



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

En quoi la perte de confiance du patient envers le soignant impacte-t-elle la prise en soins ?

Formateur référent mémoire :
AUGER-DUCLOS Kellig

PITOIS-Axel
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

Date : 05/05/2024



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'état Infirmier

Travaux de fin d'études : Mémoire d'Introduction à la Recherche Infirmière

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat 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 04/05/2024

Identité et signature de l'étudiant : Pitois Axel

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 tiens à remercier Mme AUGER-DUCLOS Kellig pour son accompagnement à la rédaction de ce mémoire et sa disponibilité durant cette année.

Merci à Mme NICOLIC-JOSSET Mélanie pour le suivi régulier et assidu durant ces trois années de formations.

Merci à Moto.K, Emma.S, Corentin.P, Nicomo.C, André pour les inspirations artistiques tout au long de ces trois ans.

Merci à Kristen.L, Artus.L, Matteo.B, Mattilin.B, Manolis.B, Diego.I, pour les différents soutiens durant ces dernières années.

Merci à Nathalie.P, Diana.T, Antoine.P, Pierre.B, Pierre.M, Alexandre.B pour les 3 ans de formations

Merci à Baptiste.D, Titouan.J, Ethan.L pour les séances de révisions jusqu'à tard le soir.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	1
II. CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART.....	2
III. CADRE THÉORIQUE.....	3
A. La confiance comme concept.....	3
1. La confiance.....	3
2. Le lien de confiance.....	4
3. La relation soignant /soigné.....	6
4. La rupture de la relation de confiance.....	7
B. La confiance légalement.....	8
1. La charte de la personne hospitalisée.....	8
2. La loi “Kouchner” et son impact sur la santé.....	9
3. Droit des malades.....	10
IV. Analyse d’entretien.....	11
Méthodologie d’entretien.....	11
A-L’importance de la confiance.....	12
1. Le rôle de la confiance.....	12
2. La nécessité de la confiance.....	13
B. Les facteurs permettant son instauration.....	13
1. L’environnement de soin.....	13
2. L’attitude du soignant.....	13
3. Les connaissances du patient.....	14
C. Les connaissances légales permettant la confiance.....	14
1. Les différentes lois.....	14
2. Leurs influences.....	15
V. La Discussion.....	15
A-L’importance de la confiance.....	15
1. Le rôle de la confiance.....	16
2. La nécessité de la confiance.....	16
B. Les facteurs permettant son instauration.....	17
1. L’environnement de soin.....	17
2. L’attitude du soignant.....	17
3. Les connaissances du patient.....	18
C. Les connaissances légales permettant la confiance.....	19
1. Les différentes lois.....	19
2. Leurs influences.....	20
VI. Conclusion.....	21
Bibliographie :.....	23
Annexes :.....	25

I.INTRODUCTION

La relation entre soignant et soigné est une partie centrale de la pratique infirmière, elle détermine si le patient sera dans l'acceptation de ses soins ou bien dans une opposition. Au cours de notre pratique nous avons tous déjà croisé des situations où la suite de la prise en soins dépendait de la bonne entente entre soignant et soigné. Or s'il est une composante essentielle de cette relation c'est bien la confiance. Eric Tabarly dans son ouvrage mémoire du large(1997) écrivait : "La confiance est un élément majeur : sans elle aucun projet n'aboutit." Si l'on prend un projet tel quel la construction d'une relation de soins alors cette citation est doublement pertinente dans le cadre qui nous intéresse aujourd'hui.

Actuellement Étudiant infirmier en 3^e année au pôle de formation des professionnels de santé du centre hospitalier universitaire de Pontchaillou, vous êtes en train de lire mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers que j'ai réalisé dans le cadre de la validation de mon diplôme d'État. J'ai conduit ce travail de recherche sur la relation soignant-soigné et plus particulièrement sur le rôle de la confiance dans celle-ci. Je trouvais ce sujet intéressant dans sa globalité mais ce que ma situation d'appel a fait ressortir principalement est au sujet de la confiance porté par le patient envers le ou les soignants.

Ce sujet m'a motivé de part son universalité, peu importe le lieu d'exercice, qu'il s'agisse d'une infirmière urgentiste, en psychiatrie, en EHPAD ou même scolaire. Presque tout lieu d'exercice comporte des patients et s'il y a des patients, il y a dès lors une relation qui se crée entre eux et le soignant.

II. CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

Mon sujet concerne la relation de confiance entre soignant et soigné. J'aimerais effectuer ma recherche sur ce sujet car je pense que la confiance est une composante essentielle dans la relation de soins et souhaite donc approfondir ce sujet.

En effet, je me suis souvent posé des questions sur la relation soignant-soigné, que je considère comme un élément central de l'exercice infirmier. Afin d'illustrer à quel point cela est central nous allons ensemble étudier une situation.

Ma situation d'appel s'est déroulé de cette manière :

Initialement, des informations divergentes ont été communiquées à Me B concernant la nécessité d'une amputation et le niveau de l'infection d'un mal perforant plantaire. Ces informations contradictoires ont semé la confusion et ont instauré un sentiment de méfiance envers l'équipe soignante. Les différents avis de l'équipe médicale ont amplifié cette confusion de la patiente et ont abouti à une perte de confiance envers ceux qui devaient la soigner.

Lorsque l'infectiologue a recommandé finalement une amputation trans-fémorale, cela a provoqué chez la patiente un sentiment de trahison et de déception vis-à-vis de l'équipe médicale. Ce manque de cohérence dans les informations et les décisions prises a été perçu comme une série d'erreurs, dégradant ainsi la relation de confiance qui était établie.

Cette rupture de confiance a eu des répercussions significatives sur le comportement de la patiente. Elle s'est renfermée émotionnellement, devenant moins coopérative et établissant une barrière psychologique et sociale lors des soins ayant suivi. La perte de confiance envers l'équipe médicale a donc non seulement affecté son état émotionnel, mais aussi la qualité de sa prise en charge médicale.

À la suite de cette situation de nombreux questionnements m'ont assailli : Comment préserver la confiance du patient dans l'équipe soignante ? Quels moyens peuvent être mis en place pour renforcer la confiance du patient dans le processus de soins ? et pour aller plus loin dans cette réflexion : Quelles stratégies peuvent être adoptées pour impliquer le patient dans la prise de décision tout en préservant un niveau élevé de confiance et de compréhension ? Quels sont les impacts sur la prise en soin lorsque la confiance du patient est ébranlé ? Quels efforts peuvent être déployés pour restaurer la confiance du patient lorsqu'elle a été ébranlée ? Quels outils ou approches pédagogiques peuvent être utilisés pour éduquer les patients sur leur condition médicale, renforçant ainsi la confiance dans le processus de soins ? Comment évaluer régulièrement la confiance des patients dans l'équipe médicale et s'assurer

que les actions mises en place servent à améliorer la confiance et la qualité des soins dispensés ?
Comment soigner un patient qui a perdu confiance dans le corps médical ?

De ces nombreuses questions, on peut cependant en dégager une : En quoi la perte de confiance du patient envers le soignant impacte-t-elle la prise en soins ?

Et c'est cette question que nous allons aborder ce jour.

III. CADRE THÉORIQUE

A. La confiance comme concept

1. La confiance

La confiance, étymologiquement, trouve ses racines dans le latin "confidentia", dérivé de "confidere", signifiant "avoir pleine foi" ou "se fier à". (Dictionnaire de l'Académie Française, 2019)
Ce concept, profondément ancré chez l'humain, évoque un sentiment de sécurité, de foi et d'assurance envers quelque chose ou quelqu'un. Il constitue le pilier fondamental des relations interpersonnelles et joue un rôle crucial dans le tissu social, professionnel, et plus spécifiquement, dans le domaine des soins et de la santé. En effet, la confiance se veut réciproque, car si l'Académie française (2019) la décrit comme : « Espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui » en première définition. La seconde définition donnée est : « Espérance ferme que les autres placent en vous ; conviction qu'ils peuvent avoir de votre sincérité, de votre dévouement, de votre honnêteté. » Il s'agit donc d'un lien entre deux personnes allant dans les deux sens, nous la plaçons en l'autre tout en la recevant d'autrui.

La confiance représente donc bien plus qu'un simple sentiment ; elle incarne une sorte de lien dynamique, une relation profonde qui se construit au fil du temps à travers des échanges, des gestes envers l'autre et des interactions verbales et paraverbales. Dans le contexte des relations soignant-soigné, elle se matérialise comme un des éléments central si ce n'est le cœur de cette relation, influençant la qualité des soins, le bien-être du patient et la facilité de la prise en soins par le soignant.

La confiance entre le patient et le soignant se construit à chaque instant à partir d'un ensemble complexe de facteurs : la compétence professionnelle, l'empathie, la communication, la transparence, et surtout, la fiabilité en tant que professionnel. C'est un contrat entre le soignant et le soigné où le patient place sa confiance dans les compétences, la posture professionnelle et la bienveillance du

soignant, tandis que ce dernier s'engage à respecter, à écouter et à répondre aux besoins du patient dans un cadre de soins. Or si celle-ci est brisée, la prise en soin s'avérera d'autant plus compliquée.

Selon le sociologue Hammer dans "Confiance et risque en médecine générale : entre contradiction et intégration" (2010) il existe cinq types de confiance telle que : « la confiance cléricale où le patient s'assujettit aux ordres du médecin et est observant de son traitement sans chercher à le comprendre ; la confiance pragmatique où le patient n'accorde sa dite confiance que s'il estime les capacités du médecin ; la confiance professionnelle créée à partir des représentations que le patient se fait du médecin en tant que praticien de santé et de ses attentes de guérison ; la confiance affinitaire plus basée sur le lien entre le médecin et le patient et l'appréciation qu'a le patient du caractère du médecin plutôt que de ses capacités ; finalement la confiance rationnelle basée sur la confiance du médecin dans la médecine, la pharmacologie et les différentes médicales plutôt que dans le praticien en tant que tel ». Ces types de confiance constituent le lien de confiance que nous allons essayer de comprendre.

2. Le lien de confiance

Explorant ce concept, nous allons maintenant chercher à comprendre les mécanismes sous-jacents à la construction, à la préservation et à la restauration de la confiance entre le patient et le soignant. Elle met en lumière l'importance de ce lien pour une prise en charge optimale, soulignant ses implications profondes sur les résultats cliniques, l'observance thérapeutique et le vécu global du patient.

