soins techniques, bien expliquer aux patients ce qui va se passer aussi pour que lui ne se sente pas perturbé, ce sont quand même des soins assez invasifs, notamment je pense à la pose de sonde urinaire. Du coup bien expliquer au patient et après fermer la porte, se mettre au calme dans la salle de soins, respecter au maximum comme on peut. Après c'est vrai, prévenir les collègues. Certains sont au courant qu'on fait tel ou tel soin mais les prévenir, leur demander de ne pas venir, ce sont des choses auxquelles que je ne pense pas forcément.

ESI. Pour ces soins-là quelle différence fais-tu entre leur réalisation aux urgences et dans un autre service de soin ?

IDE. Comment ça ?

ESI. Pour les soins intimes par exemple, entre leur réalisation dans un service de soin classique et aux services d'urgence, est-ce que tu perçois une différence ?

IDE. Je pense qu'il y a un meilleur respect de l'intimité, de la pudeur dans les services de soins parce que les patients sont souvent en chambre seule, après il arrive qu'il y ait des chambres doubles je ne sais pas si c'est fait différemment. En général, les patients restent en chambre doubles, donc là pour le coup je pense que ça va correspondre aux box doubles ou quelque chose comme ça. Mais sinon les patients sont en chambre seule pour la plupart des soins donc le respect de l'intimité est beaucoup mieux dans les services de soins pour moi.

ESI. Du coup pour toi elle dépend beaucoup de la configuration des salles et d'être seul ?

IDE. Oui ça, après aussi le fonctionnement des services pour en avoir fait un petit peu. Souvent, il n'y a entre guillemet qu'un infirmier ou aide-soignant par secteur, donc il arrive qu'on soit moins souvent dérangé dans la réalisation du soins et ce sont des patients qui sont là un petit peu plus longtemps, qui sont un peu plus au courant de leur situation, qui connaissent un peu mieux les équipes, à qui on explique je pense souvent mieux les choses qu'aux urgences, donc qui peuvent être mieux préparés à ce type de soin, un peu mieux à comprendre, même si je pense qu'aux urgences on fait au mieux encore une fois, même si on n'est pas au même niveau que ces services là en terme de respect.

ESI. Est-ce que tu trouves que c'est plus simple ou plus difficile aux urgences par exemple si un patient préfère ce soit un homme ou une femme qui réalise son soin, est ce que c'est plus facile d'échanger de professionnel aux urgences ou dans les services de soins ?

IDE. Je pense que c'est plus facile aux urgences car on est plus nombreux et les équipes sont plus diversifiées. Comme je le disais, souvent en service c'est un binôme AS/infirmier ou alors éventuellement parfois des infirmières entre guillemet volantes. Il y a moins de possibilité d'échanger. Après je trouve que pour le coup aux urgences on est plus...

ESI. Ça t'arrives d'être confronté à ce genre de demande de la part de patient, de certains types de patient ?

IDE. Demande... personnellement non. Après je sais que souvent entre nous on prend des initiatives notamment, même si je n'y ai pas pensé l'électrocardiogramme est un soin intime aussi. Quand on déshabille une personne on fait en sorte par rapport à l'âge déjà si les personnes sont mineures ou dans nos âges, pour les jeunes professionnels on essaie de faire en sorte que ce soit homme avec homme et femme avec femme. Après c'est vrai qu'à un certain âge, on pense moins souvent à demander, ça nous paraît moins gênant vu qu'on s'identifie moins entre guillemet parce que la personne est plus âgée mais après ça pourrait tout autant gêner. Ça ne m'est jamais arrivé, même si m'arrivait ça ne me dérangerait pas de passer la main, au contraire.

ESI. Lorsque tu apprends que tu dois réaliser un soin intime à une personne vulnérable telle que tu les as qualifiées tout à l'heure, quelle est ta première préoccupation ?

IDE. De savoir si ça va être possible déjà. Sur les personnes âgées, si la personne va être d'accord pour le soin. Ensuite après avoir mon matériel etc , la logique. Et quand même avoir un lieu au mieux pour la plupart des soins à part entre guillemet, je reviens tout le temps de dessus, l'urine, les selles et tout ça, je me préoccupe un peu moins du lieu mais au moins avoir un drap, quelque chose pour protéger cette personne, pour ne pas la mettre à nue ou alors en difficulté au milieu de tout le monde. En premier, l'accord du patient pour savoir s'il est coopérant, s'il va accepter le soin et si ça lui convient et puis

après le lieu et avoir ce qu'il faut pour faire ça dans de bonnes conditions et que lui se sente à l'aise et que moi aussi par la même occasion.

ESI. On sait que la notion de temporalité aux urgences est importante. Toi, c'est une demande systématique la demande de consentement aux soins pour les patients ?

IDE. Consentement, j'avoue que pas tout le temps. C'est un peu, comment dire, c'est un peu sous-entendu, il n'y a pas de demande verbale. C'est plus si je vois que la personne est gênée ou a du mal à se déshabiller je lui demanderai. Mais j'avoue que je me présente en donnant à la personne le nom et le soin que je dois faire et en lui expliquant et je ne demande pas forcément, ça arrive parfois, si ça les dérange ou quoi ce soit, mais quand même c'est assez rare.

ESI. Dans quelle situation tu leur demandes ?

IDE. Ça dépend des fois, je ne vais pas avoir une situation. Il y a des fois où ça me vient à l'idée plus naturellement de demander systématiquement le consentement à la personne.

ESI. Et par rapport à un type de patient peut être ?

IDE. Pas spécialement non, j'avoue que sur ça je ne suis pas systématique.

ESI. Que ressens-tu lorsque tu vois la porte d'un box ouverte lors d'un soin intime, si ça t'es déjà arrivé ?

IDE. Oh oui, ça arrive tout le temps.

ESI. Qu'est-ce que tu ressens du coup quand tu vois ça ?

IDE. Des fois ça m'est arrivé en faisant moi-même le soin j'avais la tête dans le soin, j'avoue que je ne fais pas gaffe et quand je m'en rends compte j'avoue que ça m'embête d'avoir fait ce soin la porte ouverte et quand je m'en rends compte avant le soin en général je ferme la porte. Ça ne me plait pas trop d'ailleurs.

ESI. Ou quand c'est la porte d'un autre collègue par exemple ou alors qu'il n'y a pas de collègue mais que la porte est ouverte pendant un soin ?

IDE. Je pense que je la ferme. Après, j'avoue que je n'ai pas d'exemple en tête. C'est quelque chose qui me gêne un peu de laisser les gens en situation comme ça de vulnérabilité, que tout soit à l'air, tout le

monde voit ça de la porte et même pour les autres patients, je trouve qu'ils ne sont pas entre guillemet en situation de vulnérabilité mais qu'eux aient les yeux sur ce type de soin ou quoique ce soit, je trouve que des 2 côtés c'est quelque chose qui me gêne.

ESI. Et tu vois quand même une différence entre ton arrivée aux urgences et maintenant ? Tu as plus d'expérience et tu es plus souvent confronté à ça. Tu vois une différence dans la perception des petits manquements qu'il pourrait y avoir peut-être des fois dans le respect de la pudeur ?

IDE. Pas spécialement, non

ESI. Pas trop de changement ?

IDE. Par rapport à moi ? à mon comportement ?

ESI. Non par rapport à ce que tu peux observer vis-à-vis des autres, peut-être qu'au début ça te choquait et au final moins maintenant alors c'est peut-être l'inverse

IDE. Pour le coup, oui il y a des choses qui ont changé sur ma vision. Mais ça, j'espère et je pense le garder jusqu'à la fin de ma carrière, c'est quand même quelque chose qui me paraît très importante.

ESI. Autre question, tu y as déjà un petit peu répondu tout à l'heure : Est-ce que tu t'es déjà surpris à réaliser un soin intime même sans nécessairement veiller au respect de la pudeur du patient et dans quelle situation ?

IDE. Surtout dans les salles de soins. Autant dans le couloir je sais que le drap je le mets aussitôt. Et souvent dans la salle de soins, on entre, on laisse la porte ouverte et la personne nous demande telle ou telle chose, souvent c'est en répondant aux sonnettes. Elle nous demande telle ou telle chose et du coup on fait le soin sans prendre forcément le temps de refermer la porte derrière.

