

Institut de Formation en Soins Infirmiers
10, rue Saint-Vincent
09100 - PAMIERS

La posture professionnelle dans le consentement aux soins

Mémoire de Fin d'Etudes
en vue de la validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2

LANNES Fabienne
Promotion 2013-2016

Institut de Formation en Soins Infirmiers
10, rue Saint-Vincent
09100 - PAMIERS

La posture professionnelle dans le consentement aux soins

Mémoire de Fin d'Etudes
en vue de la validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2

LANNES Fabienne
Promotion 2013-2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. De la situation d'appel à la question de départ	2
1.1. Présentation de la situation.....	2
1.2. Analyse et question de départ	4
2. Pôle théorique	8
2.1. Posture professionnelle	8
2.2. Relation de confiance.....	10
2.3. Consentement aux soins	12
3. Pôle empirique	15
3.1. Présentation de l'enquête	15
3.1.1. Choix du lieu et de la population	15
3.1.2. Objectifs de l'enquête	15
3.1.3. Choix de l'outil et déroulement de l'enquête	16
1.1.1. Limites de l'enquête.....	16
3.2. Analyse et interprétation des données	16
3.2.1. La posture professionnelle.....	17
3.2.2. La relation de confiance	18
3.2.3. Le consentement au soin / le refus de soin.....	19
3.3. De l'analyse empirique à la question de recherche	21
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

A l'aube de débiter une reconversion professionnelle murement réfléchie, j'ai choisi une situation de stage, qui me permet d'axer les recherches du Mémoire de Fin d'Etudes, sur des thèmes portant sur la qualité des pratiques infirmières.

Dans cette situation que j'ai vécue en fin de seconde année, je me suis trouvée en difficulté pour prendre en charge un jeune patient. En effet, j'ai dû effectuer quotidiennement des gestes techniques complexes, auprès d'un patient qui ne voulait pas que je le prenne en charge et qui me le faisait clairement comprendre. Il m'a fallu mettre en place des stratégies, des négociations et un travail sur moi-même afin de réussir à prendre en soin ce jeune homme. J'ai réalisé, pendant toute la durée de cette situation, que je travaillais beaucoup sur mes connaissances, mon comportement, mes capacités d'adaptation, mes émotions, mon relationnel, ma force de conviction et ma communication. J'ai pensé, devant la multitude d'interrogations suscitées par cette situation, qu'en la prenant pour mon mémoire, cela me permettrait de mettre en exergue des éléments transférables, pouvant me servir dans mon futur professionnel. Au départ diverses idées émanent de mon vécu comme : le positionnement, la juste distance, le tutoiement, le consentement aux soins, le rapport aux adolescents, la relation soignant/soigné et les valeurs professionnelles. Au fur et à mesure de l'analyse, trois concepts sont ressortis.

Ainsi, pour clôturer mes trois années de formation, j'ai choisi de développer la posture professionnelle de l'infirmier dans la relation de confiance et son influence sur le consentement aux soins.

Pour ce faire, je présenterai dans un premier temps la situation, son analyse suivie de la question de départ qui guidera le travail de recherche. Ensuite, j'explorerai dans le pôle théorique les ressources bibliographiques sur la posture professionnelle, la relation de confiance et le consentement aux soins. J'irai vérifier si mes recherches sont en accord avec la pratique quotidienne des professionnels sur le terrain, à l'aide d'une enquête présentée et analysée dans le pôle empirique. Enfin, après la synthèse des données je ferai ressortir une question de recherche avant de clôturer ce travail.

1. De la situation d'appel à la question de départ

1.1. Présentation de la situation

Lors du dernier stage de deuxième année effectué dans un service de médecine polyvalente, j'ai pu participer à la prise en charge de M. A, un jeune homme de 16 ans, hospitalisé pour des plaies profondes d'escarres au niveau des deux ischions. Mr A est paraplégique depuis deux ans, suite à un accident sur la voie publique.

Durant les trois premiers jours de mon stage, à chacune de mes interventions, Mr A ne me parle pas, m'ignore et répond tout juste à mes questions, sans même me regarder. Pour exemple, le second jour, j'accompagne un étudiant infirmier de troisième année qui refait son pansement complexe d'escarres. Durant tout le soin, Mr A et l'étudiant vont échanger très cordialement ensemble, je constate que Mr A est coopératif, il aide l'étudiant dans la réalisation du soin à travers les positions qu'il adopte, sans que l'étudiant ait à le lui demander. A plusieurs reprises l'étudiant me parle pour que je puisse m'intégrer dans la conversation mais Mr A continue de m'ignorer, et ce, jusqu'à la fin du soin.

Je vois bien depuis quelques jours, que la relation avec M. A, a du mal à s'établir avec moi. J'essaie donc de repérer ce que les soignants mettent en œuvre, en observant chaque fois que je le peux, les interventions de mes pairs. Je m'aperçois rapidement que tout le personnel tutoie Mr A. Au départ cela me surprend beaucoup, mais à force de l'entendre cela fini par me paraître naturel, et j'utilise à mon tour le tutoiement espérant peut-être « débloquer » la situation.

Au cinquième jour, je décide de faire son pansement pour la première fois. Au moment de la distribution des traitements du matin, j'en profite pour lui annoncer que c'est moi qui vais venir faire ses soins. A ce moment-là il me répond sèchement : « vous ? » « Pourquoi vous ? » « Vous êtes étudiante non ? » « Vous savez le faire ça ? » « Vous en avez déjà fait ? ». Je ressens aussitôt de la gêne, de l'embarras, des doutes. Je prends sur moi et lui réponds calmement en souriant, que oui, j'ai vu comment l'infirmier a fait la veille, que j'en ai déjà fait et qu'il ne faut pas qu'il s'inquiète. Je rajoute que si je suis en difficulté j'appellerai l'infirmière.

Durant le soin je sens son regard inquiet sur moi, il n'est pas serein, il épie mes moindres faits et gestes, il est silencieux. Vers la fin du soin, il me donne froidement des consignes que je prends bien soin d'appliquer : « *Mettez le pansement ici ! Pas trop bas sinon ça me gêne !* », « *Faites attention à mes poils, ne les collez pas !* ».

Le lendemain, lors du premier tour du matin avec l'infirmière, je suis accueillie avec un peu plus d'enthousiasme dans sa chambre. Le pansement de la veille a tenu, Mr A est plutôt content. Je lui dis que, s'il est d'accord, je vais venir le refaire dans la matinée. Il me répond : « *vous vous en souvenez ? Alors ok !* ».

Jour après jour, notre relation s'améliore dans le sens où elle « se détend ». Mr A communique davantage, il me parle de lui, il est souriant. Il me laisse faire ses soins sans poser de question et devient plus coopératif. Je sens qu'il commence à avoir confiance en moi.

Quelques jours plus tard, j'ai un prélèvement sanguin à lui faire. Alors que je le croise dans le couloir, je le lui annonce. Il refuse fermement en haussant le ton et en disant qu'il est hors de question qu'on le pique. Il ne veut pas entendre parler d'aiguille. Il fait demi-tour et va s'enfermer dans sa chambre. Quelques minutes plus tard, je le rejoins avec le matériel nécessaire et échange avec lui, pour lui faire comprendre l'importance de ce prélèvement pour la suite de sa prise en charge.

J'en profite pour lui dire et lui montrer que j'ai pris l'aiguille la plus petite. Je commence à regarder ses veines et lui demande où il a l'habitude qu'on le pique. Il me montre le pied, seul endroit qu'il m'accorde parce qu'il ne sent rien. Mais les veines sont petites, et j'ai plusieurs tubes à prélever. Je repère alors que sur son bras droit il y a une veine particulièrement « abordable », je le lui dis, le rassure et je le fais participer au soin en lui expliquant comment se fait un prélèvement, comment on trouve une « bonne » veine.... Finalement, c'est lui qui finit par me dire : « *vous n'avez qu'à piquer ici, sur le bras, ça me paraît bien!* ». Le prélèvement se passe très bien, Mr A est ravi.

A partir de ce moment-là, et jusqu'à la fin de mon stage, les soins que je fais à Mr A se déroulent bien, dans des conditions relationnelles favorables à des soins de qualité.

1.2. Analyse et question de départ

En prenant en charge ce patient, j'ai rencontré de nombreuses difficultés intriquées les unes aux autres, compte tenu de mon niveau de connaissances et d'apprentissage, que je vais tacher d'exposer dans cette analyse.