La confiance s'avère être un élément fondamental dans le contexte des soins de santé, façonnant une alliance thérapeutique solide et influençant positivement le parcours de soins du patient. Cependant, cette confiance peut s'avérer néfaste pour la relation de soins lorsque brisée et c'est ce que nous allons aborder durant ce mémoire. En effet, c'est lors de l'une de mes expériences professionnelles qu'une situation s'est déroulée où la relation de confiance a été rompue menant à une dégradation de la qualité des soins pour le patient. Celle-ci est définie par Giddens (1994)

«La relation de confiance est le ferment de la relation soignant-soigné. Sans elle nous ne pourrions ni agir, ni interagir puisqu'elle est au fondement même de la structure sociale. Elle est d'autant plus essentielle dans la relation de soin, à la fois dans une confiance d'attitude et dans une confiance d'acte se voulant un « saut dans l'engagement. »

La confiance est donc un élément prédominant dans la relation soignant-soigné, mais cela a-t-il toujours été le cas ? La question mérite d'être posée, en effet si l'on remonte aux origines de l'hôpital moderne la confiance était-elle un élément prédominant ? L'hôpital public tel qu'on le conçoit aujourd'hui fut établi par la loi du 21 décembre 1941 dite Charte hospitalière. De fait, selon "Pour une histoire des réformes hospitalière" (2009) de Jean-Marie Clément (ancien directeur d'hôpital et ancien membre de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales, professeur de droit hospitalier et

médical à l'université Paris 8) : “La naissance de l'hôpital moderne se situe en 1941 avec la promulgation de cette fameuse loi du 21 décembre 1941. Le financement des hôpitaux par les assurances sociales ne pouvait plus coïncider avec les intérêts municipaux et en conséquence l'équilibre des pouvoirs et des responsabilités mis en œuvre par la loi du 16 vendémiaire de l'an V (7 octobre 1796) était dépassé.” Cette fameuse “charte hospitalière” se définit comme: L'ouverture de l'hôpital à toutes les classes sociales en 1941 (loi du 21 décembre 1941 et décret du 17 avril 1943) alors qu'il était voué aux seuls impécunieux (sauf exception pour les malades dénommés les « grands payants » car ils payaient de leurs deniers) marque la volonté de rénover de fond en comble les hôpitaux français dont le dénuement était tel que les classes moyennes bénéficiant des assurances sociales étaient les meilleures clientes des cliniques privées qui ne cessèrent d'ouvrir des maternités et des lits de chirurgie, voire de médecine”. On passe donc dès lors à l'hôpital soignant plutôt que l'hôpital hospice tel que pratiqué avant. Afin de revenir à notre question de la confiance, précédemment étudiée il faut maintenant se poser la question si celle-ci était dès lors de mise lors de la création de cet hôpital soignant. En effet, dès lors, nous sommes passés dans un régime où les patients entraient à l'hôpital dans une optique de se faire soigner plutôt que dans une espérance d'accueil des mourants et indigents instauré par la tradition de l'hôpital hospice. Ce climat de l'hôpital hospice est décrit par l'hôpital de la Grave faisant partie du CHU de Toulouse dans la page réservée à son histoire comme : “l'Hôpital de La Grave gardait toujours la trace, dans son architecture et dans les mémoires, d'un passé misérable : folie, vieillesse, délinquance et ambiance carcérale. « (...) *une masse de bâtiments où le soleil se hasarde rarement et où, sous les voûtes silencieuses, le passant ne frôle que des malheureux au terme de leur chemin.* »” (Histoire de l'Hôpital Saint-Joseph de La Grave, 2004) Dans cet extrait datant de 1905, on peut dès lors s'interroger sur la capacité d'un tel endroit à assurer un climat de confiance entre le patient et le soignant. Mais malgré l'évolution notable amenée par la loi du 21 décembre 1941, nous nous situons toujours dans une pratique hospitalière pré-charte de la personne hospitalisée datant du 6 mai 1995. Cette charte a changé beaucoup de choses concernant la relation soignant-soigné, synthèse des droits du patient à l'hôpital, droits déjà énoncés par plusieurs lois et règlements applicables en la matière celle-ci : “crée des obligations à l'encontre des établissements hospitaliers : ceux-ci sont tenus de respecter les principes législatifs relatifs au respect du corps humain. Ils doivent également appliquer les règles de déontologie applicables aux médecins et au personnel paramédical et “ *s'assurer que les patients ont la possibilité de faire valoir leurs droits* ”. La charte du patient hospitalisé a également pour objectif l'information du patient sur ses droits. C'est pourquoi la circulaire du 6 mai 1995 prévoit la remise d'un livret d'accueil comprenant la charte, à tous les patients et l'affichage du résumé de la charte dans l'enceinte de chaque établissement public hospitalier.” (Direction des affaires juridiques des hôpitaux de paris, 2002).

3. La relation soignant /soigné

La relation soignant/soigné est définie telle que : “la relation médecin-malade est essentielle pour l’obtention d’un résultat thérapeutique optimal. Fondée sur l’écoute, l’empathie, le respect, l’examen physique, la clarté et la sincérité du langage, elle vise à établir la confiance, condition première de l’adhésion du patient et de l’alliance thérapeutique.”(Bulletin de l’académie nationale de médecine, Bontoux et al., 2009) Bien que ce rapport se réfère à la relation entre un médecin et un patient, le médecin est par définition un soignant et cette définition peut s’appliquer également à un infirmier. Dans cette définition l’accent est mis sur le respect, cette notion est souvent associée à celle du consentement, puisque le respect des décisions du patient est souvent celui de son consentement ou de son non-consentement au soin le cas échéant. C’est une notion qui se définit comme “Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en œuvre qu’avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, fondé sur des informations suffisantes. Le cas échéant, le consentement devrait être exprès et la personne concernée peut le retirer à tout moment et pour toute raison sans qu’il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice.” (Unesco, Déclaration de la bioéthique et des droits de l’homme, 2005). Ce consentement est défini par 2 lois dans le code de la santé publique, la première est l’arrêt Teyssier et la seconde la loi “Kouchner” expliquées comme ceci par l’Association pour l’étude de la réparation du dommage corporel: “L’obligation d’information a pour but d’informer le patient sur les risques de sa maladie, les traitements envisagés et les risques qu’ils comportent (Chambre des Requêtes de la Cour de cassation, 28 janvier 1942, Teyssier). L’arrêt Teyssier est considéré par la doctrine comme fondateur de l’éthique médicale en ce qu’il a imposé au praticien, avant toute intervention, l’obligation d’obtenir du patient un consentement libre et éclairé. Le non-respect de cette obligation constitue un manquement aux obligations déontologiques du praticien [...] la loi n° 2002-404 du 4 mars 2002 sans pour autant modifier fondamentalement les contours de l’obligation d’information l’a entérinée dans son article L.1111-2 du CSP et l’a inclus de manière assez symbolique dans le titre relatif « aux droits des personnes malades et aux usagers du système de santé”(Association pour l’étude de la réparation du dommage corporel, 2011, préambule) Sur la confiance que nous avons précédemment définie. Sur l’écoute que l’on peut définir comme “Prêter attention à ce que quelqu’un dit pour l’entendre et le comprendre” (*dictionnaire Larousse*, édition de 2023) Enfin l’empathie se définit comme “Faculté intuitive de se mettre à la place d’autrui, de percevoir ce qu’il ressent.”(*dictionnaire Larousse*, édition de 2023).

Cette relation soignant-soigné peut comporter plusieurs niveaux, en effet selon nos cours de l’unité d’enseignement 4.2 de soins relationnels du 3^e semestre Louis Malabeuf (la relation soignant-soigné, du discours au passage à l’acte, 1992, p.4) écrivait dans son que la relation soignant soigné se manifestait de quatre manières différentes : la relation de civilité tout d’abord qui se définit tel qu’un code culturel et social ritualisé, une relation qu’on met en œuvre constamment. Elle permet de créer un climat de confiance dès l’accueil du patient. C’est une relation qui existe hors du soin, dans le contexte

socioculturel du quotidien. C'est la relation fonctionnelle qui vient ensuite, celle-ci est une relation qui vise à glaner le plus d'informations possible au sujet du patient dans l'optique d'orienter sa prise en soins par la suite, elle s'appuie sur les signes cliniques et paraclinique, sur les antécédents du patient et sur son histoire de vie. La troisième manifestation de cette relation soignant soigné est la relation de soutien intimement lié à celle de compréhension ou de réassurance basées sur l'écoute active ces relations mettent l'accent sur l'attention portée au ressenti du patient et possèdent une visée thérapeutique dans le but de l'aider. Enfin la dernière relation est dite : "relation d'aide thérapeutique." Celle-ci est résumée par Carl Rogers (Développement de la personne, 1967, p.29) tel que : "j'entends par ce terme des relations desquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie."

4. La rupture de la relation de confiance

La rupture est définie par le dictionnaire Larousse comme ceci : "Fait, pour quelque chose, de se rompre, sous l'effet d'un effort excessif ou trop prolongé ou d'un choc".(*dictionnaire Larousse*, édition de 2023) Si l'on se penche sur la définition de la confiance établie plus tôt définit tel que : "Espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui." Il s'agirait donc de la perte de ce lien dans le cadre de la relation soignant soigné. Cette rupture peut être causée par différents facteurs. Qu'il s'agisse d'une erreur d'un des soignants, d'une mécompréhension du patient ou même juste d'un choix du refus d'accorder sa confiance par l'un ou l'autre des deux parties. Cette rupture de la relation de confiance est problématique dans la prise en soins puisque nous avons pu voir dans la situation d'appel que celle-ci peut mener à des réticences aux soins par le patient voir même à des refus de soin. En effet, un patient a tout à fait le droit depuis la loi "Kouchner" de refuser les soins proposés par les différents praticiens de santé comme spécifié par l'article 1111-4 du Code de la Santé Publique : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » La rupture du lien de confiance est donc un vrai handicap dans la prise en soins. Il existe cependant différents moyens de conserver ce lien de confiance, en effet bien que cette notion puisse sembler philosophique plutôt que légale, on va pouvoir observer au travers de différents points législatifs que la confiance est bien inscrite dans différents textes de lois avec comme première itération la charte de la personne hospitalisée.

B. La confiance légalement

1. La charte de la personne hospitalisée

La charte de la personne hospitalisée est tout d'abord née dans les années 70, en effet c'est en à l'initiative de Michel Poniatowski, le 14 janvier 1974 que la notion de droit des malades est inscrite dans les textes de loi français et fait son apparition dans le journal officiel de la République française. Elle fait suite à un rapport sur la situation hospitalière appelé le rapport "Ducamin" qui soulignait les problèmes de l'hôpital public français à cette époque et précédait une série de réformes hospitalière qui débutait par la Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 et dont cette première charte du patient hospitalisé s'inscrit dans la droite lignée. C'est donc suite à celle-ci que par la suite Simone Veil signera le 20 septembre 1974 la première Charte de la personne hospitalisée et la rendra en même temps sa diffusion obligatoire dans tous les hôpitaux, auprès de chaque patient. Il est intéressant de noter que celle-ci se nommait à l'époque "charte du malade". Cette première charte fut novatrice en son temps puisque c'est à elle que l'on doit l'évocation de la confiance dans la relation soignant soigné avec ce passage : "un climat de confiance est nécessaire. Il suppose la reconnaissance des droits et devoirs de chacun." C'est suite à cette charte que la confiance comme outil de soin obligatoire est instaurée comme normes hospitalières et celle-ci pavera également la route pour la nouvelle charte de la personne hospitalisée toujours signée et mise en place par Simone Veil qui en mai 1995 aura pour objectif de prendre en compte toutes les innovations éthiques des vingt années séparant les deux chartes afin de mettre à jour le droit du patient hospitalisés. Cette nouvelle charte nommée désormais "Charte du patient" se base sur l'ancienne tout en abordant de nouveau points très intéressants, par exemple le consentement y est abordé par l'article 4 : "L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité thérapeutique pour la personne et avec son consentement préalable. C'est pourquoi, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir." mais ce n'est pas le seul point qui y a été rajouté depuis 1974, le secret professionnel un concept qui se définit comme une obligation légale posée par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique : Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Ces deux nouvelles notions sont intéressantes puisque toutes les deux crée un terrain

propice à la confiance, de fait ces valeurs de consentement comme de secret professionnel se doivent d'être respectées si l'on veut continuer à conserver la confiance du patient. Et ce sont des valeurs qui ont été conservées dans la nouvelle charte de la personne hospitalisée qui est encore en vigueur de nos jours. Celle-ci date du 2 mars 2006 et bien que séparé de seulement 10 ans avec sa prédécesseure, nombre de lois ont vu le jour entre temps, on peut penser par exemple à la loi du 9 juin 1999 relative à l'accès aux soins palliatif, à celle du 4 mars 2002 la loi dite "Kouchner" qui renforce les droits des patients ou même encore la loi "Leonetti" du 22 avril 2005 relative à la fin de vie. Et c'est donc avec ces nombreuses lois en tête que la charte de la personne hospitalisée a donc été mise à jour, intégrant par exemple les directives anticipées de la loi Leonetti ou la personne de confiance de la loi "Kouchner." Cette loi "Kouchner" va d'ailleurs nous intéresser puisque celle-ci a également contribué à l'instauration de la confiance auprès des personnes hospitalisées.