ESI. A quel moment tu as pris conscience dans ton soin que la pudeur du patient n'est pas respectée : pendant le soin, après le soin des fois ?

IDE. Ça dépend oui. Pendant le soin en fonction de ma position autour du patient, je vais me tourner vers la porte ou quoi que ce soit et je vais me rendre compte, que pour la personne à côté, le paravent est mal mis ou des fois en sortant, je vois que la porte est ouverte.

ESI. Est-ce qu'il y a des patients qui ont fait des remarques par rapport à ça ?

IDE. Non, ils n'osent pas me reprendre je pense.

ESI. AS-tu quelque chose à rajouter ?

IDE. C'est très intéressant comme sujet et c'est vrai que du coup je vais y faire plus attention sur certains points. C'est vrai c'est quelque chose qu'on ne se questionne pas toujours. On est tellement dans l'activité entre guillemet du trop plein de patients, qu'on ne se pose pas sur ce genre de chose. Il y a tellement de chose qu'on fait sur 12h, des soins qu'on fait tellement sur 12h qu'ils les rendent presque automatiques des fois, qu'on en oublie de prendre un peu le temps sur ce type de soin.

ESI. C'est vrai tellement d'automatisation, de banalisation, etc. Et tu penses qu'avec un flux de patients beaucoup moins important, il y aurait plus d'importance accordée à cette notion de ...

IDE. Je ne sais pas. Après je pense aussi qu'on se cache un peu, c'est la politique, derrière ce nombre de patients pour limiter un peu ce qu'on fait et dire « ouais, mais il y a trop de monde » Je pense que pour ce type de soins, enfin notamment tout ce qui est...les seuls que j'ai pu faire dans les couloirs ça va être bassins urinaux, je pense que oui parce qu'il y aurait plus de salles de soins de libres on en profiterait pour pousser les gens mais après dans tous les cas, pour les autres soins on a le temps malgré tout de fermer la porte, de mettre un drap, d'expliquer à la personne tous ces soins-là, je pense que ça rajoute pas beaucoup plus de temps de faire ça.

ESI. Très bien je te remercie pour ces échanges.

Annexe III – Entretien numéro 2

Bonjour, dans le cadre de ma troisième année je suis amené à réaliser un mémoire. Ce mémoire aborde la réalisation de soins intimes aux urgences auprès de personnes vulnérables.

Je vous remercie d'accepter de répondre à cet entretien semi-directif qui sera enregistré et anonymisé. Êtes-vous toujours d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

ESI (Etudiant en Soins Infirmiers). Parle nous de ton parcours professionnel

IDE (Infirmier Diplômé d'Etat). Raphaël, je suis infirmier depuis un peu plus de dix ans, j'ai fait deux ans de pneumo à Pontchaillou en pneumo et oncologie-pneumo avec tout ce qui est consultation d'annonce, hôpital de jour, de cancéro et après je suis arrivé aux urgences. Ça fait 8 ans que je fais des urgences et ça fait un peu plus de 5 ans, ça doit bientôt faire 5 ans et demi que je fais du SMUR. Voilà un peu le parcours. En même temps je suis tuteur depuis 2014 et je donne pas mal de cours dans les IFSI, d'ailleurs plutôt sur Rennes que ce soit Pontchaillou, d'ailleurs plus le CHGR.

ESI. Donc tuteur dès l'arrivée aux urgences et 10 ans de diplôme.

IDE. Oui, depuis que je suis arrivé aux urgences, je suis tuteur.

ESI. Quel type de population accueillez-vous aux urgences ?

IDE. Alors aux urgences, entre guillemets on accueille tout le monde, toutes les personnes qui ont 16 ans révolus jusqu'à indéfiniment sauf normalement tout ce qui va être gynécologie même si parfois on en accueille, qu'on peut réorienter vers les urgences gynéco. Donc tout ce qui est moins de 16 ans on n'accueille pas, tout ce qui est pédiatrie ça va plutôt à l'hôpital Sud sauf vraiment les enfants qui arriveraient vraiment dans un état catastrophique et où les parents se seraient trompés d'endroit. Du coup on va les accueillir et on va les techniquer le temps de pouvoir les transférer vers la pédiatrie. Autrement on accueille tout le monde, parce qu'on a des urgences cardio à part mais on fait quand même beaucoup de cardio aux urgences générales. La psy... on fait tout.

ESI. Ok... Donc D'après toi quels patients t'apparaissent vulnérables aux urgences et pourquoi ?

IDE. Aux urgences, les personnes les plus vulnérables ? j'ai 4 grosses catégories... les patients avec des déficiences, que ce soit intellectuelles, visuelles, mentales, enfin pas mal de choses différentes.... Je dirais les personnes âgées, je trouve que ce sont les personnes les plus vulnérables qu'on peut avoir entre guillemets... Les personnes aussi qui relèvent de la psychiatrie parce que souvent il y a des contextes et

des histoires qui sont vraiment très très très complexes et même si on n'en a pas l'impression comme ça les personnes alcoolisées ... Ce sont vraiment des personnes vulnérables car on a tendance en plus à les catégoriser entre guillemet...La catégorisation est facile et du coup on va se dire « oui mais il est pas bien parce qu'il est alcoolisé » alors que ce n'est pas forcément vrai. Après tout le monde peut aussi être vulnérable dans un contexte particulier. Mais voilà en gros les 4 gros trucs.

ESI. Et si je te dis « respect de la pudeur aux urgences », qu'est-ce que tu me réponds ?

IDE. Je te dirai...hyper complexe ... Non on n'est pas bon, on le sait, on a beaucoup travaillé dessus, on essaie un minimum d'avoir de la pudeur mais on a beaucoup de gens dans les couloirs. Des fois on n'a aucun box de disponible et les gens ont envie de faire pipi donc c'est compliqué entre essayer de trouver un box vraiment pour si c'est un homme leur donner un urinal dans un petit coin... ça arrive. Ce n'est pas le truc qu'on a envie de faire... Mais c'est vrai que des fois devant l'afflux de monde on n'a pas beaucoup le choix... On est obligé d'essayer de trouver des petites parades, des fois essayer de mettre un paravent quand même... Même si on essaie d'éviter au maximum. Après, il y a tout ce que moi je considère comme pas tolérable « faire des électrocardiogrammes dans le couloir »... Nos externes aiment bien faire ça... parce qu'il n'y a pas de box disponible et qu'ils ne cherchent pas forcément à les vider, donc souvent on les reprend assez facilement pour dire « non en fait, un électrocardiogramme ça se fait dans un box, pas au milieu de tout le monde ». On voit un peu de tout aux urgences...Notamment des gens... ça fait partie des 4 catégories : les personnes alcoolisées...Souvent on les a déshabillées a l'IAO donc on leur donne juste une chemise, ils ont leur caleçon...Donc ils se baladent un peu... Enfin même les gens non alcoolisés. La majorité on va les déshabiller, on les laisse en sous-vêtements et chemises de l'hôpital sauf que les chemises de l'hôpital sont un peu ouvertes... Donc en fait les gens se baladent... enfin tu vois presque tout. Les urgences c'est un endroit qui est très compliqué pour avoir un peu de pudeur et d'intimité. Et en particulier chez nous, on a une pièce, tu as peut-être eu l'occasion de la voir, qui est notre zone de transfert pour qui là on atteint le summum du non-respect de l'intimité... C'est-à-dire que là on peut mettre 7 brancards espacés par des paravents... On met souvent les personnes alcoolisées ici qui vont passer la nuit et qui seront réévaluées le lendemain matin mais on mélange hommes femmes dans le même coin... C'est assez particulier comme zone... Il n'y a pas de toilettes en direct, ils sont obligés de marcher un long moment pour trouver des toilettes... Il n'y a pas d'endroit pour se laver le matin forcément. Ce n'est pas une zone qu'on a envie de garder, on nous oblige à la garder mais ce n'est pas une zone sur laquelle on a envie de s'étendre.