Tout d'abord les premiers contacts ont été très froids, Mr A était dans la non-communication tant verbale que non verbale. Il ne me regardait pas, il ne s'adressait jamais à moi, quand il me répondait ses paroles étaient brèves et sèches. Au moment des premiers soins il verbalisait son refus que ce soit moi qui le prenne en charge et m'a fait part de son inquiétude et de ses doutes quant à mes compétences. Je le sentais inquiet, pas serein, suspicieux, son silence appuyait réellement son mécontentement lorsque je le prenais en soin. Ces refus parfois clairement exprimés, parfois sous-entendus par son comportement et ses paroles, m'ont interrogée sur le **refus de soin**, et par là même, sur l'importance du consentement aux soins dans la pratique quotidienne des IDE (Infirmier Diplômé d'Etat).

Le **consentement** est un droit, selon l'article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique¹, relatif au consentement libre et éclairé du patient de la loi du 4 mars 2002, ainsi que dans l'article 4 de la Charte de la personne hospitalisée, qui stipule que « *un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement*²... ». S'il y a refus de soin, comme dans la situation que j'ai vécue, les soignants se doivent d'informer le patient et d'essayer de le convaincre d'accepter les soins qui lui sont nécessaires.

Les refus peuvent être motivés par la peur de la douleur, des actes techniques, par une méconnaissance du soin ou par un manque d'information. Dans le cas de Mr A, son refus était dû, je pense, au fait que je sois étudiante, et à la crainte que je ne sache pas faire ses soins, ce que je comprenais. C'était à moi de lui montrer que je pouvais en être capable.

1 **Article L1111-4 du Code de la Santé Publique**, relatif au consentement libre et éclairé du patient, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

2 **Charte de la personne hospitalisée**, disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

N'ayant jamais été confrontée à des refus de soin, cela m'a déstabilisée au départ. J'ai ressenti de la déception, des doutes et de l'incompréhension. Au-delà de la **gestion des émotions**, je me suis remise en question et me suis dit que cette situation ne pouvait que me faire progresser professionnellement si j'arrivais à en sortir des axes d'amélioration transposables à d'autres situations futures. A partir de là, j'ai cherché des moyens de remédier à ses refus de soins.

Pour cela j'ai observé les soignants, j'ai essayé de voir ce qu'ils mettaient en œuvre pour que la relation se passe bien. J'ai demandé des conseils aux infirmières qui m'encadraient. Certaines n'ont pas essayé d'améliorer cette relation par leur intervention, mais au contraire m'ont dit d'aller au contact du patient et d'essayer par moi-même d'inverser la tendance au travers de négociations comme si j'étais une professionnelle en poste.

J'ai remarqué également que tout le personnel utilisait **le tutoiement** avec Mr A, je me suis mise à les imiter dans l'espoir de débloquer la situation. Mais je dois avouer que cette pratique au début a heurté **mes valeurs** et ma conception de la prise en soin. J'ai eu beaucoup de mal à le tutoyer. Pour compenser un peu, ce qui me semblait être sur le moment, un manque de respect et une mauvaise gestion de la juste **distance professionnelle**, j'ai redoublé de vigilance sur mon **positionnement**. Je ne voulais pas que Mr A ressente de la familiarité de ma part. J'ai veillé à rester très correcte dans mes propos afin de permettre à ce tutoiement d'être un réel outil d'amélioration de la communication et de la relation.

A l'issue de cette analyse, il m'a paru évident qu'à travers les axes d'amélioration que j'ai mis en place dans cette situation, j'ai travaillé énormément sur ma **posture professionnelle**. Je me suis aperçue que ce consentement aux soins qu'il m'a été si cher de rechercher, dépendait de la confiance que Mr A avait en moi. Ainsi, tant qu'il n'a pas eu confiance en moi, Mr A ne m'a pas donné son consentement. De là, deux questions sont apparues : quels sont les enjeux de la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient ? Comment et pourquoi un soignant doit-il la créer ?

Une autre difficulté a été d'ordre technique. En effet, je n'avais jamais réalisé de **pansement complexe** d'escarres nécessitant des mèches aussi profondes. De plus, il fallait

faire tenir les deux pansements des deux ischions, en un seul pansement pour qu'il résiste 24h aux multiples transferts et positions de décharge de Mr A.

Une complication supplémentaire s'ajoutait à cela. Mr A faisait preuve de **non observance** envers les consignes alimentaires données et les compléments protéinés prescrits pour favoriser la cicatrisation de ses escarres. Il fallait donc quotidiennement négocier avec lui pour qu'il prenne les repas équilibrés et enrichis en protéines et les compléments alimentaires. Donc, fort des difficultés relationnelles qui existaient, il fallait que je fasse de **l'éducation thérapeutique** diététique à un adolescent qui n'arrivait pas à en voir l'utilité malgré toutes les explications qu'il recevait. Cette tâche-là, m'a également demandé des connaissances, des capacités d'adaptation et de communication.

Durant mes précédents stages, je n'avais jamais eu à prendre en charge un **adolescent**. Jusque-là, je n'ai reçu aucun cours traitant de l'adolescence. Ce qui a constitué un manque pour moi à ce moment-là de mon cursus, car j'avais une méconnaissance des mécanismes de l'adolescence, je ne savais pas comment l'aborder, ni l'attitude à adopter devant son comportement.

J'ai remarqué à plusieurs reprises que Mr A cherchait au travers de ses questions et de son comportement une relation plus « intime », face à laquelle je me suis sentie désarmée. Il me disait : « *vous pourriez être ma mère* », « *ça vous fait quoi de vous occuper de quelqu'un qui pourrait être votre fils ?* », « *vous avez quel âge ?* », « *vous êtes d'où ?* », « *vous êtes mariée ?* », « *vous avez des enfants ?* ». A ces moments-là, j'ai répondu avec le plus de sincérité possible tout en gardant une distance professionnelle indispensable à la continuité des soins en toute sérénité. En cela aussi, le travail sur ma posture professionnelle, mon positionnement, a été essentiel. Au cours de cette prise en charge, mon attitude a été guidée par mon authenticité et aidée par le port de la blouse blanche qui m'a autorisée à une certaine distance. Malgré cela, j'ai été très embarrassée par ses questions, et consciente du risque qu'il y avait de rompre la relation de confiance qui était en train de s'établir, si je m'étais opposée fermement à toutes ses interrogations.

Je peux donc dire aujourd'hui, que le fait d'être face à un adolescent a été une difficulté appuyée par le fait d'être mère, moi-même d'une adolescente et d'avoir conscience de la complexité psychologique de cette tranche d'âge. Pensant aborder ce thème dans mes

recherches théoriques, j'ai lu deux ouvrages, « *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*³ » et « *Adolescence et psychopathologie*⁴ », qui m'ont démontré la complexité de cette tranche d'âge. Mais après des réflexions personnelles, et des discussions avec des soignants sur ce sujet, je me suis rendue compte que cette opposition dans les soins n'était pas forcément caractéristique des adolescents et qu'elle pouvait concerner tous patients de tous âges confondus. C'est pourquoi, j'ai décidé de ne pas cibler les adolescents dans mes recherches.

En prenant du recul face à cette situation, j'ai pris conscience que j'ai été constamment dans une posture réflexive, dans la recherche du consentement, dans de la négociation, dans l'amélioration de la qualité de ma pratique professionnelle. Il m'a fallu m'adapter, tout en restant moi-même, en accord avec mes valeurs et ma vision du prendre soin.

Face aux nombreuses difficultés rencontrées dans cette situation qui ont fait la richesse de ce stage et en regard de l'analyse que j'en ai faite, j'ai choisi d'explorer la question de départ suivante :

En quoi la relation de confiance induite par la posture professionnelle de l'infirmier influe-t-elle sur le consentement aux soins d'un patient en service de court séjour ?

3 **DOLTO F.** *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Gallimard jeunesse, 2007, p. 146

4 **MARCHELLI D.** et **BRACONNIER A.** *Adolescence et psychologie*, Masson, 2004, p. 628

2. Pôle théorique

Au vu de la question de départ, trois concepts sont à explorer : la posture professionnelle, la relation de confiance et le consentement au soin. Pour chaque concept, les axes développés sont en lien avec la situation vécue.

2.1. *Posture professionnelle*

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales⁵, plusieurs notions viennent définir la posture : « *attitude, position du corps, volontaire ou non... de particulier à une personne ou à un groupe* », « *attitude morale de quelqu'un, comportement, ligne de conduite* », et « *dans une position favorable pour... être en mesure de...* ».