2. La loi "Kouchner" et son impact sur la santé

La loi "Kouchner" nommée d'après le ministre de la Santé de l'époque et rentrée en vigueur le 4 mars 2002 fait partie de ces lois ayant fortement contribué au développement de la confiance des patients envers les institutions hospitalières. C'est en effet cette loi, motivée dans les suites de l'épidémie de VIH de la fin du XXe siècle qui instaurera pour la première fois la notion de patient-usager. Si l'on se réfère à nos cours de l'unité d'enseignement 1.3 sur la législation, l'éthique et la déontologie on voit que trois axes majeurs régissent cette loi : il s'agit du respect de l'autonomie de décision, de la création d'un dialogue entre médecin et malade ainsi que de la création de notion de personne de confiance. La création de ces axes est compréhensible, en effet c'est cette épidémie de VIH mentionnée précédemment ainsi que l'affaire nommée par la presse "du sang contaminée" qui ont toutes les deux mis en lumière le manque de transparence de l'hôpital et de ses praticiens envers les patients menant à la nécessité de cette loi. Pour rappel l'affaire du sang contaminée avait été mis en lumière par l'hebdomadaire "l'Événement du jeudi" du 25 avril 1991, le quotidien "Le Monde" (26 avril 1991) avait publié par la suite un résumé de l'affaire dans lequel était narré que suite à une publication de morceau d'un rapport confidentiel datant du 29 mai 1985 consacré à " l'attitude à adopter concernant les dons anti-LAV positifs découverts durant la phase de validation du test ELAVIA et leur incidence sur les dérivés sanguins ". Provenant du Centre national de transfusion sanguine, ce rapport constitue une réponse du directeur de l'époque, M. Michel Garetta, aux professionnels de santé vis-à-vis de l'attitude à adopter quant au produit sanguin labile destinés à soigner les patients souffrant d'hémophilie qui avait été à l'époque parfois été donné par des donneurs de sang séropositif. Bien que la loi "Kouchner" n'ait pas immédiatement suivi ce scandale, elle fait

suite à une réflexion sur les vingt dernières années sur l'état de la santé publique en France, on devine donc aisément l'impact qu'a eu ce scandale sanitaire sur cette réflexion, entamé durant l'époque de l'épidémie du virus d'immunodéficience humaine. Et finalisé par le recueil des doléances de plusieurs centaines de milliers de Français. On comprend dès lors au vu du contexte d'analyse de données puis d'écriture de cette loi que l'accent fut mis sur la transparence avec le patient avec l'article 1111-2 : "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus." C'est également à cette loi qu'on doit la participation d'association d'utilisateurs au conseil de l'hôpital avec l'article 1114-1 stipulant : "Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé." Toutes ces notions ont participé à la création de la notion de droit des malades.

3. Droit des malades

Le droit des malades est donc une création récente comme nous avons pu le voir, il s'agit de l'ensemble des droits possédés par les patients et défini par les lois relatives au patient, comme par exemple celles évoquées précédemment, la charte des personnes hospitalisées comme la loi "Kouchner" sont des textes législatifs relatifs aux patients et font donc partie du corpus de loi régissant le droit des malades à l'instar des lois "Leonetti" ou même des lois de bioéthique évoquées précédemment. Ces droits permettent de favoriser la création d'un lien de confiance avec le patient et même plus globalement d'une confiance accordée au lieu de soins dans sa globalité. En effet, si l'on s'intéresse à l'étymologie du concept de droit des malades, le droit tout d'abord est selon le dictionnaire juridique : "l'ensemble des dispositions interprétatives ou directives qui à un moment et dans un État déterminés, règlent le statut des personnes et des biens, ainsi que les rapports que les personnes publiques ou privées entretiennent." et les malades sont quant à eux les personnes hospitalisées, l'ensemble des personnes atteintes par des pathologies. Leur corpus de droits permet donc de renforcer la confiance puisque le patient sait dès lors quels sont ses droits en tant que patient et se sent donc respecté en tant que citoyen et que patient.

4. La loi HPST

Jusqu'ici, nous avons observé l'impact de loi relative au droit des patients sur la confiance accordée aux professionnels de santé mais il est important de noter que certaines lois visant à réformer l'organisation hospitalière ont également eu un impact, en 2009, le 21 Juillet paraissait la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi proposée par Roselyne Bachelot visait à réformer et réorganiser l'hôpital en s'axant sur plusieurs points : Tout d'abord d'accroître les missions des directeurs d'établissement hospitalier et centraliser autour de grands centres hospitaliers les missions de santé de chaque région. De répartir de manière plus égalitaire les différents médecins en France afin d'éviter l'apparition de "déserts médicaux" ainsi que la mise en place de permanence de soin. La mise en place de contrôles plus sévères sur l'accès à l'alcool des mineurs et l'interdiction de ventes de cigarettes aromatisées à ceux-ci. Enfin la création de nouveaux dispositifs d'éducation thérapeutique pour les patients plus accessible que les précédents. Ces différents ajouts ont permis de manière plus ou moins directe de renforcer la confiance des patients dans le système médical puisque ceux-ci ont permis de faciliter l'accès aux soins de nombreuses personnes, de protéger la santé de mineurs en prévenant l'apparition d'addictions et de comportements à risques. L'accès à l'Éducation Thérapeutique pour les Patients favorise également la confiance puisque comme nous avons pu le voir précédemment, la connaissance des patients sur leurs pathologies est centrale dans la création d'un lien de confiance avec ceux-ci.

IV. Analyse d'entretien

Méthodologie d'entretien

Afin de comparer mon cadre théorique à l'avis de professionnels exerçant comme infirmier, j'ai été amené dans le cadre de ce MIRS à conduire des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé. Les professionnels que j'ai choisi d'interroger exercent tous les deux comme infirmiers mais ont des profils d'exercice très différents. J'ai conduit mes entretiens avec une infirmière récemment diplômée et une infirmière avec une expérience plus longue afin de comparer si l'expérience changeait leurs réponses. J'ai posé des questions ouvertes préparées à l'avance et détaillées dans le guide

d'entretien. Les entretiens se sont déroulés sur leur lieu de travail et les deux infirmières m'ont accordé quinze à trente minutes de leur temps de travail dans le but d'y répondre. Tous deux se sont exprimés librement lors de ces entretiens et ont verbalisé "qu'ils étaient ravis d'effectuer ces entretiens." Ces entretiens ont cependant rencontré leurs limites car alors que le 4^e objectif de cet entretien était à propos des connaissances législatives nécessaire à la fondation de la relation de confiance, les deux infirmières se sont excusés quant au fait qu'elles n'étaient pas spécialisées en droit et avait toutes les deux des difficultés à se souvenir de lois précises en lien avec la question posée. Lorsque interrogés sur leurs parcours, la première infirmière explique qu'elle est diplômée depuis un an, et que directement après sa diplomation elle a postulé pour un poste de nuit sur Saint-Laurent, celle-ci travaille en médecine gériatrique et en soins palliatifs de nuit. La deuxième infirmière quant à elle exerce depuis 15 ans. Elle a d'abord fait des remplacements dès l'obtention de son diplôme en 2009 en gériatrie avant de rejoindre le service de remplacement de l'hôpital et de tourner sur plusieurs services notamment la pneumologie et la diabétologie avant de travailler de manière stable au service de soins intensif de cardiologie.

Afin de faciliter la compréhension, les citations de la deuxième infirmière sont écrites en gras.

Durant mes entretiens, j'ai identifié 3 Thèmes principaux sur lesquels axer mon analyse : il s'agit l'importance de la confiance, des facteurs permettant son instauration et des connaissances législatives permettant la confiance.

A-L'importance de la confiance

1. Le rôle de la confiance

La première infirmière considère la confiance comme un facteur contributif à la prise en soins, en donnant des exemples de situations où la confiance a permis de débloquent une prise en charge, par exemple en convainquant un patient d'être observant de son traitement et en soulignant à quel point celle-ci influence les comportements des patients envers les soignants de manière positive quand elle est établie dans la relation de soins.

La seconde infirmière aborde la question sous un angle différents, les sujets qu'elle aborde dans les cinq items sont plutôt liés à l'absence de confiance, en effet celle-ci explique que si la confiance est rompue cela peut desservir la prise en soins du patient, que la confiance soit rompue dans un sens ou dans l'autre, par exemple, elle aborde sous l'angle du soignant n'ayant pas confiance dans le patient : **"Mais je pense que s'il n'y a pas de confiance sur certaines prises en charge entre le patient et le soignant. Bah ça dessert le patient en fait que le soignant n'ait pas confiance dans ce qu'il va**

faire". Mais également dans la réciproque : **"en ETP si un patient ne n'a pas confiance en soignant, on ne peut pas non plus l'aider autant qu'on pourrait"**. Soulignant ainsi les dommages que peuvent avoir l'absence de confiance dans la relation soignant-soigné

2. La nécessité de la confiance

Lorsque interrogée au sujet de la nécessité de la confiance, la première infirmière a insisté sur sa primordialité, bien que celle-ci n'ait que deux items à ce sujet, les deux mettent l'accent sur le fait qu'elle doit être au centre des soins et de la relation avec le patient, et que le patient doit faire confiance au soignant pour une prise soins adapté.

L'infirmière deux au contraire évoque plutôt la confiance du soignant envers le patient et explique qu'elle pense que la confiance du soignant envers le patient ne doit pas prendre le pas sur le bon déroulé des soins. Celle-ci explique que la confiance ou au contraire son absence ne doit pas influencer la prise en soins ou l'avis donné sur le patient par exemple pendant les transmissions.

B. Les facteurs permettant son instauration

1. L'environnement de soin

Quand l'environnement de soin est évoqué comme facteurs d'instauration de la confiance, les deux infirmières ne partagent pas le même point de vue. En effet, la ou la première infirmière cite l'environnement de soin à deux reprises comme facteurs, expliquant que : "C'est dans un environnement de qualité et qui le rassure afin que la prise en soins se passe au mieux." La ou au contraire la deuxième infirmière ne l'évoque pas du tout.

2. L'attitude du soignant

Au sujet de l'attitude recommandée afin d'instaurer un climat de confiance, la première IDE met l'accent sur deux points : "l'honnêteté tout d'abord, envers le patient, qu'il s'agisse des traitements qu'on lui administre ou des gestes médicaux et de leurs raisons." Le deuxième point concerne l'Éducation thérapeutique du patient, elle s'exprime : "Il faut prévenir sur ce qu'il prend et l'intérêt de chaque traitement." ainsi que "Ne pas hésiter à répondre à toutes ces questions" afin d'instaurer une relation de confiance.

La deuxième infirmière au sujet de l'attitude du soignant la rejoint sur ces deux axes. En effet, tout d'abord, elle évoque la communication honnête avec le patient en expliquant par exemple : "**Pour**

moi, l'essentiel c'est de réussir à trouver une communication, des échanges qui sont pertinents.” et “Enfin pour moi une mauvaise communication de l'un vers l'autre amène forcément en fait à une perte de confiance au finish de la relation.” Puis à l'instar de la première infirmière, elle aborde le sujet de l'éducation thérapeutique du patient : **“Ben moi ma solution personnelle en tout cas ça a été de mettre l'ETP au centre de ma pratique.”** Démarche d'éducation thérapeutique qu'elle explique par la suite : **“J'ai juste l'impression là moi que de laisser au patient le temps de répondre et de poser leurs propres questions, pas forcément juste d'entendre ce que nous, on a à dire”**

3. Les connaissances du patient

En lien avec la démarche d'éducation thérapeutique précédemment évoquée par les deux infirmières, les deux infirmières évoquent à quatre reprises les connaissances du patient comme facteur de l'instauration d'une relation de confiance. La première tient ces propos : “Donc déjà, on part sur de bonnes bases lorsque ce que le patient connaît, sa pathologie connaît tous les traitements qu'il va prendre.” Englobant par la suite le reste des connaissances du patient : “toutes les procédures aussi.” Et “tous les examens qu'il va faire.” Expriment ainsi que ces connaissances sont la clé de voûte de la relation de confiance entre le soignant et le soigné.