ESI. Oui je sais qu'il y a beaucoup de soignants que ça dérangeait justement cette zone de transfert... Les patients sont tous les uns a côtés des autres, il n'y a aucune intimité... Et c'est vrai qu'à chaque fois quand je passais devant cette zone-là, c'était des personnes qui étaient justement en attente de pouvoir rentrer chez eux car ils étaient trop alcoolisés. Ce n'était quasiment que ça...

IDE. Là en fait le pire c'est qu'on met beaucoup de personnes vulnérables comme je t'ai mis dans les catégories... Ce sont un peu des personnes vulnérables qu'on met dans ces zones-là et on ne respecte rien du tout et ce n'est pas acceptable !

ESI. Quels sont selon toi les soins intimes qui sont réalisés aux urgences ?

IDE. Les soins intimes... pour moi l'électrocardiogramme ça fait partie des soins intimes qu'on fait quasiment à tout le monde... On doit être quasiment à 200 passages jours... Il doit y avoir au moins 160 ou 170 patients qui ont un électrocardiogramme... Après en soin technique, en soin infirmier ; déjà il y a les sondages urinaires... Là on rentre dans l'intimité... Encore plus, moi je trouve, quand on fait du déchochage parce que potentiellement on a beaucoup plus de jeunes, à qui on va devoir poser une sonde urinaire parce qu'il faut faire des gestes techniques qui sont en adéquation aussi avec leur état de santé... Donc on a besoin de faire certaines surveillances et effectivement quand ils n'arrivent pas à faire pipi ou quand ils ne sont pas forcément conscients, on est obligé d'aller faire certains soins. Après les toilettes de bloc opératoire on en fait pas mal notamment chez les personnes âgées qui ont des fractures du fémur et qui potentiellement peuvent passer au bloc... Des fois ça peut être un peu compliqué... Comme autre zone aussi... je rebondis un peu, je ne l'ai pas évoqué tout à l'heure...plutôt le déchochage... En fait il y a juste des paravents, c'est un peu la même chose, tout le monde est mélangé en fait sauf qu'il y a beaucoup de soins techniques, des fois des poses de drains thoraciques, du coup l'intimité n'est pas terrible, tout le monde rentre comme ça, tout le monde voit tout, enfin c'est aussi une zone qui moi me pose problème aussi dans la manière ou c'est organisé pour respecter l'intimité... Après comme autre soin, j'en oublie sûrement pleins, mais il y a toutes les toilettes qu'on fait, tous les changes... Voilà un peu entre guillemets, ce que je peux te dire et qui me vient en tête.

ESI. Et... pour toi l'électrocardiogramme est un soin intime uniquement pour les femmes ou aussi bien pour les hommes que pour les femmes ?

IDE. Moi je trouve aussi pour les hommes... la majorité ça ne va pas du tout les déranger mais pour certains ça renvoie quand même une image et ça peut les complexer et on rentre dans leur intimité donc ça peut être assez problématique, même si au premier abord, on peut avoir l'impression que ça va être moins dérangeant donc entre guillemets, on va plus tolérer de voir ça dans un couloir que de voir ça pour une femme alors que pour la personne en elle-même ça peut être très dérangeant.

ESI. Je suis d'accord. ... Du coup à quoi est-ce que tu es vigilant lorsque tu réalises ces soins aux urgences, ces soins intimes dont tu parlais ?

IDE. Je suis vigilant...déjà... à ce que ce soit fait en box... Moi, si je dois faire ça au déchocage, j'aime bien mettre un paravent, alors le poste d'à côté je mets un autre paravent pour que les gens ne voient pas ceux qui rentrent dans le déchocage, car parfois on peut avoir beaucoup de monde qui traverse le déchocage et ce n'est pas admissible qu'on soit en train de poser une sonde urinaire et que du coup la personne se retrouve les jambes légèrement écartées et qu'il y ait plein de monde qui rentre comme ça dans le déchocage... Moi je ne me verrais pas, si j'en avais besoin qu'on me fasse ça, je trouverais ça très humiliant donc c'est vrai que j'essaie de respecter ça un maximum... Après les ECG s'effectuant dans un box, que ce soit à l'IAO ou après même si aux urgences parfois ça ne veut pas dire grand-chose, on essaie quand même de mettre les personnes dans les box, que les gens remarquent quand même qu'il y a quelqu'un dans le box...potentiellement qu'il y a un soin en cours... après ça peut être mettre une serviette...le temps de faire...pendant une toilette...Quand on fait une toilette de bloc entière, on commence par le haut...on va mettre une serviette, on fait le bas on va mettre une serviette fin ! Voilà ça peut être des petites choses comme ça...ou en tout cas j'essaie d'être attentif, de ne pas avoir dans un même box homme / femme, ça nos externes ne le comprennent pas : ils mettent homme/femme dans un même box et ils font un ECG aux deux personnes sauf que ce n'est pas forcément entendable, enfin en tout cas si c'est séparé par un paravent au déchocage parce que c'est une urgence...mais sinon ce n'est pas entendable, des fois on nous met des jeunes de 20 ans avec des papis de 90 ans à côté... et non.. il y a des choses à respecter quand même pour moi, de mon point de vue..

ESI. Et... pour ces soins-là, est-ce que tu fais une différence entre leur réalisation aux urgences et dans d'autres services de soins, la pneumo pour toi ici par exemple ?

IDE. Oui, j'essaie de ne pas faire de différence. Après.... comment je pourrais te dire ça, non pour moi, j'essaie de ne pas faire de différence. J'essaie vraiment de faire en sorte que ça se passe en dehors des couloirs, après je sais que ça m'est déjà arrivé de mettre l'urinal dans le couloir en me mettant dans un petit coin parce que j'avais vraiment... je ne pouvais pas sortir les gens des box parce qu'ils étaient dans un état grave, ils étaient tous sous oxygène, et parce que c'était compliqué, parce que j'avais des gens contentionnés. D'ailleurs, j'ai oublié les personnes contentionnés dans les personnes vulnérables. Et c'est quand même assez complexe. J'essaie de faire le maximum tout en sachant qu'effectivement on n'est jamais parfait. On s'est battu par exemple contre la zone de transfert... alors peut être qu'on veut obtenir gain de cause et qu'il y avait peut-être à repasser comme zone de transfert pour nous, on y met juste les gens en attente mais...enfin, elles attendent leur transport et là on arriverait à quelque chose de correct. Mais pas un endroit où tout le monde va dormir ensemble, enfin ce n'est pas possible.

ESI. Du coup selon toi, pour les personnes qui sont actuellement dans la zone de transfert, les personnes alcoolisées la plupart du temps, si cette zone de transfert redevient une vraie zone de transfert en attente de service ou de retour à domicile Où est-ce que tu placerais les personnes qui sont....

IDE. Dans l'idéal j'aimerais avoir un box pour chacun. Ça, c'est le monde parfait, le monde où entre guillemets « on aurait zéro personne dans les couloirs ». Ça c'est l'objectif final ! Après personnellement, il y a beaucoup de gens alcoolisés qui n'ont pas de nécessité de rester aux urgences, qui peuvent très bien être surveillés par des accompagnants chez eux, notamment quand ils viennent pour de l'alcool. Après voilà, il ne faut pas qu'il y ait un contexte avec des idées suicidaires, même si dans la majorité des cas, quand ils sont alcoolisés, ils ont des idées suicidaires et quand ils ne le sont plus, ils en ont moins mais ce n'est pas toujours vrai.

ESI. Donc pour toi, si un accompagnant peut les récupérer même s'ils sont au-dessus du taux, mais qui n'ont pas d'autres problèmes apparents, pour toi ils pourraient rentrer chez eux avec un accompagnant ?