La posture serait donc l'attitude, la ligne de conduite d'un soignant, qui le mettrait dans une position favorable pour prendre en soin.

En consultant le Référentiel de formation, l'Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier⁶, nous voyons que dans les finalités de la formation, « *... l'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif... À travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements* ». Ce sont ces mêmes termes qui ont été utilisés précédemment pour définir la posture. Le référentiel évoque cette professionnalisation par un développement des ressources théoriques, des compétences, d'une reconnaissance de ses émotions pour mettre en place une juste distance professionnelle, et d'un développement d'une éthique professionnelle pour prendre des décisions et agir en autonomie. Il est fait état également d'une posture réflexive qui permet la liaison entre savoirs et actions. Ces mêmes savoirs, construits et appuyés sur des valeurs humanistes.

5 **CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES** [En ligne], [consulté le 13 mars 2016]. Disponible sur internet : <http://www.cnrtl.fr/definition/posture>

6 **ANNEXE III DE L'ARRETE DU 31 JUILLET 2009 RELATIF AU DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER** [En ligne], [consulté le 13 mars 2016]. Disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf

En regard de l'enseignement qui nous est donné pendant ces trois années de formation, la posture semble y avoir une place importante. En effet, elle serait un ensemble de savoirs (connaissances) et savoir-être (gestion des émotions, juste distance, éthique...), basé sur des valeurs de compréhension et de bienveillance.

Au vu des éléments théoriques évoqués sur la posture professionnelle et du constat de la situation de départ, il semblerait qu'effectivement j'ai travaillé sur ma posture en veillant à ajuster mes attitudes, en réfléchissant à mes paroles, en adaptant mon comportement, en travaillant sur la communication verbale et non verbale, pour gagner sa confiance et le rassurer. Je retrouve dans ma situation, et dans ce que j'ai mis en place, les éléments de la posture suivants : attitude, comportement, ligne de conduite, se mettre dans une position favorable pour.

Ce premier travail d'analyse enrichit mes compétences. En effet, selon UDAVE JP. (2003) :

Un travail d'auto-analyse, un retour réflexif sur ses pratiques visent à développer ses compétences professionnelles. La compétence est la première exigence éthique que l'accompagnateur doit s'appliquer à soi-même, être capable de s'auto-évaluer, maîtriser sa communication, savoir décrypter les effets de telle ou telle remarque sont autant de compétences indispensables à la posture. Il s'agit d'établir une certaine cohérence entre les principes et les pratiques. Cette cohérence confère une profonde authenticité à la personne de l'accompagnateur, génératrice de confiance indispensable à l'accompagnement⁷.

La connaissance de ses pratiques est constitutive de la posture qui est propre à chacun et induit la confiance.

La posture incarne également une manière d'être, et de faire en lien à des valeurs comme l'écrit PAUL M. (*L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, l'Harmattan, 2004) :

La posture définit la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste). C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. La posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne. Elle suppose une compétence à passer d'un registre à l'autre. Posture et fonction définissent une manière

⁷ UDAVE JP. Accompagner les démarches innovantes. [En ligne], [consulté le 19 avril 2016]. Disponible sur internet : <http://probo.free.fr/textes_amis/accompagnement_humanisme_jpu.pdf>

d'être et de faire dialectiquement liée. Par la fonction se transmettent les visées institutionnelles. Par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui⁸.

Ce formateur qui a écrit sur la posture dans l'accompagnement, nous explique que celle-ci est avant tout une façon de tenir son poste. Ce dosage de savoir-être et savoir-faire, s'ajuste et s'adapte à l'autre à travers les valeurs que le soignant incarne.

Au vu de mes recherches, la posture professionnelle apparaît comme un élément variable et en constante évolution. L'expérience et la bienveillance du soignant feront que cette posture sera juste et appropriée. Mais n'est-ce pas là, ce qui la lie à la relation de confiance ?

2.2. Relation de confiance

Selon la définition du Larousse, la confiance est le « *sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose⁹* ». Le mot relation, lui, est défini comme « *lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie¹⁰* ».

Selon PHANUEL D., maître de conférence et auteur de « *Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle* » :

La confiance se construit pas à pas au fur et à mesure que les occasions de contact se multiplient, se renouvellent. Elle résulte d'un processus par nature relationnel. Ainsi la confiance se développe au cours d'une série d'actes répétés dont les intervalles constituent autant de moments de vérifications de la confiance donnée¹¹.

Deux autres auteurs écrivent qu'au moment des soins, lors du processus relationnel ayant lieu entre le patient et le soignant, la confiance s'instaure. « *La relation, le soin et la*

8 JOUFFRAY C. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir. [En ligne], [Consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur internet : http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf

9 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>

10 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>

11 PHANUEL D. *Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle*. Revue *Politiques et management public*, vol.20, n°4, 2002. Numéro spécial : « L'évaluation de l'action publique : pour quand ? ». pp. 115-132

*confiance sont donc intimement liés*¹²». « *La confiance, un levier de la qualité des soins, se construit progressivement grâce aux compétences relationnelles des soignants*¹³ ».

SANTIN A., praticien hospitalier, précise que la première étape de la relation est le temps de la rencontre. Et que :

*La confiance s'inscrit comme un postulat bilatéral de bienveillance à l'égard de l'autre, permettant de s'ouvrir à l'autre. Si la confiance est nécessaire à l'établissement de la relation, elle n'est pas suffisante à elle seule. Respect, écoute, attention, honnêteté sont autant d'arcanes non exhaustives qui viennent sceller non seulement la rencontre, mais deviennent éléments majeurs de la relation*¹⁴.

Elle explique également que faire participer le patient, c'est viser à obtenir son adhésion à un acte. De plus, lui permettre de comprendre une démarche, permet d'accroître sa confiance.

Dans la relation de confiance, une autre donnée est capitale : l'information au patient. En effet, selon la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'obligation de l'information au patient concourt à l'établissement de la relation de confiance. De plus, PHANUEL D. écrit que « *les déterminants de la confiance sont l'attitude et le comportement du personnel de contact d'une part, et l'information reçue par le patient, d'autre part*¹⁵ ».

La confiance, levier de la qualité des soins, naît de la multiplication des rencontres. Elle est possible si la bienveillance s'inscrit dans la relation. Cette bienveillance, passe par l'information, la participation et la compréhension du patient des soins qui lui sont prodigués. Le soignant, vecteur de confiance, doit mettre également en jeu dans la relation des valeurs comme le respect, l'écoute et l'honnêteté afin de garantir l'efficacité de la relation de confiance.

12 PHANUEL D., HAMON-MEKKI F. *La relation pour instaurer la confiance dans les soins*. Cité dans Soins, n°779, octobre 2013, pp30-31

13 MICHON F. *La confiance un levier de la qualité des soins*. Cité dans Soins n°779, octobre 2013, pp36-38

14 SANTIN A. *La relation de soin : une question de confiance ?* [En ligne], [consulté le 19 avril 2016]. Disponible sur internet : <http://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

15 PHANUEL D. Op. Cit, p123

SANTIN A. nous démontre l'importance de la relation de confiance dans le milieu du soin :

Au moment où l'hôpital est soumis à des contraintes éloignées du soin, et ce de façon pluriquotidienne, revenir à un relationnel fort basé sur la confiance mutuelle et réciproque permet de réaffirmer le sens profond de la relation malade-soignant, de renouer avec la richesse de l'échange et de revenir à son essence même, l'humanité, l'hospitalité¹⁶.

La qualité des interactions entre le patient et l'infirmier(ère) font partie intégrante du processus de mise en confiance. En effet, selon MAROUDY D., cadre supérieur infirmier, chargé de mission à l'Agence de biomédecine : « ... la confiance a pour condition et résultat une alliance entre le patient et le soignant, une forme de conjugalité pour le consentement au soin, mais dont la force et la durée dépendent souvent du soignant¹⁷ ».

Effectivement, il m'a fallu du temps et de nombreuses rencontres pour gagner sa confiance. J'ai dû lui fournir à plusieurs reprises, des informations concernant les soins que j'allais lui faire et leurs objectifs. Lorsque Mr A a estimé que j'avais les compétences nécessaires pour réaliser ses soins, la relation de confiance a pu s'établir amenant plus implicitement à son consentement.

De fait, il paraît important, à ce stade de réflexion, d'explorer le consentement aux soins.