La seconde infirmière tient le même discours, à son avis l'idéal afin d'instaurer une confiance entre le soignant et le soigné est la mise en place de l'éducation thérapeutique : **“Moi, ma solution personnelle en tout cas ça a été de mettre l'ETP au centre de ma pratique.”** Celle-ci étant infirmière en soins intensifs cardiologique cette démarche se comprend, en effet une fois le patient atteint d'une pathologie cardiaque chronique ou même aigüe mais dans le cadre d'un nouveau facteur de risque lié à une décompensation cardiaque, il est important d'instaurer une relation de confiance avec le patient et de l'éduquer thérapeutiquement : **“On donne des informations sur l'hygiène de vie qu'il devrait avoir, sur les traitements, sur l'entrée dans la pathologie et j'essaye vraiment de donner des temps de retour.”**

C. Les connaissances légales permettant la confiance

1. Les différentes lois

Au niveau des connaissances légales évoquées par les infirmières, les deux infirmières sont d'accord pour dire que les différentes lois permettent d'établir ou à minima de faciliter l'instauration de la relation de confiance. Cependant, il est intéressant de noter que les deux infirmières citent deux lois différentes lorsque le sujet est abordé en effet la première infirmière cite la loi du 4 mars 2002 lorsqu'elle annonce : “ la loi “Kouchner” de 2002.”

La ou la deuxième infirmière cite une loi plus ancienne datant du 6 mai 1995 lorsqu'elle évoque : **“Cette charte des patients hospitalisés”**. On peut donc voir que les lois ont eu une influence quant à la relation de confiance du soigné envers le soignant.

2. Leurs influences

Au sujet de l'influence qu'ont les législations sur la confiance, les deux infirmières l'évoquent à plusieurs reprises, trois fois dans le cas de la première infirmière qui souligne que cela aide le patient à être en confiance grâce à leurs connaissances des lois : **“Du coup, le patient qui connaît bien ses droits se sent plus en confiance en fait envers le système hospitalier.”** Mais également celle de ce que leur assurent leurs droits comme par exemple ici le consentement : **“Que les patients sachent que leur consentement est respecté et inclus dans la prise en soins est primordial, le respect du consentement est très important.”** L'influence de la législation serait donc positive pour le patient puisque sa connaissance permettrait de rassurer le patient au sujet de sa prise en charge et de ses droits.

Lorsqu'on évoque l'influence des lois vis-à-vis de la confiance portée par le patient envers le soignant, la deuxième infirmière évoque une autre vision du sujet adoptant une vision plus globale de cette influence, par exemple en évoquant le conseil d'administration de l'hôpital par exemple : **“Je pense que c'est législatif à la base d'avoir des patients dans le Conseil d'administration de l'hôpital et d'avoir de fait de faire d'intégrer en fait les soignés également dans leur prise en charge”** et considère que ici l'influence est également positive sur la relation de confiance car : **“Ces deux choses-là aident normalement à faire en sorte que l'utilisateur soit aussi plus pris en compte en fait dans le fonctionnement de l'hôpital.”** C'est un point intéressant qui est abordé ici puisqu'en effet, légalement prendre en compte les patients dans le fonctionnement de l'hôpital permet de les mettre en confiance dans le système hospitalier.

V. La Discussion

A-L'importance de la confiance

Avant de commencer ce travail de recherche je ne savais pas vraiment quelle importance avait la confiance dans les soins et plus particulièrement dans la relation de soin. Je savais qu'elle y avait une grande part car sinon ma situation de départ n'aurait pas eu lieu, mais j'étais loin de m'imaginer à quel point celle-ci était primordiale. De plus je prenais la confiance pour quelque chose d'acquis, un concept humain inné à toutes relations et dont la relation soignant-soigné ne s'était jamais passée. C'est en faisant mes recherches que j'ai pu voir son importance ainsi que son incorporation

relativement récente dans la relation de soins. Je pensais en effet que celle-ci avait toujours fait partie de la relation de soins or en faisant mes recherches il est apparu que l'hôpital public "moderne" n'était apparu que vers 1941 et avec lui la confiance dans la relation soignant soigné. Et ce sont ces recherches ainsi que les entretiens conduits durant la rédaction de ce mémoire qui m'ont permis de mieux comprendre le rôle de la confiance et sa nécessité dans les soins.

1. Le rôle de la confiance

Au sujet du rôle de la confiance, mes lectures m'ont amené à considérer que c'était "un contrat entre le soignant et le soigné où le patient place sa confiance dans les compétences, la posture professionnelle et la bienveillance du soignant, tandis que ce dernier s'engage à respecter, à écouter et à répondre aux besoins du patient dans un cadre de soins." Je suis d'accord avec cette définition car selon mon point de vue la confiance se définit par l'investissement des différents intervenants dans sa construction. En effet, il ne peut y avoir nulle relation de confiance si le soignant ou le soigné ne souhaite pas en construire une. Cependant, une fois cette relation construite, elle peut amener à débloquent des situations de soins, par exemple la première infirmière donnait l'exemple d'une situation débloquent par la confiance porté par le patient envers une soignante. Là où au contraire ce sont les conséquences de son absence qui sont cités par la deuxième infirmière cela souligne quand même son rôle puisque celle-ci n'évoque que des conséquences négatives à l'absence de confiance.

2. La nécessité de la confiance

Comme expliqué précédemment, au début de l'écriture de ce Mémoire je n'avais qu'une vague idée d'à quel point la confiance était primordiale et nécessaire or en faisant mes recherches c'est la citation de Giddens qui m'a fait réaliser à quel point celle-ci était importante. Quand celui-ci écrit : "La relation de confiance est le ferment de la relation soignant-soigné. Sans elle nous ne pourrions ni agir, ni interagir puisqu'elle est au fondement même de la structure sociale." Cela souligne à quel point la relation de confiance est primordiale non seulement dans nos relations nouées avec les patients mais aussi dans notre vie personnelle. La première des infirmières avec lesquelles je me suis entretenu semble abonder dans ce sens puisque selon celle-ci : " la relation de confiance est primordiale dans le soin." La confiance serait donc quelque chose de central dans la relation soignant soigné selon et l'infirmière interrogée et les données récoltées durant ma recherche. L'exemple avancé par la deuxième infirmière est également intéressant à aborder puisque c'est durant l'entretien qu'elle évoque un exemple où la confiance aurait été nécessaire. Son exemple : " **le patient, au final, on ne lui a pas donné la possibilité d'être greffé puisqu'on estimait qu'il n'allait pas prendre ses traitements.**" Ainsi ici la rupture de la relation de confiance entre le patient et les soignants a desservi la prise en soins puisque celui-ci n'a donc pas été greffé du muscle cardiaque en lien avec le manque de confiance

dans son observance par les soignants, soulignant sa nécessité et l'importance de conserver ce lien de la confiance dans les deux sens, du soignant envers le patient et du patient envers le soignant.

B. Les facteurs permettant son instauration

1. L'environnement de soin

L'environnement de soin fait partie intégrante de la prise en soins, en effet comment rassurer un patient s'il ne se sent pas à l'aise, s'il a l'impression que l'on ne va pas s'occuper de manière professionnelle de lui. C'est le point de vue qui était soutenue par une des infirmières quand celle-ci exprimait : "C'est dans un environnement de qualité et qui le rassure afin que la prise en soins se passe au mieux." Je la rejoins personnellement sur ce point je pense en effet que l'environnement est une partie intégrante du développement de la confiance du patient. C'est un point que nous avons soulevé lors du cadre théorique avec l'exemple de l'hôpital de La Grave qui avait conservé un environnement de soins et un cadre architectural datant de l'époque où celui-ci était encore un hospice plutôt qu'un hôpital, amenant de nombreux patients à ne pas se sentir en confiance lors de leurs prises en soins. Bien sûr, l'environnement de soins n'est pas le seul facteur duquel dépendra l'instauration ou non de la confiance du patient, il reste cependant un agent important de la mise en place de celle-ci.

2. L'attitude du soignant

Selon moi, l'attitude du soignant est primordiale dans la création de la relation de confiance dans la relation soignant soigné. Puisque la confiance est créée par les interactions entre deux individus, on peut se dire qu'il est peu probable qu'une relation de confiance stable soit créée si le soignant manque de respect au patient ou inversement. Dans le cadre théorique la relation soignant soignée était défini comme "l'ensemble des relations entre un médecin et son patient dans le cadre d'un acte ou d'un suivi thérapeutique. Le consentement éclairé et la confiance du patient, ainsi que l'écoute et l'empathie du médecin, sont des composantes de cette relation." Un soignant n'étant ni empathique, n'écoutant pas son patient et ne respectant pas son consentement ne réussira pas, selon moi, à créer une relation de confiance avec son patient. Les deux infirmières interrogées semblent concorder avec cet avis puisque la première disait mettre l'honnêteté envers le patient au centre de la discussion avec le patient afin de faciliter l'instauration de la confiance entre soignant et patient. La deuxième la rejoignait sur ce point puisque celle-ci verbalisait : "**Pour moi, l'essentiel c'est de de réussir à trouver une communication, des échanges qui sont pertinents.**" La pertinence de l'échange est un point intéressant à soulever, celle-ci se définissant comme : "Qui est approprié à son objet, justifié" et "Qui manifeste de la compétence." On peut en toute logique se demander si un climat de confiance est créable dans une relation ou les échanges ne serait pas approprié ou ne manifesterait pas de

compétences. Il est intéressant de noter que les deux infirmières ont évoqué l'éducation thérapeutique du patient comme terreau de la relation de confiance, évoquant l'explication des traitements, la réponse des questions du patient au sujet de sa maladie et l'intérêt de chaque geste afin de s'assurer que les patients comprennent la raison de chacun des soins reçus. C'est un point de vue intéressant que nous pouvons creuser en effet, la locution latine que l'on doit à Francis Bacon "Scientia Potentia Est" empruntée à Ferdowsi un poète iranien du X^e siècle peut se traduire par "le savoir, c'est le pouvoir." Ainsi la connaissance de ses traitements et de sa pathologie par le patient s'inscrirait dans un schéma d'empouvoirement et d'autonomisation du malade puisque celui-ci prendrait ainsi le contrôle de sa prise en soins. Adopter une attitude éloignée du paternalisme médical, en expliquant au patient ses traitements permettrait donc un développement de la confiance avec comme base le patient devenant acteur de son soin plutôt qu'objet de soin.