IDE. Exactement. A partir du moment où somatiquement sur le reste il n'y a pas de souci, ils n'ont pas de TC vraiment qui font qu'avec une plaie on va pouvoir les suturer, mais après s'ils peuvent être surveillés pour un trauma crânien par quelqu'un chez eux. Il y a une très grande majorité, mais peu importe les pays, et notamment en France, de gens alcoolisés chez eux lors d'une soirée et qui ne viennent pas aux urgences parce qu'ils sont alcoolisés, qui peuvent être surveillés par des proches ou autres. Après effectivement quand il n'y a pas d'accompagnant, là il y a des choses qui peuvent se discuter. Comme au niveau légal, il n'y a pas de taux où on doit absolument garder les gens aux urgences, on nous parle beaucoup aux urgences qu'il faut attendre d'être en dessous de 0,5 pour les faire sortir. Je viens d'avoir un cours dans mon DU traumato grave avec un médecin légiste qui m'a effectivement expliqué qu'en fait il n'y a pas du tout de taux. A partir du moment même où ils peuvent marcher correctement, qu'ils sont en capacité d'avoir les idées claires, normalement, ils sont en capacité de rentrer. Alors ça pose un autre problème : ils vont être alcoolisés sur la voie publique mais c'est pour ça que moi je mets la barre au milieu. Je considère qu'ils peuvent être accompagnés par une personne qui forcément n'est pas alcoolisée, parce que des fois, il y en a qui disent oui oui j'ai trouvé une personne mais la personne arrive et est plus alcoolisée que celle qu'elle vient chercher donc là ça pose problème, mais par quelqu'un qui est capable de les surveiller oui, il peut se faire sous accord médical. On va dire que comme on est dans les services aux urgences, peut être ça permet de se protéger aussi mais... voilà où tout simplement quand ils ont été alcoolisés et s'ils ont été trouvés sur la voie publique alcoolisés et sont amenés par les pompiers. Ça nous est arrivé, des fois ils sont juste un peu agressifs, ils partent en cellule de dégrisement parce que leur place n'est pas aux urgences. Après un bilan somatique qui est normal bien sûr.

ESI. Pour en revenir aux soins intimes, lorsque tu apprends que tu dois réaliser un soin parmi ceux que tu as cité à une personne vulnérable, quelle est ta préoccupation première ?

IDE. Moi souvent j'essaie quand même d'aller à deux. Je prends un exemple simple : je suis un homme et si je dois poser une sonde urinaire à une jeune fille de 18 ans, si c'est possible j'essaie de demander à une collègue pour qu'elle puisse y aller parce que je trouve quand même que c'est vachement agressif. Si c'est dans l'urgence, je vais le faire. Et souvent dans l'urgence on est plusieurs. Il n'y a pas d'ambiguïté entre guillemet. Si en plus ces gens sont vraiment très vulnérables, moi je trouve qu'être à deux, même si du coup ça fait une personne supplémentaire, la vision peut être un peu altérée par la personne, je trouve qu'il y a moins de problème. On a déjà eu des problèmes, certains collègues ont déjà eu des problèmes où on les a un peu soupçonné d'avoir potentiellement des attouchements. Ce qui au final n'étaient pas vrai mais... moi c'est le cas le plus typique. La jeune fille de 18 ans effectivement qu'il va falloir sonder et d'aller tout seul ça peut porter, moi je trouve, à confusion. Des fois il vaut mieux se protéger même si ça ne veut pas dire que je vais toujours trouver une collègue, des fois je vais y aller. Si ce n'est pas dans l'urgence on peut demander, je trouve ça quand même normal. Effectivement dans l'autre sens on a l'impression que ça pose moins de problème quoique parfois je pense que des hommes vont préférer que ce soit d'autres hommes effectivement qui leur fassent des soins intimes plutôt que des femmes et après dans l'urgence c'est un peu différent. Et oui j'essaie toujours d'aller à deux.

ESI. Mon sujet de mémoire porte aussi là-dessus. Par rapport au fait que je sois un homme, j'avais bien remarqué qu'il pouvait y avoir des différences comme tu l'avais cité pour les ECG entre un homme pour qui ça dérangerait moins d'être qu'il soit exhibé dans le couloir qu'une femme. Et pour ce type de soin, moi très clairement je laissais parce que je ne me voyais pas... l'ambiguïté encore plus si ce sont des patientes qui ont à peu près mon âge, en plus en tant qu'homme, non mais c'est vrai avec tous les soupçons qu'il peut y avoir, les gens vraiment procéduriers, qui sont plus méfiants enfin je sais avec toutes les histoires qu'on peut entendre, donc c'est pour ça aussi que...

IDE. C'est un contexte. Après c'est vrai que les ECG, je mets un petit peu à part. Je n'ai jamais eu de souci pour des ECG. Après par contre effectivement faire un ECG à une jeune de 18 ans, si j'ai une collègue à côté de moi, je lui dis « est-ce que tu peux faire ? » et tout le monde trouve ça normal le fait que l'on se pose entre guillemet la question. S'il n'y a personne de disponible, je dis « oui je vais vous faire un examen », on va remonter. Après il y a des méthodes pour pouvoir cacher, on peut très bien mettre un petit truc. On arrive toujours à trouver une solution notamment pour les ECG. Après par expérience, les gens ne sont pas trop gênés qu'on leur fasse des ECG, les femmes en général. Ça peut arriver dans de rare exception mais c'est vrai que des fois pour limiter l'ambiguïté, moi j'utilise une autre solution. S'il n'y a pas d'autre solution, voilà on fait, par exemple à l'accueil moi je suis juste l'infirmier d'accueil. S'il y a un ECG à faire, voilà je vais faire l'ECG. Si elle me dit clairement que non ce n'est pas moi qui lui ferai l'ECG, je vais chercher une collègue, il n'y a pas de souci. Ça ne m'a jamais gêné mais ça peut... des fois vaut mieux éviter le problème qui pourrait être conflictuel sans

retard de prise en charge et notamment en terme d'urgence, et la question ne se pose pas du tout par exemple si on n'est que des hommes. Effectivement à un moment, il va falloir faire l'ECG, on explique bien, on trouve des petits mécanismes, il y a toujours moyen de trouver quelque chose.

ESI. Est-ce que tu sais si tes autres collègues sont vigilants sur ces points là également ?

IDE. Je l'espère. Je pense que la majorité oui, après je ne pourrais pas parler au nom de tous. Effectivement quand je vois des fois le comportement de certains externes qui font des ECG un peu à tout le monde dans le couloir, je me dis que potentiellement non. Donc parfois ça m'interpelle. Alors déjà moi de poser une perfusion dans le couloir ça m'interpelle. Effectivement, les urgences et la place disponible font qu'on n'a pas beaucoup de choix même si on pose bien des perfusions au bord de la route et que ça pose beaucoup moins de problème à tout le monde parce que c'est de l'urgence. Dans le couloir, si on respecte potentiellement les règles d'hygiène tout ça, il n'y pas de souci mais par contre l'ECG... ouais. Et après mes collègues je pense que la majorité oui, après je ne pourrais pas me prononcer pour tout le monde.

ESI. Pour les perfusions, c'est l'aspect hygiène ou c'est l'aspect intimité qui te gêne du fait que c'est dans le couloir ?

IDE. Quelques fois c'est l'aspect intimité parce qu'il y en a où tu vas devoir leur enlever leur pull s'ils n'ont pas été déshabillés à l'IAO et il y en a beaucoup qui n'ont rien sous leur pull. Des fois tu essaies de remonter les manches mais quand ce sont des pulls vraiment serrés, tu ne peux pas vraiment. C'est un peu contre la vision entre guillemet qu'on apprend, c'est la théorie pure, qu'on apprend à l'école en nous disant les soins ça se fait dans les chambres ou dans les box. Aux urgences, poser une perfusion ça ne se fait pas dans le couloir. Après je pense qu'il y a plus la question hygiène que vraiment de l'intimité même si des fois ça peut arriver.

ESI. C'est vrai je t'avoue que je ne m'étais même pas posé la question en stage aux urgences parce que tous les infirmiers faisaient comme ça et je pensais que c'était entre guillemet la fonction...j'en ai plus posé dans le couloir que dans les box mais après c'était des gens qui avaient les bras et avant-bras visibles je n'ai jamais eu besoin par contre de déshabiller quelqu'un pour ça

IDE. C'est devenu la norme

ESI. Qu'est-ce que tu ressens quand tu vois la porte ouverte d'un box lors d'un soin intime, je ne sais pas si ça t'est déjà arrivé de passer dans le couloir et de voir une porte ouverte avec la réalisation d'un soin intime ?