2.3. Consentement aux soins

Le consentement, qui semble résulté de la relation de confiance entre soignant et soigné, est le droit du patient d'exprimer sa volonté. En effet, comme nous l'avons vu dans l'analyse de la situation, ce droit est appuyé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 4 mars 2002 et la Charte du patient hospitalisé. C'est également un critère de qualité des soins contrôlé dans la certification des établissements de santé V2014 à la thématique « droit des patients ». L'article R4127-36 du Code de la Santé Publique précise que :

¹⁶ SANTIN A. Op. Cit. p2

¹⁷ MAROUDY D. La relation de confiance dans les soins. Une alliance entre le patient et le soignant. *Soins*, n°779, Octobre 2013, p. 27

*le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas*¹⁸.

Selon le petit Larousse le consentement est : « *Action de donner son accord à une action, à un projet ; acquiescement, approbation, assentiment*¹⁹ ».

De plus, le dictionnaire humaniste infirmier, définit le consentement comme « *un acte moral, intellectuel et librement éclairé d'un individu qui s'engage concrètement et prend une décision en connaissance des conséquences*²⁰ ».

Ainsi consentir, revient à donner son accord. L'expression de cet accord est orale pour les actes qui sont « bénins » comme les ponctions veineuses, ou les pansements. En revanche, pour des actes plus invasifs comme les actes opératoires par exemple, un accord écrit préalable est nécessaire.

Dans le consentement aux soins, la notion de consentement « libre et éclairé » est essentielle. En effet, selon PHANUEL D., l'information est une condition essentielle du consentement et par là même, de la confiance :

*L'information du patient est à la fois une obligation légale et déontologique, ... Elle représente une condition d'adhésion, de consentement et de participation des patients au processus de soins. Le consentement du patient constitue, du fait de l'information qu'il nécessite de délivrer, un moyen de réduire l'asymétrie informationnelle entre les partenaires. Le consentement est une marque de confiance puisque le patient procède à un acte formel d'autorisation qui à priori reflète une certaine confiance*²¹.

Au fur et à mesure de la progression du stage, je me suis aperçue que j'étais constamment en recherche du consentement de Mr A, de sa participation et de sa coopération. Consentement manifesté soit de manière implicite de par ses expressions, son langage non verbal, ses attitudes soit de manière explicite en lui demandant d'exprimer

¹⁸ **Article R4127-36 du Code de la Santé Publique**, relatif au consentement aux soins, [En ligne], [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912898&dateTexte=&categorieLien=cid>

¹⁹ Dictionnaire **LAROUSSE**. [En ligne], [consulté le 23 décembre 2015]. Disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement>

²⁰ **PAILLARD C.** *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Noisy-le-grand : Setes éditions, 2013, 356p.

²¹ **PHANUEL D.** Op.Cit, p126

clairement son accord. Et c'est dans cette quête que j'ai essayé d'ajuster ma posture en faisant preuve d'empathie, en donnant les informations demandées, et en me rendant disponible. Le consentement me semble être l'aboutissement de la relation soignant/soigné. Il est à la fois une obligation pour les infirmiers et un droit pour les patients. Mais ce consentement n'est pas toujours exprimé verbalement, ainsi, avoir connaissance de l'expérience des professionnels de terrain sur ce sujet me paraît indispensable pour mieux appréhender ce concept.

De par mes différentes recherches, j'ai pu établir une relation entre posture professionnelle, relation de confiance et consentement au soin.

Afin de confronter ce pôle théorique avec la réalité du terrain, j'ai choisi de faire une enquête empirique de type qualitative auprès de trois infirmières, par le biais d'entretiens semi-directifs. Ces derniers ont pour but d'obtenir les points de vue professionnels qui vont venir éclairer ma question de départ.

3. Pôle empirique

3.1. Présentation de l'enquête

3.1.1. Choix du lieu et de la population

Pour confronter et éclairer les axes abordés dans le pôle théorique, il semblait intéressant de rencontrer des infirmiers(ères) dans un centre hospitalier périphérique. Le choix d'un service de médecine polyvalente s'est imposé car les professionnels interrogés sont alors confrontés à un large éventail de pathologies et de patients. L'objectif recherché était de donner davantage de richesse et de variété aux résultats de l'enquête.

Nous avons mené trois entretiens auprès de trois infirmiers(ères) :

- La première (IDE 1) : âgée de 38 ans, diplômée depuis 14 ans. Après un parcours hospitalier varié dans plusieurs services de courts séjours, elle exerce en médecine depuis 8 ans.
- Le second (IDE 2) : âgé de 52 ans, diplômé depuis 5 ans. Suite à une riche expérience d'aide-soignant, cet infirmier a exercé en long séjour avant d'intégrer un service de médecine.
- La troisième (IDE 3) : âgée de 30 ans, diplômée depuis 5 ans et travaille dans ce service depuis son diplôme. Elle fait également des remplacements en HAD.

3.1.2. Objectifs de l'enquête

Au vu des éléments théoriques, je me suis fixé trois objectifs à aller vérifier sur le terrain à l'aide de huit questions ouvertes.

Tout d'abord, je voulais savoir si les infirmiers(ères), identifiaient les éléments de leur posture et avaient conscience de celle-ci au quotidien. Ensuite, j'ai voulu connaître les éléments que mettaient les professionnels en lien avec la relation de confiance. Enfin, leur point de vue sur le consentement au soin et le refus de soin me paraissait très intéressant pour venir compléter ma question de départ ainsi que pour acquérir une connaissance globale des pratiques.

3.1.3. Choix de l'outil et déroulement de l'enquête

Ainsi, pour répondre à mes objectifs qualitatifs, j'ai choisi d'enquêter au moyen d'un entretien semi-directif basé sur un guide préalablement élaboré (annexe I). Cet outil permet aux soignants de s'exprimer librement sur leurs ressentis et leur propre expérience sans restriction dans leurs réponses. J'ai testé ce guide auprès de deux infirmières avant de l'utiliser. Ces tests m'ont permis de modifier et d'ajuster certaines questions, afin d'optimiser l'exploitation des réponses.

L'accord pour ces entretiens a été donné par la direction des soins et la cadre du service, après renseignement sur la thématique du mémoire et l'envoi du guide d'entretien.

Ces entretiens, d'une durée de 15 à 20 minutes environ, ont été menés individuellement dans des salles fermées, en veillant au respect de l'anonymat. Le sujet de mon mémoire de fin d'études ne leur a pas été communiqué afin de ne pas biaiser les réponses. Avec l'accord des personnes interviewées, j'ai enregistré les entretiens afin de faciliter leur retranscription, et de me concentrer davantage sur l'entretien et les questions de relance à formuler si nécessaire.

1.1.1. Limites de l'enquête

Les limites à cette enquête ont été que deux infirmiers sur trois ont exactement le même nombre d'années de diplôme, ce qui pouvait limiter le partage d'expérience et que ces entretiens ont été menés alors que les participants étaient en service, ce qui pouvait restreindre leur disponibilité et le temps d'échange. De plus, le nombre restreint d'entretiens passés est également une limite à l'exhaustivité des réponses.

3.2. Analyse et interprétation des données

Pour exploiter les résultats des entretiens, après leur retranscription, j'ai surligné en couleur les expressions des professionnels en lien avec les concepts étudiés : la posture professionnelle, la relation de confiance et le consentement aux soins (cf. annexe II). J'ai mis ces regroupements en évidence au sein d'un tableau comparatif avec les éléments du pôle théorique (cf. annexe III). Enfin, à

l'aide de ce tableau, j'ai pu réaliser mon analyse et voir si les réponses à mes entretiens confirmaient ou infirmaient mes recherches littéraires.

3.2.1. La posture professionnelle

Les questions qui ciblaient la posture étaient les questions 2 et 3.

Face à un patient à prendre en soin, les IDE 1 et 2, précisent l'importance des transmissions et d'une connaissance minimale du patient et de sa pathologie, avant de rentrer dans la chambre, et ce, afin de se faire une idée de la manière dont ce patient va pouvoir être abordé. Ensuite, les trois IDE s'accordent à dire qu'ils disent bonjour, se présentent et expliquent le soin qu'ils vont faire.

Selon les infirmiers(ères) interrogés(es), les éléments qui composent la prise en charge sont sensiblement les mêmes : politesse (bonjour), présentation (du soignant), explication (du soin). En revanche, ce qui diffère est la manière dont ces éléments sont amenés. L'IDE 2 précise qu'il reste lui-même dans sa façon d'être et s'adapte au patient qu'il a en face. L'IDE 3 dit qu'elle prend de ses nouvelles, comment il a passé la nuit, s'il se sent bien, s'il a mal quelque part... D'après mes recherches, ce sont ces éléments-là qui sont constitutifs de la posture professionnelle, et qui varient d'un soignant à un autre.