3. Les connaissances du patient

Ces connaissances du patient permettraient donc à celui-ci de devenir acteur de soin, c'est un argument avec lequel je suis d'accord puisque selon moi si le patient devient un acteur de son soin et comprend les actions que l'on effectue en tant que soignant, il aura dès lors plus confiance dans le corps médical puisque comprenant par exemple qu'une prise de sang n'est pas seulement l'introduction d'un corps étranger en lui mais un acte destiné à analyser la composition de celui-ci. Nous avons pu voir durant nos cours que l'éducation thérapeutique du patient était un moyen très efficace de lui apporter ces connaissances, en effet celle-ci peut se dérouler n'importe quand, qu'il s'agisse d'une explication rapide durant un soin sur l'intérêt de celui-ci ou d'une séance encadrée d'une heure dans le cadre de la découverte chez un patient d'une affection longue durée et répondre à de nombreuses questions du patient. Cet apport de connaissances est garanti par plusieurs lois que nous avons abordées dans le cadre théorique, la première est la loi "Kouchner" qui contribue à l'éducation des patients puisque l'article 1111-2 stipule que "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus." La connaissance du patient autant au sujet de son état de santé que de la signification de sa pathologie est selon moi primordiale à sa prise en soins. La deuxième loi que nous avons abordée dans le cadre théorique encourageant les connaissances du patient est la loi HPST puisque celle-ci a permis de définir le cadre légal de l'éducation thérapeutique du patient et donc de l'intégrer à la prise en soins globale des patients. On peut donc voir que les connaissances du patient sont centrales jusque dans les textes de loi, quant à l'opinion des infirmières avec lesquelles je me suis entretenu. Sur ce point des connaissances du patient, toutes les deux mettent elles aussi en avant les connaissances du patient comme facteurs importants de la construction de la confiance avec par exemple la deuxième infirmière qui explique

durant l'entretien qu'elle a mis l'Éducation thérapeutique au centre de sa pratique dans le but d'offrir au patient toutes les clés pour comprendre sa pathologie et ainsi mettre le patient dans un climat de confiance. Je ne peux qu'être d'accord avec ces lois et cette démarche puisque je pense à titre personnel qu'il est primordial d'autonomiser le patient dans ses soins si l'on veut s'assurer de sa confiance. En effet, je pense qu'éduquer le patient afin qu'ils deviennent moteurs de sa prise en soins permet de l'élever en égal du soignant, le patient n'étant plus simplement un objet de soins, une somme de pathologie et de symptômes à traiter mais désormais presque un soignant dans sa propre prise en charge, la relation de confiance n'en sera que plus facile à tisser.

C. Les connaissances légales permettant la confiance

1. Les différentes lois

Il existe différentes lois régissant la construction de la confiance au sein du monde de la santé, nous avons pu voir dans le cadre théorique que les lois prédominantes étaient la loi "Kouchner", la charte du patient hospitalisé ainsi que la loi "Bachelot" de 2009. En tant qu'étudiant infirmier je n'avais jamais creusé l'importance du cadre législatif régissant notre profession, en effet bien qu'ayant appris à l'instar de tout étudiant infirmier les tenants et aboutissants de la loi "Kouchner" dans le cadre de l'unité d'enseignement 4.7, je n'avais jamais cherché à creuser plus. Le cadre législatif étant selon moi, au début de ma recherche, un ensemble de règles définissant notre pratique certes mais non pas des facteurs déterminant de la création d'une relation de confiance envers le patient. De fait j'avais comme représentation des facteurs permettant la création d'un cadre de confiance dans la relation soignant soigné, l'attitude du soignant et la démarche éducative du patient bien plus en tête que le cadre législatif si l'on m'évoquait la relation de confiance envers le patient. Cependant, suite à la recherche effectuée durant l'écriture du cadre théorique, il m'est apparu que je me trompais, et c'est durant les entretiens effectués auprès des infirmières que ce sentiment fut confirmé. En effet, si l'on se penche sur les recherches effectuées lors du cadre théorique, on se rend compte que les lois ont apportés énormément à la construction du lien de confiance. Je pense par exemple aux différentes chartes de la personne hospitalisées ayant permis de définir un cadre clair pour les patients et qui leur est distribué dès le début de leur hospitalisation ainsi que la loi "Bachelot" de 2009 qui permit de créer un nouveau cadre hospitalier facilitant la confiance du patient envers l'infirmière, et c'est sans oublier la loi "Kouchner" qui plaça le patient, son consentement et la transparence envers lui au centre des soins. C'est d'ailleurs l'une des lois qui fut évoquée durant mes entretiens avec une des infirmières. Cependant, comme expliqué lors de la méthodologie de l'entretien, mes entretiens ont présenté leur limites car comme les infirmières l'ont soulignée à juste titre au cours des entretiens celle-ci n'ont qu'une connaissance limitée du cadre législatif régulant la profession infirmière. Elles ont tout de même évoqué la loi "Kouchner" du 4 mars 2002 comme la charte du malade bien que pour cette dernière le terme de charte du malade fasse plus référence à celle de 1995 qu'à la charte actuelle datant

de 2006 nommée charte de la personne malade. Cela montre à quel point ces lois ont été impactantes dans le cadre légal régissant la pratique infirmière. puisque malgré la méconnaissance légale des infirmières elles ont toutes les deux soulignées l'importance de ces lois. En effet, suite au travail de recherche effectué, je pense que ces lois ont eu un impact important sur la relation de confiance entre patient et soignant. Qu'il s'agisse de transparence ou même de respect du consentement du patient ces deux points s'ils sont respectés constitue le ferment de la relation entre patient et soignant et le fait que ces concepts soient encadrés par des lois ne fait que renforcer leur importance.

2. Leurs influences

Si l'on se penche sur l'influence des lois françaises envers la relation soignant soigné et le lien de confiance, on ne peut que remarquer leurs importances. En effet, ces lois, comme nous avons pu le voir précédemment ont selon moi une énorme influence ainsi qu'encore aujourd'hui un large impact sur la relation entre soignant et patient et la consolidation de la confiance de la personne hospitalisée envers le soignant.

Si l'on se base sur les recherches effectuées, on peut voir que leurs influences sont indéniables, en effet l'une des infirmières interrogées exprimait au sujet des influences des lois sur la confiance : "Du coup, le patient qui connaît bien ses droits se sent plus en confiance en fait envers le système hospitalier." Je la rejoins sur ce point car selon moi l'une des plus grandes influences des lois est de rassurer le patient, en créant un cadre normé dans lequel le patient puisse évoluer. L'infirmière affirme également que ce cadre normé facilite ainsi la création d'une relation de confiance avec le patient, encore une fois, je suis du même avis puisque je pense qu'en effet que l'apprentissage de ses droits, des normes régissant ce cadre précédemment évoqué ne peut qu'être bénéfique pour la relation de confiance avec le patient. La deuxième infirmière quant à elle évoquait la nécessité d'avoir des patients au conseil d'administration de l'hôpital et exprimait que selon elle cela permettait une meilleure construction de la relation de confiance car le patient se sentait représenté dans la gestion globale de l'hôpital. C'est en effet une influence des différentes lois puisque cette représentation est assurée par l'article 1114-1 qui rend obligatoire la participation d'un représentant des usagers au conseil d'administration de l'hôpital. Et je pense personnellement que cette représentation bien qu'elle puisse sembler anodine a un grand impact sur la confiance accordée par les patients puisque cela correspond à un des besoins de la pyramide de Maslow (1943) à savoir celui de l'estime classé au second rang dans cette pyramide, puisque représenter le patient dans les décisions prises lui montre que l'on estime son opinion et ses avis, en informer le patient ne peut qu'être dès lors bénéfique à la prise en soins. Cependant, je pense qu'une influence importante de la loi "Kouchner" qui n'a pas été abordé par les infirmières durant les entretiens est la création du rôle de personne de confiance envers le patient. Selon moi cela s'inscrit dans la démarche de créer un cadre sécurisant pour le patient puisque lui permettant de savoir que ses valeurs et choix seront respectés même s'il n'est plus en état de les exprimer.

VI. Conclusion

Nous avons donc pu réfléchir à la question de la confiance durant la durée de ce mémoire, concept fluide, que tout un chacun ressent bien que sa définition varie d'une personne à l'autre. Il fut un concept très intéressant à étudier. Au cours de ce mémoire, j'ai découvert que ce concept que je prenais pour acquis et inhérent aux soins ne l'a pas toujours été. C'est pourquoi il était important de rechercher l'histoire de son appropriation dans le contexte des soins, en passant par la création de l'hôpital moderne en 1941 jusqu'à la première fois où ce concept fut inclus dans une loi en 1974.

Ma question de départ était formulée telle que : **“En quoi la perte de confiance du patient envers le soignant impacte-t-elle la prise en soins ?”** Nous avons pu apporter des éléments de réponses au cours de ce travail de recherche, en effet la confiance comme concept comme expliqué précédemment n'est apparu qu'avec l'apparition de l'hôpital “soignant” et n'existait pas à l'époque de l'hôpital “hospice”. On peut donc en conclure que ce concept est intimement lié aux soins et à leurs réussites. Un patient n'ayant pas confiance dans le soignant voir plus globalement dans l'institution hospitalière diminuerait donc ses chances de guérison. Alors qu'au contraire l'instauration de celle-ci faciliterait grandement les soins, l'observance et la démarche d'éducation thérapeutique du patient. Nous pouvons donc répondre à la question de départ. L'impact sur la prise en soins de la perte de confiance du patient envers le soignant serait une dégradation de la qualité globale de la prise en soins, le patient risque de ne plus être observant de ses traitements, ni d'adhérer à la démarche thérapeutique conseillée par l'équipe soignante. On peut même imaginer un patient ayant totalement perdu confiance dans l'équipe médicale signer une décharge de soin et sortir contre tout avis médical.

C'est pour ces raisons qu'il est primordial selon moi de tisser un lien de confiance avec le patient et de le préserver, durant les entretiens conduits dans le cadre du mémoire, nous avons pu observer que selon les infirmières interrogées, adopter comme valeurs soignantes la transparence, l'honnêteté et l'éducation thérapeutique des patients semblait être la meilleure manière de conserver leur confiance. C'est d'ailleurs cette même démarche éducative qui est revenue le plus souvent comme solution afin de créer et conserver une relation de confiance. De ma propre expérience, j'ai tendance à rejoindre ce point de vue, ayant adopté cette posture lors des stages de 3^e année auprès des patients dont j'avais la charge. J'ai moi-même constaté que cette démarche éducative avait tendance tout d'abord à valoriser l'image corporelle du patient en le rendant acteur de sa prise en soins, en allant parfois même jusqu'à s'autonomiser sur certains soins tel que l'injection d'anticoagulant sous-cutanée, ou bien à faire des recherches poussées afin de mieux comprendre leurs pathologies. Mais cette démarche d'éducation thérapeutique peut s'avérer difficile à mettre en place, les situations des patients pouvant par exemple trop accaparer leur esprit, dans le cas de diagnostic d'une affection longue durée par exemple, pour

leur permettre d'intégrer les notions qu'on leur apporte. Le niveau éducatif est également à adapter puisque tout patient n'aura pas la même capacité d'apprentissage ou les mêmes habitudes de travail, il peut s'avérer aisé de faire un programme éducationnel trop infantilisant ou bien au contraire inutilement ardu. C'est donc avec toutes ces notions en tête que j'aimerais ouvrir vers la question : Comment l'éducation thérapeutique peut-elle être conçue, adaptée au patient et mise en place de manière à renforcer le lien de confiance entre l'infirmier et le patient, favorisant ainsi la collaboration soignant-soigné et l'autonomisation du patient dans ses soins ?