IDE. Ça m'est déjà arrivé. Le pire c'est quand ça t'arrive, quand tu rentres dans le déchoquage pour moi, j'ai déjà vu les gens, les 2 jambes écartées totalement. Moi je trouve ça choquant, j'essaie quand même de dire aux collègues « ça aurait été bien de mettre un paravent ». Enfin la vision, j'alerte mes collègues là-dessus, si c'était nous en face, on n'aimerait pas que quelqu'un arrive et nous voir les jambes écartées quoi. Ce n'est pas très acceptable. Je trouve quand même que de fermer la porte c'est un minimum surtout lors de soin comme ça. Après on essaie, la majorité, on essaie d'être vigilant à tout. Après il y a aussi les gens effectivement qui sont vulnérables, les gens alcoolisés ou autres qui parfois sont mis sur leur brancard et qui ne font plus vraiment attention à eux. Du coup ils se retrouvent en plein milieu du couloir tout nu et du coup c'est un peu choquant mais c'est vrai qu'avec le temps moi j'ai aperçu il y a des choses qui potentiellement me choquaient beaucoup au début, qui me choquent toujours mais qui sont presque devenues une norme et du coup on ne fait pas assez attention à ça, dire on tolère certaines choses qu'on ne devrait pas tolérer. Et peut-être qu'avec le temps, on tolère beaucoup de choses aux urgences qu'on ne devrait pas du tout tolérer. Des gens qui se baladent à poil, on devrait dire un minimum. Parfois, on a l'impression que c'est normal, il est alcoolisé, il se balade tout nu. Donc ça pose problème.

ESI. Est-ce tu t'es déjà surpris à réaliser un soin intime, sans forcément veiller au respect de la pudeur du patient ? et si oui dans quelle ça t'est arrivé ? et à quel moment justement tu t'es rendu compte qu'à ce moment-là tu ne respectais pas la pudeur du patient ?

IDE. Ça m'est déjà arrivé, aux urgences sûrement mais je n'ai peut-être pas fait attention. Je n'ai pas de situation exacte en tête où ça me serait arrivé, sauf peut-être une chambre... nos box à l'IAO où des fois les portes s'ouvrent toutes seules et peut être que j'avais commencé à déshabiller quelqu'un et la porte s'est ouverte mais généralement je m'en rends compte assez vite et je vais fermer la porte. Après en SMUR ça m'est déjà arrivé : je vais poser une sonde urinaire à une jeune de 14 ans qui était brûlée et en fait j'ai commencé à tout faire comme ça et d'un coup des pompiers ont ouvert les portes en grand sauf qu'on était dans une rue assez passante et tout le monde a une vue directe, donc ça m'a un peu... je n'avais pas vu que les pompiers avaient ouvert comme ça en grand. En fait, à un moment, je pose ma sonde, je me retourne, je vois et ça m'a un peu énervé. C'est vrai, je me suis un petit peu énervé avec les pompiers. J'ai dit que je n'avais pas besoin d'eux à ce moment-là, que j'avais quand même signalé que j'allais de poser une sonde urinaire, en plus les portes restaient ouvertes, tout le monde qui passe dans la rue, les gens quand ils voient des camions de pompier regardent un peu s'ils peuvent voir quelque chose à l'intérieur, ce qui se passe... et le français est entre guillemet curieux de nature et il va toujours regarder ce qui se passe. Oui ça m'a mis...

ESI. Oui 14 ans, ça pourrait être leur fille...

IDE. Après les bords de route, parfois, tu es obligé de déshabiller les gens parce que tu as des soins très techniques à faire, ou potentiellement qui sont aussi déshabillés par la violence des chocs. Et ça m'est arrivé avec un médecin qui avait déshabillé tout le haut parce qu'il avait une thoracostomie à faire parce que la personne était en arrêt, qu'il était en train de la masser, et je me suis rendu compte que les gens passaient à côté en voiture, s'arrêtaient à moitié pour regarder...on n'avait pas mis de pompier, un peu pour cacher toute la situation et au bout d'un moment j'ai tourné la tête et je me suis dit les gens en fait regardent, ils veulent juste voir et il faisait froid, tout était ouvert. J'ai demandé rapidement à des pompiers de se mettre devant, de faire un voile pour qu'on ne nous voie pas. C'est en gros principalement les situations que j'ai en tête.

ESI. C'est principalement vrai au SMUR et aux urgences hormis à l'IAO avec les portes qui s'ouvrent autrement tu as toujours bien veiller...

IDE. Pour moi, je n'ai jamais eu de souci avec le déchoquage parce que je mets toujours un paravent en déchoquage pour bloquer l'entrée. Après on a des pancartes normalement en déchoquage. On met soit « soins en cours », soit « technique en cours » comme ça normalement les gens ne rentrent pas ou au moins toquent à la porte pour savoir s'ils peuvent rentrer. Je trouvais ça important : à un moment, il le mettait pas mal, après ça c'est un peu perdu de vue.

ESI. Du coup, j'ai terminé, est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

IDE. non écoute... je réfléchis en même temps.... Les seules autres personnes vulnérables que je pourrais te dire entre guillemet aux urgences ce sont les mineurs entre 16 et 18 ans parce qu'ils sont mineurs. Du coup, il y a un contexte particulier et on ne peut pas les faire partir tous seuls. Voilà potentiellement ça peut être des gens vulnérables et on pourrait aussi considérer comme vulnérable même si des fois on sait pourquoi ils viennent, ce sont les détenus. Parfois on a des détenus qui viennent et c'est contexte particulier et moi je sais que ce sont des personnes vulnérables. Après si je sais que c'est quelqu'un qui a tiré partout, qui a abattu, il n'est peut-être pas aussi vulnérable que ça, quoique c'est quand même quelqu'un que je vais prendre en charge, qui est vulnérable même si le contexte fait qu'il a fait des choses horribles, ça ne changera pas ma prise en charge et je le considérerai peut être comme une personne vulnérable parce qu'en plus il sera jugé.

ESI. Qu'est-ce qui ferait la vulnérabilité du détenu ? c'est le fait qu'il soit perçu différemment par le personnel ?

IDE. Moi je pense que oui, c'est le fait qu'il soit perçu différemment. Les menottes, moi ça m'est déjà arrivé d'avoir un détenu connu en plus pour le coup, c'est une affaire publique et avec plus que des

agents pénitenciers pour le surveiller, des gens avec les armes à la main qui t'entourent à l'IAO et tu dis « est-ce qu'on peut lui enlever les menottes ? » « - NON ». Tu sais que tu ne pourras rien faire comme soin et ça m'avait perturbé. Là, tu te dis que même si la personne a fait des choses horribles, parce que je le savais parce que c'était médiatisé et que potentiellement on avait entendu parler de l'histoire, et en fait en oubliant la partie horrible du contexte, je me suis dit que pour le coup, si c'est juste une personne humaine tu dois lui faire des soins, je ne peux pas. Il est vulnérable parce qu'il y a un contexte particulier. Ça m'avait un peu perturbé non pas parce que j'avais des soins à faire que je ne pouvais pas faire dans ce contexte-là. J'ai trouvé ça je me suis presque posé la question pourquoi il l'emmène à l'hôpital pour voir ça alors que je ne peux même pas faire les soins qui vont me permettre de faire une surveillance adaptée.

ESI. C'était quoi les soins que tu devais lui faire et que tu n'as pas pu avec les menottes ?

IDE. J'avais des gaz du sang à faire parce que potentiellement il avait un peu de mal à respirer et il avait potentiellement avalé des choses, ce qui s'est avéré plutôt négatif. Du coup, j'avais des soins techniques on va dire à faire et je me souviens que même pour prendre une tension ça avait été hyper compliqué, j'avais l'impression d'avoir des armes braquées sur moi rien que pour prendre une tension. En fait c'est perturbant.

ESI. Là clairement, il n'y a pas d'intimité du fait de la présence des agents avec les armes autour d'eux.