A la question 3, qui visait à définir la posture, l'IDE 1 parle d'une façon d'être du soignant, d'un positionnement face au patient. Elle rajoute que la posture peut être acquise puisqu'elle fait partie du savoir-être de la personne, mais surtout qu'elle se travaille et se module en fonction du service, de l'expérience et du patient qui est en face. Elle consiste selon elle, en une juste distance et une adaptation permanente. Les IDE 2 et 3, eux, semblent plus axer la posture sur une attitude professionnelle, dictée par un savoir-faire, un cadre professionnel, des compétences, et une ligne de conduite à suivre par tous. Cependant, la notion de disponibilité du soignant est souvent mise en avant par l'IDE 2. La manière d'être du professionnel est calquée sur sa personnalité précise l'IDE 3.

Concernant la posture professionnelle, je retrouve énormément de similitudes entre les deux pôles. La posture est argumentée comme étant une attitude professionnelle basée sur la courtoisie, la politesse, les informations délivrées et le respect. Cette attitude s'adapte sans cesse au patient en fonction de l'expérience et

des nécessités du service. La posture nécessite compétence et savoir-faire pour pouvoir se positionner et adopter une juste distance avec le patient. Elle est avant tout le savoir-être du soignant dicté par son authenticité.

3.2.2. La relation de confiance

Pour aider les professionnels à exprimer ce que leur évoquait la relation de confiance, deux questions : la 4 et la 5.

Pour l'IDE 1, cette relation de confiance ne s'établit pas d'emblée avec le patient. Si l'infirmier sait que le patient est appelé à revenir plusieurs fois dans son service pour des soins répétés, il ne créera pas la même relation que si c'est un patient ponctuel. Elle précise que la relation s'instaure au fur et à mesure des rencontres avec le patient. Cette infirmière m'explique qu'elle met une part de sa vie personnelle au service de la création de cette relation de confiance. Elle estime que cette relation de confiance est un échange : les patients se confient aux soignants, et inversement, afin qu'ils ne voient plus l'infirmière « technicienne », mais bien une personne qui écoute et est proche d'eux.

Pour l'IDE 2, développer une relation de confiance passe par des explications au patient, de l'information dosée et pertinente. Selon lui, il faut savoir rester soi-même et dire que l'on ne peut pas tout savoir sur tout ce qui concerne une pathologie. Les patients attendent les soignants honnêtes dans leur fonction. D'un autre côté, le soignant doit savoir se faire confiance, et de par son savoir il est en mesure de mettre en confiance les patients et ainsi faciliter la relation.

Les valeurs liées à la relation de confiance qui sont mises en exergue dans ces entretiens sont : le respect, l'honnêteté, l'authenticité, et l'humanité.

D'une manière générale, les infirmiers estiment qu'une relation de confiance est établie lorsqu'ils voient le patient content de les voir, communiquant, pas angoissé, se confiant, ayant une attitude générale positive avec des sourires, des regards non fuyants, un patient qui n'est pas sur la défensive.

Et si la clé de voute de la relation de confiance était l'honnêteté.... Cette valeur, avec celle du respect, reviennent aussi bien en théorie qu'en pratique. Dans ce concept aussi, il y a un nombre important de points communs, comme « le

temps crée la relation », ou encore, « l'information est la base de la confiance ». Cette relation de confiance est un échange qui implique le soignant comme le patient.

3.2.3. Le consentement au soin / le refus de soin

Le consentement au soin étant très règlementé, l'objectif de des questions 6 et 7 était de savoir comment il se traduisait concrètement pour les professionnels.

Les trois infirmiers ne posent pas directement la question au patient : « *êtes-vous d'accord pour tel ou tel soin ?* ». En règle générale, ils présentent le soin, expliquent et s'ils voient que le patient ne semble pas s'y opposer, ils le font. L'IDE 3 estime que le consentement peut s'exprimer par la participation, la coopération du patient au soin, par le fait qu'elle ne le sente pas réticent. Pour elle, l'attitude du patient va traduire son consentement ou pas.

En revanche, les trois sont très respectueux du refus de soin. Ils ont conscience que c'est un droit fondamental du patient, et qu'ils ne sont pas là pour le forcer. L'IDE 1 précise même qu'elle reste vigilante à ne pas être maltraitante en veillant à ne pas imposer un soin à un patient. En effet, si un patient refuse, ils vont chercher à comprendre pourquoi et essayer de le convaincre de l'utilité du soin. La négociation est évoquée par tous les trois. Il semble que cette pratique soit « l'arme » la plus efficace pour contrecarrer un refus de soin. Cette négociation passe par la compréhension du refus, par l'explication du soin, par l'adaptation au patient, par l'intervention éventuelle du médecin, et par le fait de laisser poser un refus en quittant la chambre et savoir y revenir plus tard, plutôt que braquer le patient. Mais pour conclure, ils disent que le patient a le dernier mot, et il ne se verra pas imposer un soin, dans la mesure où la situation d'urgence n'est pas identifiée.

Je me suis servie des deux dernières questions, plus générales pour faire avec eux, une conclusion de leurs points de vue en rapport avec ma question de départ, mais sans jamais la leur donner. La question 8 demandait aux professionnels de définir la relation triangulaire qui existait entre les trois concepts dans la mesure

où ils la percevaient, et la question 9 avait pour but qu'ils complètent les thèmes abordés par quelque chose de personnel à ajouter pour terminer l'entretien.

L'IDE 1 m'explique que si un patient a confiance au soignant, il consentira au soin. Que cette confiance passe par l'acceptation de la personne en tant que telle par rapport à sa posture. Elle rajoute que pour elle, le savoir être est le plus important des trois savoirs qui constituent la profession d'infirmier : savoir, savoir-faire et savoir être. Le savoir être est en chacun de nous et l'expérience le forge et le façonne. Cette même expérience qui met chaque soignant un peu plus en confiance chaque jour, et cette confiance fait écho sur le patient et le sécurise. L'IDE 2 me dit : « *La posture entre en jeu dans la relation et de cette relation naît la confiance et le consentement aux soins* ». Cet infirmier insiste sur l'importance de savoir se remettre en question, de savoir se tourner vers l'équipe en cas de doute, de réfléchir à ses pratiques. Cette attitude responsable aide le patient à se sentir en confiance.

Enfin l'IDE 3, n'a rien rajouté.

Les éléments de réponses sont, là aussi, très proches des axes évoqués au travers du pôle théorique. La vision qu'ont les soignants du consentement aux soins se traduit par un aspect pratique mais ils restent vigilants et respectueux des droits du patient. Bien qu'ils ne demandent pas formellement à leurs patients s'ils consentent ou non aux soins proposés, ils ne perdent pas de vue pour autant le droit au refus de soin. Cependant, la responsabilité, la conscience professionnelle, et leurs connaissances engendrent systématiquement des négociations pour parvenir à ce consentement libre et éclairé.

Après l'analyse, l'outil d'enquête utilisé comportait trois thèmes et donc un peu trop de questions. En effet, il m'a fallu pour chaque question, faire une synthèse et un regroupement des réponses pour pouvoir les exploiter, compte tenu du nombre de pages limité du mémoire.

De plus, j'ai abordé le refus de soin dans mon entretien, pensant que je pouvais obtenir des éléments supplémentaires mais exprimés différemment, concernant le consentement. Les IDE ont répondu logiquement sur les manières de gérer un refus. Ceci, bien qu'ayant enrichi mes connaissances personnelles, ne m'a pas apporté d'éléments exploitables pour mon concept du consentement.

Cette première analyse peut nous permettre de réajuster le guide d'entretien et ainsi en diminuer le nombre de questions. Ce constat n'était pas apparu lors du test du guide.

3.3. De l'analyse empirique à la question de recherche

L'enquête empirique confrontée au pôle théorique a enrichi mon questionnement de départ et m'a surtout permis de mettre l'accent, à travers les discours des soignants, sur des éléments transférables essentiels dans ma future profession comme : l'authenticité, le respect, l'honnêteté avec les patient comme avec soi-même, savoir s'appuyer sur ses compétences pour se faire confiance et aider une relation à se construire, tout en sachant se remettre en question.

La posture professionnelle, même si elle semble naturelle, non réfléchi sur le moment, comme me l'ont décrit les professionnels que j'ai rencontrés, est avant tout le résultat d'une pratique réflexive basée sur des connaissances et un savoir-être. Cependant, au travers les rencontres avec les professionnels, les traits de personnalité et les valeurs me semblent être des éléments essentiels constitutifs de la posture professionnelle. Ne soigne-t-on pas avec ce que l'on est ?