Bibliographie :

Type de document	Forme de la citation dans la liste de référence
Articles	<p>-Le monde (1991). <i>Publié par " l'Événement du jeudi " Un rapport met en cause le Centre national de transfusion sanguine.</i> https://www.lemonde.fr/archives/article/1992/12/04/les-consequences-de-l-affaire-du-sang-contamine-la-commission-d-enquete-sur-le-sida-a-commence-ses-auditions_3933676_1819218.html</p>
Textes législatifs	<p>-<i>Charte du malade hospitalisé</i> (1974) https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2010/01/circulaire_charte_malade_hospitalise_19740920.pdf</p> <p>-<i>Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé</i> (1995) https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/la-charte-du-patient-hospitalise/</p> <p>-<i>Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée</i> (2006) https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf</p> <p>-<i>LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé</i> (04 Mars 2002) https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000227015/</p> <p>-<i>LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</i> (21 Juillet 2009) https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475</p> <p>-<i>Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme</i> (19 Octobre 2005) https://www.unesco.org/fr/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights?hub=66535</p>
Site web	<p>-Cairn.info <i>Pour une histoire des réformes hospitalières</i> (2009) p.103-117 Pour une histoire des réformes hospitalières Cairn.info</p>

	<p>-<i>Première moitié du XXème siècle : permanences et innovations</i> (2004) Première moitié du XXème siècle : permanences et innovations - Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse</p> <p>-Cairn.info <i>Confiance et risque en médecine générale : entre contradiction et intégration</i> (2010) p.109-127 7. Confiance et risque en médecine générale : entre contradiction et intégration Cairn.info</p> <p>-Infirmier.com <i>Relation soignant-soigné : la confiance</i> (2024) Relation soignant-soigné : la confiance Infirmiers.com</p> <p>-<i>La charte du patient hospitalisé</i> (2002) La charte du patient hospitalisé - APHP DAJDP</p> <p>-<i>Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</i>(2009) Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</p> <p>-Cairn.info <i>La relation soignant-malade face au risque de la confiance</i> (2017) p.107-117 La relation soignant-malade face au risque de la confiance Cairn.info</p> <p>-<i>Questions pratiques sur l'obligation d'information en responsabilité médicale</i>(2011) Questions pratiques sur l'obligation d'information en responsabilité médicale - Aredoc</p>
Livres	<p>-<i>Dictionnaire Grand Larousse illustré</i> (2023) éditions Harraps</p> <p>-L. MALABEUF <i>La relation soignant soigné du discours au passage à l'acte</i>, dans Soins, formation, pédagogie (1992) <i>La relation soignant soigné du discours au passage à l'acte, dans Soins, formation, pédagogie</i></p> <p>-Carl Rogers, <i>Développement de la personne</i> 2^e</p>

	édition (2018, texte original de 1968) édition dunod
Cours	<ul style="list-style-type: none"> -Cours IFSI La relation soignant-soigné, les différents types de relations UE 1.01 S2 -Cours IFSI UE de soins relationnels 4.2 S3 -Cours IFSI sur la législation, l'éthique et la déontologie UE 1.03 S1 -Cours IFSI sur les différentes lois régissant les soins palliatifs UE 4.7 S5

Annexes :

GUIDE D'ENTRETIEN :

objectif 1 connaître le parcours professionnel du soignant.

question : quel est votre parcours professionnel

1. **Objectif 2 : déterminer l'importance de la relation de confiance soignant -soigné**
2. question : Quelle importance accordez-vous à la confiance dans la relation entre le soignant et le patient ?
3. Comment pensez-vous que la confiance influence la qualité des soins dispensés ?
4. Pouvez-vous partager un exemple de moment où la confiance a joué un rôle crucial dans la relation avec un patient ?

Objectif 3 : identifier les facteurs permettant l'instauration d'un climat de confiance

5. Quels sont les éléments essentiels pour établir et maintenir la confiance avec vos patients ?
6. Comment les soignants peuvent-ils contribuer à renforcer la confiance des patients lors de son parcours de soins ?
7. Comment vous assurez-vous que les patients se sentent entendus et respectés, ce qui peut contribuer à renforcer la confiance ?

Objectif 4 : Identifier les connaissances législatives (ou légales) autour de la relation de confiance

8. Comment pensez-vous que les lois françaises influencent ou on fait évoluer la confiance entre les patients et les soignants ?
9. Avez-vous des lois en tête ?
10. Comment les soignants peuvent-ils s'assurer que les patients comprennent leurs droits ?
11. Comment cela contribue-t-il à instaurer la confiance ?
12. existe-t-il des outils dans le service qui facilitent l'information des droits ?
- 13 Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Retranscription d'entretien

Axel: Bonjour Madame S. Merci d'avoir accepté de faire cet entretien pour le mirsi, pour rappel donc ce MIRSI a pour sujet: "En quoi la dégradation de la relation de confiance entre le soignant et le soigné peut impacter la qualité des soins ?"

Donc d'abord la première question eh bien quel est votre parcours professionnel en tant que soignante ?

Infirmière:

J'ai été diplômée en mars 2023. Voilà, par rapport à un retard de mémoire.

Ensuite j'ai postulé pour un poste de nuit sur ****. Du coup, je travaille en médecine gériatrique et en soins palliatifs, voilà.

Axel : Donc je vais vous poser plusieurs questions au sujet de mon mémoire, donc la première, quelle importance accordez-vous à la confiance dans la relation entre le soignant et le patient ?

Infirmière :

Et bien selon moi, la relation de confiance est primordiale dans le soin.

Axel :

Et comment Pensez-vous que la confiance influence la qualité des soins dispensés ?

Infirmière :

Bah du coup, je pense que la relation de confiance influence très positivement le soin parce qu'il faut que le patient se sente en confiance, dans un environnement de qualité et qui le rassure afin que la prise en soins se passe au mieux.

Axel :

Pouvez-vous partager, s'il vous plaît, Madame ? Un moment où la confiance a joué un rôle crucial. Enfin, en fait, une situation de votre propre expérience où la confiance a joué un rôle crucial dans la relation avec un patient.

Infirmière :

Il y a beaucoup d'exemples tout simples, honnêtement pour donner un exemple qu'on a tous vécu, juste parfois, certains patients refusent, sont dans le refus de soins avec certains professionnels.

Mais on voit bien un changement de comportement quand ils sont avec d'autres professionnels avec qui ils sont plus en confiance et d'un coup là, ils vont être dans l'acceptation du soin.

Axel :

D'accord, est-ce que vous avez un exemple précis en tête ?

Infirmière :

Oui ça m'est déjà arrivé qu'un patient refuse complètement de prendre son traitement avec moi. Parce que j'étais nouvelle dans le service et qu'il ne me connaissait pas forcément, mais lorsque je suis allée chercher ma collègue qui avait beaucoup plus d'expérience et qui connaissait le patient. Il a accepté sans souci de prendre son traitement, car il avait globalement plus confiance en elle.

Axel : Oui, selon vous, quels sont les éléments essentiels pour établir et maintenir la confiance de vos patients ?

Infirmière : Eh bien tout d'abord, je pense qu'il faut être très honnête avec le patient. Sauf dans certains cas, on y reviendra après. Et bien lui expliquer, euh, tout ce qu'on fait avant les soins, par

exemple avant d'administrateur de traitement, il faut prévenir sur ce qu'il prend et l'intérêt de chaque traitement. Les bonnes pratiques aussi et les bonnes formes de politesse.

Axel : Comment les soignants peuvent-ils contribuer à renforcer la confiance des patients lors de son parcours de soins ?

Infirmière : Je pense que tout d'abord, je pense que le patient quand il est hospitalisé, il faut qu'il sache pourquoi il est là. Donc déjà, on part sur de bonnes bases lorsque ce que le patient connaît, sa pathologie connaît tous les traitements qu'il va prendre et toutes les procédures aussi, tous les examens qu'il va faire et tout ça toujours être explicatif auprès de lui. Ne pas hésiter à répondre à toutes ces questions. L'encourager à poser des questions aussi.

Axel : Maintenant la question 7, comment pouvez-vous vous assurer que les patients se sentent entendus et respectés de sentir qu'ils ont confiance en vous ?

Infirmière : Alors bah tout d'abord, je pense qu'on peut le voir quand le patient est dans l'acceptation des soins ou qui voire même juste qu'il soit intéressé par sa prise en soin.

Axel : Merci. Question 8, du coup merci de votre temps. Comment Pensez-vous que les lois françaises influencent ou ont fait évoluer la confiance entre les patients et les soignants ?

Infirmière: Alors je me souviens qu'il y avait une loi. Je me souviens qu'il y avait une loi sur le consentement libre et éclairé, c'est la loi Kouchner de 2002.

Axel :Est-ce que vous pensez que ça a influencé la confiance que les patients portés aux soignants de bah en fait, qu'on prenne en compte leur consentement.

Infirmière:

Complètement, que les patients sachent que leur consentement est respecté et inclus dans la prise en soins est primordial, le respect du consentement est très important.

Axel:

Merci. Comment les soignants peuvent-ils s'assurer, selon vous, que les patients comprennent bien leurs droits ?

Infirmière:

Bon bah tout tout d'abord, tout simplement ils peuvent leur expliquer leur droits, en début d'hospitalisation. Surtout si le patient n'est pas habituée aux hospitalisations, c'est bien qu'ils soient au courant. De toute façon souvent dans les hôpitaux la charte du patient est affiché soit dans les chambres ou bien dans le livret d'accueil, et ca c'est important de l'indiquer au patient afin qu'il y ai accès, tout en lui expliquant si il ne comprend pas un point.

Axel : Comment cela contribue t il à assurer la Confiance ?

Infirmière :

Si le patient voit qu'on est honnête avec lui, il va forcément se sentir en confiance si on lui explique bien les choses et le fait de connaître ses droits. Du coup, le patient qui connait bien ses droits se sent plus en confiance en fait envers le système hospitalier.

Axel : Existe-t-il des outils dans le service qui facilitent l'information des droits du patient ?

Infirmière :

Comme je disais tout à l'heure. Il y a la charte de patients qui est soignée, qui est souvent affichée soit dans les chambres, soit dans les couloirs. Mais aussi des fois, dans les livrets d'accueil, on peut retrouver une page qui lui est dédiée.

Axel:

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Infirmière:

Bah voilà, moi, j'avais fait mon mémoire sur le placebo et son influence dans la relation de confiance, j'aimerais revenir du coup sur cet aspect. Tout à l'heure, j'ai dit que l'honnêteté et tout ça, c'était primordial dans la voix, sans confiance. Sauf que parfois, on peut retrouver certaines situations où le contraire est vrai. Par exemple avec l'effet placebo, il vaut mieux omettre de tout dire au patient sur ses traitements afin de conserver la relation de confiance au patient.

Axel:

Merci de la précision et du temps que vous m'avez accordé.

Entretien Numéro 2

ESI

Et bien merci d'abord de pour l'entretien. Donc pour rappel, le mémoire a pour sujet : en quoi la rupture de la relation de confiance entre le soignant et le soigné peut affecter la continuité des soins ? Donc la première question ça va être sur votre parcours, donc tout simplement quel est votre parcours professionnel ?

IDE

Euh. Moi, je suis diplômé depuis 2009 à Brest. ça fait 15 ans de diplôme. J'ai commencé ma carrière à faire des remplacements et à bosser directement au mois de juin 2009 sur ***** directement. Enfin à la *****, dans un premier temps en gériatrie pendant un mois. Et puis après, j'ai commencé sur ***** et j'ai tourné un petit peu sur différents services. Au final, ça fait environ 12-13 ans je pense que je suis aux soins intensifs de cardiologie et qu'avant j'ai fait un peu de pool, un peu de et des remplacements en pneumo diabète en gros.

ESI

Donc la 2e question va être, quelle importance accordez-vous à la confiance dans la relation entre le soignant et le patient ?