IDE. En fait, si tu veux ça m'est arrivé une fois d'avoir eu le GIGN, c'est clairement ça, quelqu'un qui est opéré au bloc, tu as des agents, pas dans la salle de bloc en elle-même, mais autour et tous les accès au bloc sont surveillés par quelqu'un d'armé. Quand tu ouvrais une porte tu tombais sur quelqu'un d'armé, de cagoulé, et tu te dis je n'ai rien fait, je vais juste au vestiaire. Parce que potentiellement quand ils sont extraits vers l'hôpital c'est le plus haut lieu où ils peuvent s'évader. Donc tu peux avoir pas mal de choses qui se passent, qui font qu'ils sont enlevés. Quand ils sont vraiment très surveillés, les agents qui les surveillent sont vraiment sur le qui-vive, les agentes pénitenciers de base ne sont pas autant sur le qui-vive que peut-être ce qu'il faudrait. Par contre, les gens beaucoup plus surveillés, le personnel qui les entoure est sur le qui-vive au moindre geste, à la moindre réaction parce qu'ils ne veulent pas subir une évasion spectaculaire. La sortie d'une prison est le premier lieu où les gens peuvent s'évader.

ESI. C'est vrai que ça peut être traumatisant pour les patients qui doivent passer au bloc et qui passent dans les couloirs en voyant ça ou même pour les autres patients aux urgences par exemple qui sont dans le couloir, même pour le personnel soignant pouvoir réaliser les soins en étant observé de cette manière...

IDE. En plus, peu importe si l'affaire est médiatisée, plus tu as de monde, plus tu as des gens armés, plus tu sais que le malade est dangereux. Toi potentiellement ça peut te renvoyer quelque chose.

Après moi j'ai appris à faire la part des choses : on va quand même souvent en prison avec le SMUR donc tu vois des détenus très dangereux d'ailleurs, notamment à la prison des femmes parce que la prison des femmes de Rennes, c'est là où tu as les plus longues peines quasiment en France.

ESI. j'ai fait mon service sanitaire d'ailleurs là-bas, dans le service des longues peines

IDE. Quand on va à la prison des femmes, on sait que potentiellement il y a des gens qui ont tué d'autres personnes, ce n'est quasiment que ça. Ça peut être très perturbant mais du coup quand tu les prends en charge tu as le contexte. Moi je trouve que ce sont des personnes vulnérables quand tu viens pour quelque chose. Si c'est de la simulation effectivement c'est un peu différent. Mais voilà ça m'est déjà arrivé d'aller pour un accouchement. Ce sont des personnes vulnérables car tu as l'impression d'être limité dans tes soins alors qu'en fait c'est juste une dame, effectivement qui a un contexte, un passé, mais qui est en train d'accoucher. Tu veux juste faire ton travail et que tout se passe bien. Le jugement de tout le monde peut rendre les gens vulnérables et ça pose des questions.

ESI. Je n'ai pas d'autres questions, c'était très intéressant, merci pour cet entretien.

Annexe IV – Tableaux d’analyse des entretiens

Maxime (Bleu) Romain (Vert)

1-Parlez-nous de votre parcours professionnel ?

(Objectif : Connaître le parcours professionnel de l’infirmier rencontré)

2-Quel type de population accueillez-vous aux urgences ?

(Objectif : Identifier la population accueillie aux urgences)

Catégories	Thèmes	Verbatims
Âge de la population	Plus de 16 ans	-Toutes les personnes qui ont 16 ans révolus jusqu’à indéfiniment -C’est à partir de 16 ans ici -Que de l’adulte -De la personne âgée
	Moins de 16 ans	-Tout ce qui est moins de 16 ans on n’accueille pas -On n’a pas de nourrisson
Caractéristiques sociales		-On accueille tout le monde -Population très variée -C’est vraiment très varié -Il n’y a pas de population type -Des gens [...] d’un milieu social un peu plus bas et d’autres plus élevé.
Pathologies	Traitées aux urgences	-On accueille tout -On fait tout -La psy -Beaucoup de cardio
	Exclues aux urgences	-Sauf normalement tout ce qui va être gynécologie -Tout ce qui est pédiatrie ça va plutôt à l’hôpital sud

3- Selon vous, quels types de patients vous apparaissent vulnérables aux urgences ?

Pourquoi ?

(Objectifs : Identifier les représentations des infirmiers sur la vulnérabilité des patients accueillis aux urgences)

Catégories	Thèmes	Verbatims
Vulnérabilité cognitive	Patients présentant des troubles cognitifs	-Surtout celles qui sont désorientées, qui ont des troubles cognitifs -Sont moins vigilantes à tout ce qui pourrait se passer autour d’elle

	Patients présentant des déficiences	-Les patients avec des déficiences [...] intellectuelles, visuelles, mentales
Vulnérabilité psychique	Patients relevant de la psychiatrie	-Les personnes aussi qui relèvent de la psychiatrie -Il y a des contextes et des histoires qui sont vraiment très très complexes
	Patients ayant subis des traumatismes	-Victimes de viol [...] ou de violence -Elles sont choquées parce qu'il vient de leur arriver ou ce qui a pu leur arriver -Etat psychique diminué -Moins vigilantes à tout ce qui se passera autour d'elles
Vulnérabilité physique	Patients âgés	-Les personnes âgées -Les personnes âgées du fait de leur fragilité - Ont moins de force [...] face aux personnes qui pourraient être violentes, ou essayer de les voler, ou quoique ce soit
	Patients jeunes et mineurs	-Une jeune fille de 18 ans -La jeune fille de 18 ans -Une jeune de 18 ans -Les mineurs entre 16 et 18 ans parce qu'ils sont mineurs -Contexte particulier -On ne peut pas les faire partir tout seuls
	Patients contentionnés	-Les personnes contentionnées dans les personnes vulnérables
Vulnérabilité liée aux représentations sociales	Patients détenus	-Les détenus -Prison des femmes [...] ce sont des personnes vulnérables -Potentiellement ça peut être des gens vulnérables -On pourrait aussi considérer comme vulnérable -Ce sont des personnes vulnérables (*2) -Qui est vulnérable -En plus il sera jugé -C'est le fait qu'ils soient perçus différemment -Il y a un contexte particulier (*2)

		<ul style="list-style-type: none"> -C'est juste une dame [...] qui a un contexte, un passé -Tu sais que tu ne pourras rien faire comme soin -Tu dois lui faire des soins et tu ne peux pas -Je ne peux même pas faire les soins qui vont me permettre de faire une surveillance adaptée -Tu as l'impression d'être limité dans tes soins
	Patients alcoolisés	<ul style="list-style-type: none"> -Les personnes alcoolisées -Les personnes alcoolisées -On a tendance en plus à les catégoriser -La catégorisation est facile -Moins vigilants naturellement à tout ce qui va leur arriver, tout ce qui va se passer

**4- Si je vous dis « respect de la pudeur aux urgences », que me répondez-vous ?
(Objectif : -Identifier les représentations de la pudeur de l'infirmier)**

Catégories	Thèmes	Verbatims
Le concept de pudeur aux urgences	Un concept difficilement transposable	<ul style="list-style-type: none"> -Difficile... -Hyper complexe -C'est difficile je trouve à respecter -C'est compliqué
	Une valeur fondamentale à préserver	<ul style="list-style-type: none"> -C'est quelque chose de très important -On a beaucoup travaillé dessus -On essaie un minimum d'avoir de la pudeur -Quelque chose que personnellement et je trouve que les collègues essaient au mieux de respecter - On essaie au mieux de respecter cette pudeur -On essaie d'éviter au maximum -J'essaie de respecter ça un maximum -Aux urgences on fait au mieux encore une fois
La pudeur mise à mal aux urgences	Des manquements au respect de la pudeur	<ul style="list-style-type: none"> -On voit un peu de tout aux urgences -Il arrive de donner des urinaux aux patients dans les couloirs -Si c'est un homme leur donner un urinal dans un petit coin... ça arrive