Tout ce chemin parcouru m'amène aujourd'hui à me poser la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure, l'expérience et la personnalité du soignant peuvent-elles avoir un impact sur la qualité de la relation de soin ?

Si je devais poursuivre ce travail, j'étudierais dans le pôle théorique : la personnalité et ses influences ainsi que le rôle de l'expérience professionnelle sur la qualité de la relation soignant/soigné.

J'effectuerais ensuite, une enquête empirique, à type d'entretien semi-directif auprès d'IDE issues de services distincts. D'âges différents, ces IDE auraient des expériences professionnelles variées afin d'enrichir les réponses.

CONCLUSION

Ce travail m'a permis de comprendre les mécanismes mobilisés dans une prise en charge lors d'une situation relationnelle extrêmement complexe. Ainsi de connaître les éléments à transposer dans d'autres situations concernant la posture professionnelle, la relation de confiance et le consentement.

A travers le pôle théorique et les entretiens avec les professionnels, j'ai pris conscience qu'entrer en relation avec un patient, est avant tout une rencontre singulière et unique. Pour que cet échange soit favorable aux soins, la posture du soignant, souvent inconsciente, est essentielle. Cette posture, qui est un facteur de confiance, engage le soignant à fournir des informations nécessaires au patient, gage de son empathie et de ses compétences, afin de l'amener à consentir librement à des soins compris. La posture professionnelle nécessite également une part importante de savoir-être basé sur des valeurs professionnelles et personnelles présentes dans la posture comme le respect, la courtoisie, l'honnêteté, l'authenticité et la bienveillance.

Dans la pratique quotidienne, ce consentement est rarement formalisé, mais les soignants veillent scrupuleusement à ne jamais effectuer des soins contre la volonté du patient.

S'adapter au patient fait partie intégrante de la posture quotidienne de l'infirmière. L'infirmière doit être sensible à la réalité du patient. Elle doit savoir écouter, observer, être compréhensive et s'intéresser à l'autre pour pouvoir répondre à ses besoins.

Ainsi, les éléments sur la relation de confiance et la posture, qu'ils soient rapportés par les professionnels de terrain ou les auteurs, participent à l'obtention du consentement aux soins, participant ainsi au respect des droits des patients.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- **DOLTO F.** *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard.* France : Gallimard jeunesse, septembre 1999. 146p.
- **MANOUKIAN A.** *La relation soignant soigné.* 4e édition. France : Lamarre, 2014. Collection : exercice professionnel infirmier. 202p.
- **MARCELLI D, BRACONNIER A.** *Adolescence et psychopathologie.* France : Masson, 2004, 628 p.
- **PAILLARD C.** *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné.* Noisy-le-grand : Setes éditions, 2013, 356 p.

Articles :

- **MAROUDY D.** La relation de confiance dans les soins. Une alliance entre le patient et le soignant. Cité dans *Soins*, octobre 2013, n°779, p.27.
- **MICHON F.** La confiance un levier de la qualité des soins. Cité dans *Soins*, octobre 2013, n°779, pp36-38
- **PHANUEL D.** Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. Cité dans *Politiques et management public*, vol.20, n°4, 2002. Numéro spécial : « L'évaluation de l'action publique : pour quand ? ». pp. 115-132.
- **PHANUEL D., HAMON-MEKKI F.** La relation pour instaurer la confiance dans les soins. Cité dans *Soins*, n°779, octobre 2013, pp30-31

Textes de lois :

- **Article L1111-2 du Code de la Santé Publique**, relatif à l'information du patient, disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- **Article L1111-4 du Code de la Santé Publique**, relatif au consentement libre et éclairé du patient, disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- **Article R4127-36 du Code de la Santé Publique**, relatif au consentement aux soins, disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912898&dateTexte=&categorieLien=cid>
- **Article 32 du décret n° 93-221 du 16 février 1993** relatif à l'information au patient, disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000179742>
- **Charte de la personne hospitalisée**, disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Documents électroniques :

- **ANNEXE III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier** [En ligne], [consulté le 13 mars 2016]. Disponible sur internet :
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf

- **BLAEVOET JP.** *PAUL Maela (2004). L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique.* Recherche et formation [En ligne]. [consulté le 7 février 2016]. Disponible sur internet : <http://rechercheformation.revues.org/1242>

- **CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES** [En ligne], [consulté le 13 mars 2016]. Disponible sur internet : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/posture>

- **COSNIER J.** *Les interactions en milieu soignant* [En ligne]. Presses Univ. De Lyon, 1993, pp. 17-32, [consulté le 10 février 2016]. Disponible sur internet : http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/III-6_Les_interactions_milieu_soignant.pdf

- **DURAND C.** *De novice à expert : le processus de professionnalisation (2/2)* [En ligne]. [consulté le 15 décembre 2015]. Disponible sur internet : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/De-novice-a-expert-le-processus-de,248>

- **JOUFFRAY C.** *L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir.* [En ligne], [Consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur internet : http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf

- **KNOPF A., KRATZ P.** *L'information et le consentement éclairé du patient (1/2)* [En ligne]. Mars 2004. [consulté le 7 février 2016]. Disponible sur internet : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/L-information-et-le-consentement>

- **LAROUSSE** [En ligne]. Encyclopédie Larousse [consulté le 2 janvier 2016]. Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr>
 - <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>
 - <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>
 - <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement>

- **PHANUEL D.** *Confiance et consentement des malades : le défi de l'information* [En ligne]. [consulté le 8 mars 2016]. Disponible sur internet : http://webs.unice.fr/recemap/contenurevue/Articles/Revue_Recemap2.Phanuel.pdf

- **PORTAL B.** *Le sociographe. Cause toujours... De la parole dans le travail social.* [En ligne], [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur internet : [http://www.fse.ulaval.ca/fichiers/site_ladpa/documents/Recherche_DPA/Articles_avec_comite_de_lecture/Portal B 2012 Des mots et des sens RMG.pdf](http://www.fse.ulaval.ca/fichiers/site_ladpa/documents/Recherche_DPA/Articles_avec_comite_de_lecture/Portal_B_2012_Des_mots_et_des_sens_RMG.pdf)

- **RESOUDRE LES REFUS DE SOINS** [En ligne]. Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010. 2010 [consulté le 27 décembre 2015]. Disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Resoudre_les_refus_de_soins.pdf

- **SANTIN A.** *La relation de soin : une question de confiance ?* [En ligne], [consulté le 19 avril 2016]. Disponible sur internet : <http://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

- **UDAVE JP.** *Accompagner les démarches innovantes.* [En ligne], [consulté le 19 avril 2016]. Disponible sur internet : http://probo.free.fr/textes_amis/accompagnement_humanisme_jpu.pdf

ANNEXES

ANNEXE I

« GUIDE DE L'ENTRETIEN »

Dans le cadre de mon Mémoire de Fin d'Études, je réalise un entretien semi directif auprès de plusieurs infirmiers(es), afin de recueillir leurs points de vue professionnels.

Cet entretien doit durer environ de 10 à 15 minutes.

Avec votre autorisation, j'enregistrerai cet entretien afin de faciliter sa retranscription écrite qui devra figurer dans les annexes du Mémoire et me concentrer davantage sur notre échange.

Ces entretiens et leur retranscription seront anonymisés et les enregistrements seront immédiatement détruits après retranscription. Votre identité restera confidentielle.

1/ Pouvez-vous vous présenter : votre âge, depuis combien de temps vous êtes diplômée, votre expérience professionnelle ?

2/ Comment procédez-vous concrètement, pour faire un soin à un patient que vous ne connaissez pas?

3/ Pouvez-vous me dire de manière simple, qu'est-ce que vous mettez derrière le terme : posture professionnelle ?

4/ Quelles valeurs et/ou qualités personnelles vous paraissent-elles indispensables pour créer une relation de confiance ?

5/ A partir de quel moment vous jugez que la relation de confiance est établie entre le patient et vous ?

6/ Vous assurez-vous tout le temps d'avoir l'accord du patient pour faire un soin ? Si oui, comment vous assurez-vous de ce consentement ?

7/ Quelles sont vos stratégies face au refus de soin?

8/ D'après vous, existe-t-il une relation triangulaire entre le consentement aux soins, la posture professionnelle et la relation de confiance ? Si oui, laquelle ?

9/ Avez-vous quelque chose à ajouter que j'ai pu oublier ou qui vous semble important à préciser?