IDE

Je pense que ça dépend de notre point de vue, enfin en tant que professionnel en lui-même. Ça ne doit pas avoir trop gros impact. Enfin ça ne doit pas prendre le pas en fait sur la façon dont on prend un charge en patient. Selon moi l'objectif de travailler dans une grosse structure de ce type. Et tout ça. C'est d'avoir des protocoles et d'essayer de standardiser un peu la prise en charge. Et du coup, je trouve que l'avantage entre guillemets pour moi c'est d'essayer d'avoir une prise en charge qui peut être un peu la même

Peu importe en fait le patient en lui-même et qu'on puisse lui proposer en tout cas la même chose. après par l'ETP et le la manière dont je vois les soins moi. L'important c'est que le patient adhère en fait. Et je pense que je pense que déjà au niveau médical ça a eu plus d'importance qu'on ne le dit vraiment et qu'on assume vraiment. Il y a un changement je pense. Bah surtout nous, on est sur des bilans pré-greffe. Où on propose ou pas aux patients de faire la greffe et fonction de son adhésion au protocole, en fonction de son investissement. Et du coup un petit peu en fonction de son comportement par rapport à nous, on va lui proposer ou pas la possibilité d'avoir d'avoir la greffe. Alors, on essaye toujours au maximum de faire fonction de critères bien précis qui soient les mêmes. Et tout ça pour éviter que l'affect justement rentre en ligne de compte. Mais je pense que s'il n'y a pas de confiance sur certaines prises en charge entre le patient et le soignant. Bah ça dessert le patient en fait que le soignant n'ai pas confiance dans ce qu'il va faire quoi. Et dans le sens inverse je pense qu'aussi en ETP si un patient ne n'a pas confiance en soignant on peut pas non plus l'aider autant qu'on pourrait sur d'autres patients qui prennent leurs médicaments et tout ça parce que je pense qu'il va y avoir plus facilement une rupture thérapeutique sur le long terme.

ESI

OK, très bien, merci beaucoup. Donc la 3e question, ce serait : comment pensez-vous que la confiance influence la qualité des soins dispensés ?

IDE

Je pense qu'on ne va pas proposer la même chose si on pense que le patient ne va pas le faire et qu'on a une vision en fait des patients d'un point de vue de l'équipe soignante en elle-même. Et je pense qu'il y a certaines choses si on a perçu le patient comme quelqu'un qui n'est pas adhérent aux soins, qui ne souhaite pas les soins, on va pas lui proposer, on ne va pas le convaincre de la même manière qu'un autre patient et je trouve que voilà, je pense que là-dessus ça va changer un petit peu sur la suite. En fait, la façon dont on va aborder le patient systématiquement OK par les trans orales déjà en fait qu'on a on a un biais je trouve déjà par les transmissions orales qu'on a en fait sur le patient lui-même.

ESI

Ok, merci beaucoup, donc la 4e question ce serait, pouvez-vous partager un exemple d'un moment où la confiance a joué un rôle crucial dans la relation avec un patient ? Si vous avez un exemple, bien sûr.

IDE

Je pense qu'il y en a. Alors crucial pour moi, il y a cette fois où un patient en fait, un jeune de 40 ans je crois en moyenne en fait. Et du coup nous, pour nous, l'âge est un facteur assez important pour

proposer systématiquement la greffe aux patients. Parce que, et le fait pour moi, il y avait une histoire de confiance dans l'histoire parce que le patient, au final, on ne lui a pas donné la possibilité d'être greffé puisqu'on estimait qu'il n'allait pas prendre ses traitements par la suite et que il ne serait pas observant parce que je pense qu'il y avait un contexte d'alcool et autres, donc de sevrage alcoolique. Sur le temps d'hospitalisation et on n'avait pas le temps de lui laisser cette chance là jeune papa donc avec des enfants qui avaient un discours par contre de dire qui voulaient faire des efforts et voulaient changer. Mais là son état de santé ne lui laissait pas le temps de nous le prouver et nous, on ne lui a pas laissé la chance d'être greffé à Rennes, à Rennes, a refusé sa greffe à lui et par contre il est parti à Paris où il a été greffé. OK, le finish complet de l'histoire je sais pas parce que c'est sa femme qui était assez véhémement parce que bah oui elle elle voulait tout tenter forcément bien sûr et pour elle, il fallait tout tenter. C'est ce qui est plutôt logique et revenu pour nous dire que bah, il a été greffé quand même et que quelqu'un d'autre lui a laissé sa chance.

C'est dans ces histoires là où on ne sait pas trop la part de est ce que c'est nous d'un point de vue qu'a eu lui avons pas laissé une chance ou pas quoi. OK et je pense que là la confiance joue dans ses prises en charge un peu.

ESI

Oui, bah bien sûr. Donc maintenant, la 5e question, ce serait, quels sont les éléments essentiels pour établir et maintenir la confiance en vos patients ? Ou avec vos patients ?

IDE

Pour moi, l'essentiel c'est de de réussir à trouver une communication, des échanges qui sont pertinents. Enfin pour moi une mauvaise communication de l'un vers l'autre amène forcément en fait à une perte de confiance au finish de la relation, je pense qu'il y a une part en fait dans la confiance, dans la façon de faire une compréhension mutuelle importante, que les patients comprennent ce qu'on leur fait et pourquoi on leur propose ça et qu'on arrive bien à leur présenter les choses. Je pense qu'il y a une partie des situations où il y a des pertes de confiance qui sont liées aussi à une incompréhension mutuelle en fait.

ESI

Donc la question suivante ce serait, comment les soignants peuvent-ils contribuer à renforcer la confiance des patients lors de son parcours de soins ?

IDE

Moi, ma solution personnelle en tout cas ça a été de mettre l'ETP au centre de ma pratique à moi en fait, je me suis enfin spécialisée, je me suis formée en tout cas pour ça et c'est dans ce but-là aussi, c'est d'avoir une adhésion du patient, un travail avec le patient sur sa prise en charge et c'est un peu. Enfin c'est un peu ma logique personnelle. Donc ça je ne dis pas si ça marche ou pas parce qu'on a le problème de l'hôpital, c'est qu'on n'a jamais complètement les retours. Mais je pense, ma logique à moi, c'est plus, on comprend ce qu'on fait, plus on sait expliquer, mais de façon complètement personnalisée. Plus les patients vont adhérer et plus, on va réussir à se comprendre d'un côté et de

l'autre. Et aussi nous, on va mieux comprendre aussi pourquoi les patients ne suivent pas leur traitement et reviennent chez nous.

ESI

Comment vous assurez-vous que les patients se sentent entendus et respectés, ce qui peut contribuer à renforcer la confiance ?

IDE

D'essayer de prendre des temps, ce qui est assez compliqué. En fonction des moments en fait, c'est de réussir à avoir un retour systématique sur une information qu'on donne parce que j'avais tendance une impression que, aux soins intensifs, c'est surtout une information descendante. On donne des informations sur l'hygiène de vie qu'il devrait avoir, sur les traitements, sur l'entrée dans la pathologie et j'essaye vraiment de donner des temps de retour. J'ai juste l'impression là moi que de laisser au patient le temps de répondre et de poser leurs propres questions, pas forcément juste d'entendre ce que nous, on a à dire. Ça permet quand même de se remettre à niveau chacun et de comprendre. Bah qu'est-ce qui empêche le patient d'être observant en fait, parce que pour moi, il y a toujours une raison qui explique le pourquoi de la non-observance d'un patient. Ce n'est pas la mauvaise volonté. Il n'y a personne qui veut volontairement faire un arrêt cardiaque. Et tout ça c'est qu'il y a une incompréhension à un moment. Et j'essaye surtout de mettre ça en avant en fait.

ESI

OK, très bien. Donc ensuite, la 8^e question, ce serait plus d'un côté législatif plutôt, comment pensez-vous que les lois françaises influencent ou ont fait évoluer la confiance entre les patients et les soignants ?

IDE

Je pense que c'est législatif à la base d'avoir des patients dans le Conseil d'administration de l'hôpital et d'avoir de fait de faire d'intégrer en fait les les soigner également dans leur prise en charge. Donc ouais, moi c'était le fait qu'il y ait des représentants des usagers aussi dans la direction de l'hôpital et également bah le droit enfin c'est deux choses différentes. Mais il y a le droit des patients aussi. Cette charte des patients hospitalisés, ces deux choses-là aident normalement à faire en sorte que l'usager soit aussi plus pris en compte en fait dans le fonctionnement de l'hôpital.

ESI

OK, très bien. Donc la 9^e question, c'était, avez-vous des lois en tête ? Mais du coup ?

IDE

Alors là aucune, je serai mauvaise sur les lois.

ESI

Ensuite, la question suivante, ce serait, comment est-ce que les soignants peuvent-ils s'assurer que les patients comprennent bien leurs droits ?

IDE

Mon problème avec cette question, c'est que j'ai l'impression que c'est un vœu pieux en fait de se dire qu'ils comprennent exactement tout ce qu'on va leur dire. Après moi, je reste sur l'ETP, toujours sur le fait d'attendre un retour en fait, de laisser le temps au patient de poser vraiment leurs questions et pas d'aller leur donner les informations qu'on veut absolument leur donner. Il faut leur laisser un temps de questions. Alors après, dans nos soins, tout est minuté, on doit avoir tel patient dans tel temps et tout ça. Mon objectif, moi, c'est toujours d'avoir un temps de retour où les patients sont acteurs de leur soin et clairement mon objectif est un peu ma manière moi d'essayer de leur expliquer le soin. En fait, je pense que pas mal de patients ont encore cette position de patients qui ne sont pas du tout acteurs mais vraiment spectateurs des soins qu'on leur donne. Ils vont à l'hôpital, ils nous déposent leur pathologie et c'est à nous de trouver les solutions qui vont les aider.

J'essaye en fait de faire évoluer un peu cette mentalité en expliquant au patient qu'ils sont maîtres aussi que ce n'est pas nous qui allons leur imposer des choses parce que pour moi ça ne marche pas sur le long terme. Un patient chronique qui doit être acteur parce qu'on ne trouvera pas des solutions qui vont lui aller systématiquement. On va trouver des solutions qui sont les plus faciles pour les soignants, qui sont de notre point de vue les meilleurs. Mais dans la vie courante ça ne va pas forcément pour eux être ce qui est le plus adapté. Donc dans ma logique à moi, c'est qu'il faut qu'eux se mettent partie prenante et nous disent ce dont ils ont besoin. Si on ne part pas de leurs besoins, eux forcément, ils ne vont pas être acteurs, ils ne vont pas être autant dedans donc ma logique à moi, c'est vraiment de les laisser, de leur dire qu'ils sont acteurs, que c'est leur maladie, qu'ils ont le droit de partir s'ils ne sont pas d'accord avec les soins, qu'on leur donne non plus parce qu'il n'y a pas de raison et qu'on peut faire évoluer fonction de ce qu'ils ont besoin, mais qu'on a besoin de ça aussi pour les soigner entre guillemets, de la manière dont ils ont besoin.

ESI

Merci beaucoup de cette réponse. Donc ensuite, la question suivante, ce serait : Est-ce qu'il existe des outils dans le service qui facilitent l'information des droits ou de ce genre d'informations ?

IDE

L'information des droits pour moi c'est le livret d'accueil en fait ce qui est enfin après c'est quelque chose, je trouve qui est un peu léger, on le leur met à disposition mais on sait qu'ils vont pas le lire en fait, ou certains patients peut-être mais très très peu. Donc après, techniquement, ils ont l'information et ils peuvent s'ils le souhaitent. Après, pour moi, c'est ce qui est le plus présent dans le service, c'est qu'eux peuvent consulter. C'est le livret d'accueil.

ESI

Ouais OK oui parce que typiquement dans le livret d'accueil y a la charte du patient si je dis pas de bêtises.

IDE

Ouais, c'est ça, c'est dans ce but-là, je trouve qu'on a des Infos là-dessus quoi.

ESI

OK bon Ben parfait merci beaucoup. Donc maintenant ça va déjà être la dernière question, c'est beaucoup plus libre, c'est est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur quelques sujets que ce soit où un point que vous souhaiteriez développer ?