		<p>-Je sais que ça m'est déjà arrivé de mettre de l'urinal dans le couloir</p> <p>-Urine et selle qui peuvent être faite dans le couloir</p> <p>-je vais me rendre compte, que pour la personne à côté, le paravent est mal mis ou dès fois en sortant, je vois que la porte est ouverte</p>
	Une conscientisation du problème	<p>-Les urgences c'est un endroit qui est très compliqué pour avoir un peu de pudeur et d'intimité</p> <p>-On n'est pas bon, on le sait</p> <p>-En termes de pudeur on n'est pas au maximum</p> <p>-N'est jamais complètement respecté</p> <p>-Elle est mise à mal toujours c'est sûr</p>
	Un conflit de valeurs	<p>-Ce n'est pas le truc qu'on a envie de faire</p> <p>-On est obligé d'essayer de trouver des petites parades</p> <p>-C'est un peu des personnes vulnérables qu'on met dans ces zones là et on ne respecte rien du tout et ce n'est pas acceptable</p> <p>-Ce n'est pas admissible</p> <p>-Je ne me verrai pas, parce que si j'en avais besoin, qu'on me fasse ça, je trouverais ça très humiliant</p> <p>-Si c'était nous en face on n'aimerait pas que quelqu'un arrive et nous voir les jambes écartées quoi</p> <p>-A la place d'un patient je ne voudrais pas être mis à nu en plein milieu du couloir</p>

-Identifier les causes du non-respect de la pudeur aux urgences

Catégories	Thèmes	Verbatims
Une architecture peu propice au respect de la pudeur	Une zone de passage	<p>-On peut avoir beaucoup de monde qui traverse le déhloc</p> <p>-Tout le monde rentre comme ça</p> <p>-Tout le monde voit tout</p>

	<p>Une promiscuité subie</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Notre zone de transfert pour qui là on atteint le summum du non-respect de l'intimité... -Ce n'est pas une zone qu'on a envie de garder -On s'est battu par exemple contre la zone de transfert -Ce n'est pas une zone sur laquelle on a envie de s'étendre -On peut mettre 7 brancards espacés par des paravents -On mélange hommes femmes dans le même coin... -C'est assez particulier comme zone ... -Un endroit où tout le monde va dormir ensemble, enfin c'est pas possible -Au déchocage [...] tout le monde est mélangé -L'intimité n'est pas terrible -C'est aussi une zone qui moi me pose problème aussi dans la manière ou c'est organisé pour respecter l'intimité...
	<p>Un manque de place face au flux important de patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Il n'y a pas assez de box -Dans l'idéal j'aimerais avoir un box pour chacun -Des fois devant l'afflux de monde on n'a pas beaucoup le choix -Beaucoup de patients -Le nombre de patients [...] qui fait que souvent toutes les salles de soins qu'on a sont occupées -Difficile de rentrer/sortir des brancards toutes les minutes pour installer les patients -Le monde parfait [...] où « on aurait zéro personne dans les couloirs »
<p>Des tenues non adaptées</p>		<ul style="list-style-type: none"> -La majorité on va les déshabiller, on les laisse en sous-vêtements et chemises de l'hôpital sauf que les chemises de l'hôpital sont un peu ouvertes... Donc en fait les gens se baladent... enfin tu vois presque tout
<p>Un mal plus profond ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Après peut être qu'on se cache derrière ça -Je pense qu'on se cache derrière ça

		<p>-Après je pense aussi qu'on se cache un peu, c'est la politique, on se cache aussi derrière ce nombre de patients pour limiter un peu ce qu'on fait et dire « ouais, mais il y a trop de monde »</p> <p>-On a le temps malgré tout de fermer la porte, de mettre un drap, d'expliquer à la personne tous ces soins-là, je pense que ça rajoute pas beaucoup plus de temps de faire ça</p>
--	--	--

5-Quels sont selon vous les soins intimes réalisés aux urgences ?

(Objectif : Identifier les soins intimes réalisés aux urgences)

Catégories	Thèmes	Verbatims
Rôle propre	Élimination	<p>-Soins de confort que vont être l'urine, les selles</p> <p>-Principalement tout ce qui va être urine et selle</p> <p>-Ca va être plutôt la partie élimination : urine et selle</p> <p>-Tous les changes</p>
	Hygiène	<p>-Les toilettes en général</p> <p>-Il y a toutes les toilettes qu'on fait</p> <p>-Les toilettes quand on en à faire pour les blocs</p> <p>-Les toilettes de bloc opératoire on en fait pas mal</p>
	Habillage	<p>-L'habillage, c'est un soin</p> <p>-Ceux qu'on rhabille</p>
Rôle prescrit	Sondage urinaire	<p>-Pose de sonde urinaire (*2)</p> <p>-Il y a les sondages urinaires [...] là on rentre dans l'intimité</p>
	ECCG	<p>-Pour moi l'électrocardiogramme ça fait partie des soins intimes</p> <p>-Pour certains ça renvoie quand même une image et pour certains ça peut les complexer et on rentre dans leur intimité</p> <p>-C'est un soin intime aussi l'électrocardiogramme</p>
	Pansements	<p>-Les pansements (*2)</p> <p>-Les gens n'ont pas forcément envie de montrer qu'ils ont un pansement ou plaie à tel endroit</p>

6-A quoi êtes-vous vigilant lors de la réalisation de ces soins aux urgences ?

(Objectif : Identifier la posture de l'infirmier lors de la réalisation de soins intimes aux urgences)

Catégories	Thèmes	Verbatims
Mettre en salle de soins le patient	Mettre un paravent	<p>-Je suis vigilant...déjà... à ce que ce soit fait en box</p> <p>-Si je dois faire ça au déchocage, j'aime bien mettre un paravent</p> <p>-Je mets un autre paravent pour pas que les gens voient</p> <p>-[...] On laisse les patients en box doubles, on met un paravent</p> <p>-Quand la personne est en box double, je mets le paravent</p> <p>-Mettre au moins le paravent</p>
	Fermer les portes	<p>-Fermer la porte, se mettre au calme dans la salle de soins</p> <p>-En général on ferme les portes des salles de soins</p>
	Veiller à la non-mixité	<p>-J'essaie d'être attentif, ne pas avoir dans un même box homme/femme</p>
	Demander le consentement du patient	<p>-Je demande à la personne si ça ne la dérange pas</p> <p>-Bien expliquer au patient ce qu'il va se passer</p> <p>-Bien expliquer au patient</p>
Prévenir l'équipe soignante	Présences	<p>-Mettre les présences dans les box</p> <p>-Que les gens remarquent quand même qu'il y a quelqu'un dans le box...potentiellement qu'il y a un soin en cours</p> <p>-Après on a des pancartes normalement au déchocage : On met « soins en cours », « soins techniques en cours »</p>
	Oralement	<p>-Prévenir les collègues</p> <p>-Les prévenir, leur demander de ne pas venir, ce sont des choses auxquelles je ne pense pas forcément</p>
Couvrir le patient	Serviettes	<p>-Mettre une serviette...le temps de faire...pendant une toilette...</p> <p>-Quand on fait une toilette de bloc entière, on commence par le haut...on va mettre une serviette, on fait le bas... on va mettre une serviette</p>

	Draps	<p>-Quand c'est l'installation de matériel comme des bassins, urinaux, mettre au moins un drap en plus sur la personne</p> <p>-Dans les couloirs, on va mettre des draps surtout parce qu'on n'utilise pas les paravents dans les couloirs</p>
--	-------	--

7-Pour ces soins-là, quelle différence faite vous entre leur réalisation aux urgences et dans un autre service de soin ?

(Objectif : Identifier la différence de posture de l'infirmier lors de la réalisation de soins intimes en fonction du lieu d'exercice)

Catégories	Thèmes	Verbatims
Possibilité d'échanger de professionnel	En service de soins traditionnel	- En service c'est un binôme AS/infirmier [...] il y a moins de possibilité d'échanger
	Aux urgences	<p>-On prend des initiatives notamment, [...] quand on déshabille une personne on fait en sorte par rapport à l'âge, si les personnes sont mineures ou dans nos âges, pour les jeunes professionnels</p> <p>-On essaie de faire en sorte que ce soit homme avec homme et femme avec femme</p> <p>-Je pense que c'est plus facile aux urgences car on est plus nombreux et les équipes sont plus diversifiées</p> <p>-Ca ne me dérangerait pas de passer la main, au contraire</p>
Explications données du soin	En service de soin traditionnel	-Patients qui sont là un petit peu plus longtemps, [...] à qui on explique je pense souvent mieux les choses qu'aux urgences, donc qui peuvent être mieux préparés à ce type de soin, un peu mieux à comprendre
Interruption de tâche durant soin intime	En service de soins traditionnel	-Souvent, il n'y a entre guillemet qu'un infirmier ou aide-soignant par secteur, donc il arrive qu'on soit moins souvent dérangés dans la réalisation du soin
	Aux urgences	<p>-Souvent dans les salles de soins, on entre, on laisse la porte ouverte et la personne nous demande telle ou telle chose, souvent c'est en répondant aux sonnettes.</p> <p>-Elle nous demande telle ou telle chose et du coup on fait le soin sans prendre forcément le temps de refermer la porte derrière</p>

		-On peut être dérangé par d'autres collègues, et du coup l'intimité est biaisée par l'intervention d'autres collègues
--	--	---

8- Lorsque vous apprenez que vous devez réaliser un soin intime à une personne vulnérable, quelle est votre première préoccupation ?