Je vous remercie beaucoup pour votre participation.

ANNEXE II

« RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS »

LEGENDE :

Expressions en lien avec la posture professionnelle surlignées en :

Expressions en lien avec la relation de confiance surlignées en :

Expressions en lien avec la posture et la relation surlignées en :

Expressions en lien avec le consentement aux soins surlignées en :

Expressions en lien avec les attitudes face au refus surlignées en :

2/ Comment procédez-vous concrètement, pour faire un soin à un patient que vous ne connaissez pas ?

IDE 1 / *En règle générale on a déjà eu des renseignements avec les transmissions. Donc on a déjà une approche de sa pathologie, du pourquoi il est là, déjà rien que ça, ça nous donne des indications. Ensuite, on rentre dans la chambre, on dit « bonjour Monsieur » ou « Madame », « je suis l'infirmière », on se présente du coup, et on dit « je viens distribuer les médicaments, prendre la tension ou faire la toilette ». On présente effectivement ce que l'on va faire à ce patient.*

IDE 2 / *Avant de rentrer dans la chambre je ne me mets pas spécialement en condition. Ici tous les jours on a des patients nouveaux, donc moi je reste moi-même. Je rentre dans la chambre, je dis bonjour, je me présente. Parfois je dis je suis l'infirmier, parfois je dis mon nom, ça dépend. Après si j'ai un soin spécifique à faire, je dis « voilà, j'ai besoin de vous faire une prise de sang », ou « je viens vous aider à faire la toilette », ou « on va regarder le pansement »... En fait je n'ai pas de technique ou de tactique spéciale... Ce qui est aidant c'est de connaître un peu le patient. Même si tu ne connais pas le patient en tant que tel, savoir ce que tu vas trouver... si c'est quelqu'un de jeune, quelqu'un en soins palliatifs, quelqu'un qui est angoissé... On fait les transmissions du matin et ensuite en discutant avec les collègues lors de la pause-café, on se fait une idée de la manière dont on va pouvoir l'aborder. Puis il y a les patients qu'on connaît déjà, et, quand on connaît les gens ça aide, quand on sait s'ils sont exigeants ou angoissés, on s'adapte. Pour les gens qui ont des problèmes cognitifs, on se présente quand même, on explique le soin même si on sait que le patient ne le comprend pas.*

Le premier abord quelque part c'est toujours le même, on se présente et après on s'adapte selon le patient.

IDE 3 / *Je me présente, je dis mon nom, je dis que je suis l'infirmière qui vais m'occuper de lui pendant la journée. Je lui demande comment il va, comment il a passé la nuit, s'il a mal quelque part. Ensuite je lui explique le soin que je vais lui faire, dans quel but et pourquoi.*

3/ Pouvez-vous me dire de manière simple, qu'est-ce que vous mettez derrière le terme : posture professionnelle ?

IDE 1 / *C'est la façon dont on est, je pense, face à une personne. Comment on se positionne face à elle. On n'aura pas toutes les mêmes postures parce que c'est par rapport à ce que l'on est nous. Moi je suis quand même quelqu'un d'assez jovial, quand je rentre dans un chambre et que je me présente, même si en soit le motif d'entrée est par exemple un soin palliatif qui est censé être triste, moi j'ai quand même toujours le sourire. Donc ma posture en soit est quand même de garder toujours cette positivité et ce sourire même face à un patient qui peut éventuellement mourir dans les 10 min ou l'heure qui suit. Je n'ai jamais eu de retour négatif de ma façon de faire, au contraire, j'ai même eu des retour positifs de familles qui nous disent être contentes que les gens ici gardent le sourire même dans les moments difficiles, et même si eux ne l'ont pas forcément.*

Relance : croyez-vous que la posture professionnelle s'acquiert avec le temps ou si un étudiant peut déjà avoir sa propre posture professionnelle ?

On peut déjà avoir une posture parce que ça fait partie du savoir être de la personne. Chacun à son propre savoir être, après effectivement on peut le modeler en fonction des années, de là où l'on travaille et des personnes que l'on a en face. On peut ne pas avoir la même posture face à tel ou tel patient, ça dépend aussi ce que nous renvoie le patient, parce que des fois il n'est pas heureux d'être là, ce qui peut se comprendre, et il faut arriver à se mettre un petit peu en recul, tout en étant proche, c'est vrai qu'il faut s'adapter à chacun, et trouver la bonne distance et donc la bonne posture à avoir avec le patient.

IDE 2 / Dans posture professionnelle, c'est **professionnel** surtout qui ressort pour moi. Ça veut dire que l'on est ici dans **un cadre professionnel avec un savoir-faire**. On est là pour travailler, **pas pour jouer un rôle**. On est des **soignants, formés** pour ça. Moi je suis ici en tant qu'infirmier, et il faut savoir laisser ses problèmes au vestiaire. Pour moi c'est important. On est là pour **être disponible de corps et d'esprit**. La posture professionnelle c'est **être là, disponible pour le patient, savoir pourquoi on est là, qu'est-ce qu'on fait, quel est notre fiche de poste, savoir qu'est-ce qu'on peut faire ou pas**. **On n'est pas des robots**, on arrive dans le service avec notre vécu, notre bonne ou mauvaise nuit, on ne peut pas être toujours uniforme, mais à un moment donné il faut **savoir qu'on est là pour ça : être disponible**.

IDE 3 / Quand on parle avec un patient, **on est un professionnel**, on n'est pas des amis du patient de de sa famille, **ce qui facilite la communication**. Ils nous voient comme des professionnels et nous on doit avoir cette attitude envers eux : **attitude professionnelle**. Cette attitude c'est une **manière d'être avec les patients suivant notre personnalité**. Mais malgré nos caractéristiques personnelles, on doit avoir une **ligne de conduite professionnelle** avec les patients où **nous devons tous avoir le même discours**. Pour moi, la posture se rapproche davantage de la conduite professionnelle.

4/ Quelles valeurs et/ou qualités personnelles vous paraissent-elles indispensables pour créer une relation de confiance ?

IDE 1 / Quand les patients viennent une première fois, on fait **un premier contact**. La **relation ne va pas se faire de suite** de la même façon si on sait qu'il vient juste ponctuellement, ou s'il doit revenir toutes les semaines, pour des soins répétitifs, comme ça arrive fréquemment ici. Donc déjà quand on sait ça, au niveau de **la relation que l'on va créer, elle ne va pas être la même**. **Au fur et à mesure que l'on voit les gens la relation se fait**. **On s'attache malgré tout** à certaines personnes. Moi quand je sais que ce sont des personnes que l'on va régulièrement voir, malgré tout, **je mets une part de ma vie personnelle**. Il m'arrive de **leur parler de ma vie**, comme **eux peuvent me parler de la leur**. **C'est un échange**. Cet échange il faut qu'il soit **dans les deux sens**. Donc, si eux me parlent de leurs problèmes familiaux, pourquoi moi je leur parlerai pas des miens, **ils sont en mesure d'écouter comme je suis en mesure d'écouter** aussi et du coup **ils ont moins l'impression peut-être d'être face à un soignant, mais plus face à une oreille qui est là**,

attentive à ce qu'ils pensent. Donc moi je mets toujours une petite part de moi dans les relations que j'ai avec les patients. Ça ne me dérange pas de rigoler avec eux.

Relance : en termes de valeurs, qu'est-ce qui vous paraît important par rapport à cette relation ?

Le respect. Le respect pour moi quand même c'est important. C'est aussi ce que j'attends d'eux. Autant moi je les respecte, autant eux il faut qu'ils me respectent aussi dans ce que je suis et la professionnelle que je suis aussi. Nous on les respecte en tant que personne avant même qu'ils soient des patients du service.

IDE 2 / C'est l'honnêteté. Il fait essayer d'être le plus honnête possible, le plus vrai, ne pas tricher. Ça ne veut pas dire de donner des informations à tort et à travers, mais être honnête avec le patient en lui expliquant ce que l'on va faire. Si les patients ou les familles nous « bombardent » de questions auxquelles on ne peut pas répondre, il faut savoir leur dire : « moi je ne peux pas vous répondre » et pas essayer de dire n'importe quoi. Il faut rester soi-même et être authentique dans le métier de soignant. Je crois que les gens attendent ça. Il n'y a pas un modèle de soignant, certains maternent, d'autres non... moi ce n'est pas mon truc. Moi j'arrive comme je suis, en étant authentique et honnête pour maintenir ce lien de confiance. Et c'est ce que le patient te demande. Être présent et savoir dire qu'on ne peut pas répondre à tout, qu'on a des limites. Mais d'un côté, il faut savoir se faire confiance, le savoir, on l'a, même si on n'est pas parfait, il faut essayer de mettre en confiance les gens. Par exemple en hôpital de jour, les patients ont souvent l'habitude d'avoir à faire avec la même infirmière, et quand j'arrive pour remplacer, le patient s'interroge sur mes capacités : « est-ce qu'il va me faire mal ? », « est-ce qu'il va piquer au bon endroit ? ». C'est une partie qui n'est pas toujours facile mais si on est honnête, si on explique, si on est authentique et professionnel et si on reste soi-même, ça se passe bien.