IDE

Je pense que la difficulté au niveau des prises en charge des patients c'est quand il y a une incompréhension. Le patient n'a pas digéré sa maladie et est agressif sur les soins qu'on peut lui donner parce qu'il n'a pas accepté avant qu'il est malade et qu'il a besoin de ça. Et je trouve que dans ces prises en charge, là où le patient est agressif. Parce que nous ce sont les urgences aussi où les patients arrivent, ils n'ont pas prévu d'être là de la journée, ils ont plein d'autres choses à faire et nous on leur dit qu'il faut attendre. Et quand il y a de l'animosité comme ça, je pense que c'est à ces moments-là où c'est le plus difficile d'avoir une vraie prise en charge et où il y a le plus de difficultés. À avoir une adhésion du patient et puis un travail commun entre le patient et le soignant pour la santé du patient. Et je trouve que ce sont ces moments où là où il y a l'agressivité qui arrive pour différentes raisons hein parce que bah par exemple, il doit nourrir son chat et puis pour nous la nourrir le chat du patient bah c'est loin d'être notre priorité et c'est là où il y a des conflits qui arrivent, mais vraiment de façon importante où on peut carrément vouloir éviter la chambre parce que le patient va nous invectiver systématiquement dès qu'on va passer devant. Et je pense que c'est là où il peut y avoir des vraies erreurs parce qu'au final Ben c'est très difficile d'aller contre cette inimitié qui s'est créée entre les deux.

ESI

Bon Ben merci beaucoup. Voilà du coup ça sera tout pour cet entretien merci beaucoup.

Tableau d'analyses d'entretiens

Objectif 1 : connaître le parcours professionnel du soignant.			
Thèmes	Sous thème	Items	Nombres d'items
Parcours professionnel	Diplôme	IDE 1 : J'ai été diplômée en mars 2023 IDE 2 : Moi, je suis diplômé depuis 2009	IDE 1 : 1 IDE 2 : 1
	Expérience professionnelle	IDE 1 : j'ai postulé pour un poste de nuit sur Saint-Laurent. je travaille en médecine gériatrique en soins palliatifs, IDE 2 : J'ai commencé ma carrière à faire des remplacements	IDE 1 : 3 IDE 2 : 5

Objectif 1 : connaître le parcours professionnel du soignant.

**à bosser directement
au mois de juin 2009
sur pontchaillou**

**Enfin à la tauvrais,
dans un premier
temps en gériatrie
pendant un mois.**

**Et puis après, j'ai
commencé sur
pontchaillou et j'ai
tourné un petit peu.
j'ai fait un peu de
pool, un peu de et des
remplacements en
pneumo diabéto en
gros**

**Au final, ça fait
environ 12-13 ans je
pense que je suis aux
soins intensifs de
cardiologie**

Objectif 2 : déterminer l'importance de la relation de confiance soignant-soigné

Thème	Sous-thème	Items	Nombres d'items
L'importance de la confiance	La nécessité de la confiance	<p>IDE 1 :</p> <p>la relation de confiance est primordiale dans le soin</p> <p>il faut que le patient se sente en confiance</p> <p>IDE 2 :</p> <p>Ça ne doit pas avoir trop gros impact</p> <p>Enfin ça ne doit pas prendre le pas en fait sur la façon dont on prend en charge un patient.</p> <p>L'important c'est que le patient adhère en fait. Et je pense que je pense que déjà au niveau médical ça a eu</p>	<p>IDE 1 : 2</p> <p>IDE 2 : 4</p>

		<p>plus d'importance qu'on ne le dit</p> <p>En fait, la façon dont on va aborder le patient systématiquement, par les trans orales déjà</p>	
	son rôle	<p>IDE 1 :</p> <p>la relation de confiance influence très positivement le soin</p> <p>Mais on voit bien un changement de comportement quand ils sont avec d'autres professionnels avec qui ils sont plus en confiance et d'un coup là, ils vont être dans l'acceptation du soin.</p> <p>Mais lorsque je suis allée chercher ma collègue qui avait beaucoup plus d'expérience et qui connaissait le patient. Il a accepté sans souci de prendre son traitement, car il avait globalement plus confiance en elle.</p> <p>IDE 2 :</p> <p>Mais je pense que s'il n'y a</p>	<p>IDE 1 : 3</p> <p>IDE 2 : 5</p>

	<p>pas de confiance sur certaines prises en charge entre le patient et le soignant. Bah ça dessert le patient en fait que le soignant n'ait pas confiance dans ce qu'il va faire</p> <p>en ETP si un patient ne n'a pas confiance en soignant, on ne peut pas non plus l'aider autant qu'on pourrait</p> <p>Et je pense qu'il y a certaines choses si on a perçu le patient comme quelqu'un qui n'est pas adhérent aux soins,</p> <p>qui ne souhaite pas les soins</p> <p>il y avait une histoire de confiance dans l'histoire parce que le patient, au final, on ne lui a pas donné la possibilité d'être greffé puisqu'on estimait qu'il n'allait pas prendre ses traitements</p>	
--	--	--

Objectif 3 : identifier les facteurs permettant l'instauration d'un climat de confiance

Thème	Sous-Thème	Items	Nombres d'items
Les facteurs permettant l'instauration	L'environnement de soins	<p>IDE 1 :</p> <p>Dans un environnement de qualité et qui le rassure afin que la prise en soins se passe au mieux.</p> <p>Je pense que tout d'abord, je pense que le patient quand il est hospitalisé, il faut qu'il sache pourquoi il est là.</p> <p>IDE 2 :</p>	<p>IDE 1 : 2</p> <p>IDE 2 : 0</p>
	L'attitude du soignant	<p>IDE 1 :</p> <p>je pense qu'il faut être très honnête avec le patient</p> <p>Et bien lui expliquer, euh, tout ce qu'on fait avant les soins, par exemple avant d'administrer des traitements</p> <p>Il faut prévenir sur ce qu'il prend et l'intérêt de chaque traitement. Les bonnes pratiques aussi et les bonnes formes de politesse</p> <p>toujours être explicatif auprès de lui</p> <p>Ne pas hésiter à répondre à toutes ces questions</p>	<p>IDE 1 : 5</p> <p>IDE 2 : 6</p>

	<p>IDE 2 :</p> <p>Pour moi, l'essentiel c'est de de réussir à trouver une communication, des échanges qui sont pertinents.</p> <p>Enfin pour moi une mauvaise communication de l'un vers l'autre amène forcément en fait à une perte de confiance au finish de la relation</p> <p>Ben moi ma solution personnelle en tout cas ça a été de mettre l'ETP au centre de ma pratique</p> <p>essayer de prendre des temps</p> <p>c'est de réussir à avoir un retour systématique sur une information</p> <p>J'ai juste l'impression là moi que de laisser au patient le temps de répondre et de poser leurs propres questions, pas forcément juste d'entendre ce que nous, on a à dire</p>	
<p>Les connaissances du patient</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>Donc déjà, on part sur de bonnes bases lorsque ce que le patient connaît, sa pathologie connaît tous les traitements qu'il va prendre</p> <p>toutes les procédures aussi</p>	<p>IDE 1 : 4</p> <p>IDE 2 : 4</p>

	<p>tous les examens qu'il va faire</p> <p>L'encourager à poser des questions aussi</p> <p>IDE 2 :</p> <p>Moi, ma solution personnelle en tout cas ça a été de mettre l'ETP au centre de ma pratique</p> <p>un travail avec le patient sur sa prise en charge</p> <p>c'est surtout une information descendante.</p> <p>On donne des informations sur l'hygiène de vie qu'il devrait avoir, sur les traitements, sur l'entrée dans la pathologie et j'essaye vraiment de donner des temps de retour.</p>	
--	--	--

Objectif 4 : Identifier les connaissances législatives (ou légales) autour de la relation de confiance			
Thème	Sous thème	Items	Nombres d'items
Connaissances législatives permettant la confiance	Les différentes lois	IDE 1 : la loi Kouchner de 2002.	IDE 1 : 1 IDE 2 : 1

		<p>IDE 2 :</p> <p>Cette charte des patients hospitalisés</p>	
	Leurs influences	<p>IDE 1 :</p> <p>Que les patients sachent que leur consentement est respecté et inclus dans la prise en soins est primordial, le respect du consentement est très important.</p> <p>Si le patient voit qu'on est honnête avec lui, il va forcément se sentir en confiance si on lui explique bien les choses et le fait de connaître ses droits</p> <p>Du coup, le patient qui connaît bien ses droits se sent plus en confiance en fait envers le système hospitalier.</p> <p>IDE 2 :</p> <p>Je pense que c'est législatif à la base d'avoir des patients dans le Conseil d'administration de l'hôpital et d'avoir de fait de faire d'intégrer en fait les soignés également dans leur prise en charge</p> <p>Ces deux choses-là aident normalement à faire en</p>	<p>IDE 1 : 3</p> <p>IDE 2 : 2</p>

		sorte que l'utilisateur soit aussi plus pris en compte en fait dans le fonctionnement de l'hôpital.	
--	--	--	--

PITOIS
AXEL
En quoi la perte de confiance du patient envers le soignant impacte-t-elle la prise en soins ?
<p>The study I led main subject is the trust relationship between patients and healthcare provider, and to be more accurate, the impact of its breaking on the care. It's with this goal that I made some documentary research on trust, as a sociology subject first and as a law subject second. Especially the "Kouchner" Law and the hospitalized person charter. After that, I compared my data with some interviews conducted with registered nurses, to whom I asked questions linked to trust relationship.</p> <p>The main idea which came out during my documentary research was that even if trust is at the center of the care, it wasn't always the case and that it's only since 1974 that it entered french public health's laws. The different laws about that subject created the idea of patient's rights, which contributed to create a trust and confidence climate with concepts such as transparency and consent seeking.</p> <p>My interviews with nurses underlined the importance of therapeutic education with patients to build that atmosphere of trust and to help the empowerment of the patient.</p> <p>To conclude, this research showed how damageable it was to lose your patient's trust, because hereby, they might not be adherent of his medications and to stop collaboration with health professionals which might causes further health problems.</p>
Trust, care relationship, "Kouchner" law, therapeutic education, empowerment
<p>L'étude que j'ai réalisé a comme sujet la relation de confiance entre soignant et soigné et plus exactement l'impact de sa rupture dans la prise en soins. C'est dans cet objectif que j'ai effectué des recherches documentaires sur la confiance en tant que concept sociologique tout d'abord puis en tant que termes législatifs. Notamment la loi "Kouchner" et la charte de la personne hospitalisée. Suite à cela, j'ai comparé mes données avec l'aide d'entretiens mené auprès d'infirmières diplômées à qui j'ai posé des questions en lien avec la relation de confiance.</p> <p>Les principales idées soulevées durant ma recherche documentaire furent que la confiance bien que centrale dans la prise en soins n'a pas toujours été au centre de la démarche soignante et n'a de fait été entériné dans le Code de la santé publique qu'en 1974. Les différentes lois qui ont créé le concept de droits des malades ont permis de contribuer à la création du climat de confiance avec l'instauration de concepts légaux tel que la transparence et la recherche du consentement.</p> <p>Mes entretiens avec les infirmières ont souligné l'importance de l'éducation thérapeutique des patients afin d'instaurer ce climat de confiance et de favoriser l'autonomisation du patient.</p> <p>En conclusion, cette étude a montré qu'il était très dommageable de perdre la confiance du patient car dès lors, il risque de ne plus être observant de ses traitements et de ne pas collaborer avec l'équipe soignante ce qui aura des répercussions sur sa santé.</p>
Confiance, Relation soignant-soigné, Loi "Kouchner", éducation thérapeutique, autonomisation

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 : 2021-2024