(Objectif : Identifier la préoccupation de l'infirmier lors de la réalisation de soins intimes à des personnes vulnérables aux urgences)

Catégories	Thèmes	Verbatims
Lever l'ambiguïté avec le patient et se protéger en tant que soignant	Réaliser le soin à deux	-Souvent j'essaie quand même d'aller à deux -j'essaie toujours d'aller à deux -Si en plus ces gens sont vraiment très vulnérables, moi je trouve qu'être à deux [...] il y a moins de problème -on est plusieurs, il n'y a pas d'ambiguïtés -Des fois il vaut mieux se protéger
	Interventir de soignant	-Si je dois poser une sonde urinaire à une jeune fille de 18 ans, si c'est possible j'essaie de demander à une collègue pour qu'elle puisse aller -Les gens ne sont pas trop gênés qu'on leur fasse des ECG, les femmes en général [...] mais c'est vrai que des fois pour limiter l'ambiguïté, moi j'utilise une autre solution -Même si ça ne veut pas dire que je vais toujours trouver une collègue [...] je trouve ça quand même normal -Si j'ai une collègue à côté de moi, je lui dis est-ce que tu peux faire ? -Je vais chercher une collègue, il n'y a pas de souci -Des fois vaut mieux éviter le problème qui pourrait être conflictuel
Avoir un déroulé de soin idéal	Réaliser le soin dans un lieu adapté	-Avoir un lieu au mieux pour la plupart des soins -Le lieu [...], avoir ce qu'il faut pour faire ça dans de bonnes conditions et que lui se sente à l'aise et que moi aussi par la même occasion
	Expliquer le soin	-On explique bien

	Obtenir le consentement du patient	-Savoir si ça va être possible déjà. Sur les personnes âgées, si la personne va être d'accord pour le soin... -En premier l'accord du patient pour savoir s'il est coopérant, s'il va accepter le soin et si ça lui convient
	Couvrir le patient	-Il y a des méthodes quand même pour pouvoir cacher, on peut très bien mettre un petit truc. -Au moins avoir un drap, quelque chose pour protéger cette personne, pour ne pas la mettre à nue ou alors en difficulté au milieu de tout le monde.

9-Que ressentez-vous lorsque vous voyez une porte ouverte (d'un box) lors d'un soin intime ? (Identifier l'importance accordée par l'infirmier au respect de la pudeur des patients lors d'un soin intime)

Catégories	Thèmes	Verbatims
Un manquement au respect de la pudeur du patient non acceptable	Le ressenti du soignant	-Ca m'interpelle -Je trouve ça choquant (*2) -Ce n'est pas très acceptable -Quand je m'en rends compte j'avoue que ça m'embête -Ça ne me plait pas trop d'ailleurs -C'est quelque chose qui me gêne un peu de laisser les gens en situation comme ça de vulnérabilité, que tout soit à l'air, tout le monde voit ça de la porte
	Des procédés pas entendables	-Ils mettent homme/femme dans un même box et ils font un ECG aux deux personnes sauf que ce n'est pas forcément entendable -Tout ce que moi je considère comme pas tolérable « faire des électrocardiogrammes dans le couloir » [...], un électro cardiogramme ça se fait dans un box, pas au milieu de tout le monde -Je trouve quand même que de fermer la porte c'est un minimum surtout lors de soin comme ça -Des fois on nous met des jeunes de 20 ans avec des papis de 90 ans à côté... et non... Ya des choses à respecter quand même pour moi, de mon point de vue...

	Le signifier à ses collègues	<p>-On les reprend assez facilement pour dire « bah non en fait, un électro cardiogramme ça se fait dans un box, pas au milieu de tout le monde »</p> <p>-J'essaie quand même de dire aux collègues que ça aurait été bien de mettre un paravent</p> <p>-J'alerte mes collègues là-dessus</p>
Un rapport à la pudeur différent	Avec le temps	<p>-Il y a des choses qui ont changé sur ma vision</p> <p>-C'est vrai qu'avec le temps je me suis aperçu qu'il y a des choses qui potentiellement me choquaient beaucoup au début, qui me choquent toujours mais qui sont presque devenues une norme</p> <p>-Avec le temps, on tolère beaucoup de choses aux urgences qu'on ne devrait pas du tout tolérer (*2)</p>
	En fonction du sexe du patient	<p>-Pour les hommes on peut avoir l'impression que ça va être moins dérangeant donc on va être entre guillemets, on va plus tolérer de voir ça dans un couloir que de voir ça pour une femme alors que pour la personne en elle-même ça peut être très dérangeant.</p>

ABSTRACT

NOM : DUMANS

PRENOM : BENJAMIN

TITRE DU MEMOIRE : Dans quelle mesure les représentations de l'infirmier sur la pudeur impactent-elles sa posture auprès d'un patient vulnérable lors d'un soin intime réalisé aux urgences ?

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

The subject of the research presented here treat of the notion of modesty during treatment. Indeed, throughout my experience during different work placements, I realised that this essential value in my eyes is not always respected and would change from one health professional to the other and from one patient to the other. It is during my work placement at the emergency department that I noticed this theme.

In order to enrich my reasoning, I researched resources linked to this subject and studied lectures and conferences to immerse myself in writers way of thinking. Two interviews with emergency department nurses allowed me to bulk up my findings and pursue this lead.

From these research and interviews came out this notion of essential context, here being within the emergency department. Indeed, factors independent from the will of the medical staff such as organisational structures harm the preservation of patients modesty. Nonetheless, it also reveals that better suited staffing could play an essential part in maintaining this value at a higher standard and that it shows through nursing staff actions as being secondary.

The question emerging from this thesis might be as to why, showing through their practices, this noting of patient modesty appears on occasion to be secondary for nursing staff. Could it be linked to social representations that the nurse incorporated during encounters with different patients ?

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Le sujet de recherche présenté ici aborde la notion de pudeur dans les soins. En effet, à travers mon expérience lors de mes différents stages, je me suis aperçu que cette valeur essentielle à mes yeux n'était pas toujours respectée et variait d'un professionnel de santé à un autre et d'un patient à un autre. C'est lors de mon stage en service d'urgence que cette thématique s'est révélée à mes yeux.

Pour pouvoir enrichir ma réflexion, je me suis nourri de lectures, de conférences, afin de m'imprégner de pensées d'auteurs et de ressources en lien avec ma thématique. Deux entretiens semi-directifs réalisés avec des infirmiers issus des services d'urgence m'ont permis d'étoffer mon analyse et de poursuivre mon cheminement.

De ces recherches et de ces entretiens sont ressortis cette notion de contexte essentielle, ici celle d'un service d'urgence. En effet, des facteurs indépendants de la volonté des soignants tels que l'architecture des services nuisent à la préservation de la pudeur du patient. Néanmoins, il en ressort également qu'une

posture soignante plus adaptée pourrait contribuer à préserver au mieux cette valeur et qu'elle apparaît à travers les gestes des infirmiers, parfois secondaire.

La question qui découle de cette thématique est peut-être finalement de savoir pour quelle raison, dans ce que laissent entrepercevoir les infirmiers à travers leur posture, cette notion de pudeur peut parfois paraître secondaire. Serait-ce davantage lié aux représentations sociales que l'infirmier aurait intégrées en lui concernant les différents patients ?

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**. Representation, modesty, emergency, posture, vulnerability

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**. Représentation, pudeur, urgence, posture, vulnérabilité

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