IDE 3 / Être humain. On dit souvent « se mettre à leur place », mais ce n'est pas ça. Essayer de comprendre pourquoi ils nous disent telle ou telle chose c'être humain pour moi ! Et c'est ça surtout qu'il faut être.

5/ A partir de quel moment vous jugez que la relation de confiance est établie entre le patient et vous ?

IDE 1 / *C'est compliqué, c'est que les patients ne le montrent pas tous de la même façon... Déjà, ils sont contents de nous voir. Ils nous parlent, ne serait-ce que ça. Ils se confient. Parce que parfois on a l'impression qu'ils disent tout au docteur, et à nous, ils ne nous disent rien. Donc, du moment qu'on communique de manière constructive, je pense qu'il y a cette part la de confiance.*

IDE 2 / *Ce n'est pas facile ça ! Ça dépend, les patients c'est des êtres humains comme les soignants, parfois la relation va glisser, parfois on va prendre en charge des patients plus méfiants. Dans ce cas au départ ça peut être plus tendu, car les gens sont méfiants, puis par la suite ça va être mieux. On le sent. En tout cas moi je le sens quand les gens sont en confiance ou pas. Au vu du comportement général, du regard, des sourires... d'une attitude générale.*

IDE 3 / *Je pense qu'un patient ne peut être en confiance qu'une fois qu'on lui a expliqué tout ce que l'on lui fait, parce que face à une personne qui n'explique pas grand-chose le patient peut être réticent. Ensuite, une fois qu'on se connaît un petit peu plus, que le cadre est posé, que le patient voit qu'il peut parler en toute confiance avec nous, la relation s'établit. Je le vois aussi si le patient n'est pas angoissé, il pose des questions mais il fait confiance, il n'est pas sur la défensive, et sait ce qu'on va lui faire et pourquoi.*

6/ Vous assurez-vous tout le temps d'avoir l'accord du patient pour faire un soin ? Si oui, comment vous assurez-vous de ce consentement ?

IDE 1 / *Je ne pose pas directement la question. Il est vrai que je ne pose pas la question : « est-ce que vous êtes d'accord pour... ». En général on rentre et on leur dit : « je viens vous faire une prise de sang », après c'est vrai qu'on ne demande pas systématiquement leur accord effectivement.*

Après eux ils sont en droit de dire non. Donc dans ces cas-là, on essaie de comprendre pourquoi ils disent non. Parce qu'il peut y avoir une très bonne raison qu'on peut entendre et dans ces cas-là, on peut discuter et voir. Soit on est en accord avec ce qu'ils disent dans le style : « on m'en a fait une ce matin déjà ! ». Soit effectivement on peut essayer de leur

dire voilà, « on en a besoin pour telle ou telle raison ». Après il y a certain soin, quand c'est vital, ou quand c'est pour suivre l'évolution d'une pathologie par exemple ou poser une perfusion pour passer un antibiotique, là il faut vraiment essayer de le convaincre. Après il y a des soins comme une toilette par exemple, ou si la personne ne veut pas, on va essayer de négocier « une petite toilette » pour être un peu mieux, plus frais, mais si le patient ne veut pas il ne veut pas, ce n'est pas vital. Ça aide la personne à se sentir bien mais si le fait de la faire, fait qu'elle ne se sente pas bien, il ne faut pas la faire. Il ne faut pas non plus être maltraitant dans le soin. Il faut arriver à trouver le juste milieu entre forcer un peu si on a vraiment besoin, et essayer de l'induire, mais s'il ne veut pas il ne veut pas. On n'est pas là pour forcer les gens.

IDE 2 / Oui quand même, oui. Moi je suis plutôt directif, je dis « bonjour, j'ai besoin de vous faire une prise de sang pour vérifier etc... », et en principe on me dit « ok ». C'est vrai que je ne lui pose pas la question : « est-ce que vous voulez bien que je vous fasse une prise de sang ? ». Je suis plus directif en restant poli, courtois et en expliquant ce que je vais faire. Maintenant si la personne me dit « non, je ne suis pas d'accord », je lui demande pourquoi, qu'est ce qui se passe, mais en principe ça se passe relativement bien. Parfois il faut négocier, comme lors de pose de sonde naso-gastrique. Il faut savoir expliquer, laisser le patient s'exprimer, voir pleurer, le laisser se poser un peu et revenir un peu plus tard... Il faut s'adapter en fait. On ne peut pas faire un soin contre le gré du patient. Quelqu'un qui refuse, il faut savoir lui expliquer pourquoi on veut la faire, et savoir partir pour mieux revenir dans la mesure où ce n'est pas une urgence. Après on peut rendre le soin plus agréable. Si le soin fait mal, il faut donner des antalgiques, ou faire en sorte de faire moins mal, comme les pansements ou les gazométries en mettant des patches d'Emla.

IDE 3 / En général oui. Même face à un dément, je vais lui dire, même si je ne suis pas sûre qu'il comprenne et du coup qu'il puisse consentir à ce que je lui demande. Je m'assure de ce consentement en disant que je vais faire tel ou tel soin, sauf en situation d'urgence où souvent on n'a pas le temps d'attendre un consentement.

Relance : Face à un patient qui ne dit rien, comment vous assurez vous de ce consentement ?

Si je vois qu'il n'est pas réticent, je lui dis ce que je vais faire, si je vois qu'il ne répond pas, je vais lui dire donnez-moi votre bras par exemple et voir s'il participe. Je vais estimer son consentement à travers son attitude.

7/ Quelles sont vos stratégies face au refus de soin?

IDE 1 / La négociation : essayer de leur faire comprendre. En fonction de l'urgence il faut prioriser. Si nous, on n'y arrive pas, on envoie le docteur qui lui, peut être a plus d'arguments pour faire accepter le soin. Après quand ils refusent, ils refusent, même le médecin ne peut pas obliger les gens à se soigner. S'ils sont en refus de traitement, ils sont en refus de traitement, c'est un droit.

IDE 2 / On est obligé de s'adapter au patient. On ne va pas se braquer. Mais on va tracer le refus de soin, c'est important. Mais les refus de soin sont plutôt rares. On peut revenir avec le médecin pour expliquer, ça les rassure. Si au départ on crée bien le lien, si ça se passe bien dès le départ, on n'a pas de refus normalement. Il faut toujours négocier pour le bienfait du patient. Sauf urgence, c'est toujours le patient qui a le dernier mot.

IDE 3 / Dans un premiers temps je vais essayer de négocier, lui expliquer pourquoi je vais lui faire ça, dans quel but, lui dire que c'est le médecin qui l'a demandé. Après s'il est toujours en refus après la négociation je vais essayer de partir et de revenir un peu plus tard pour voir s'il est plus disposé à faire le soin. Après je peux toujours revenir avec le médecin pour lui expliquer. De toute façon je ne peux pas le forcer.

8/ D'après vous, existe-t-il une relation triangulaire entre le consentement aux soins, la posture professionnelle et la relation de confiance ? Si oui, laquelle ?

IDE 1 / C'est possible que ce soit tout en lien car si la personne a confiance en nous elle peut plus facilement accepter un soin. D'ailleurs on le voit car souvent, quand ce sont des étudiants, les patients ne veulent pas que ce soit les étudiants qui posent une perfusion. Soit parce que la relation n'a pas été faite, soit parce qu'ils sentent que ce n'est pas encore ça, parce qu'ils ont un peu peur... donc là aussi il faut l'accepter.

Les trois sont liés. Si tu as confiance en quelqu'un c'est que tu l'auras accepté en tant que telle, par rapport à sa posture. Et du coup tu vas plus facilement accepter ce qu'il va te

proposer.

IDE 2 / Tout ça c'est lié en fait! La posture professionnelle entre en jeu dans la relation et de cette relation naît la confiance et le consentement aux soins. Ces trois points pour moi sont imbriqués l'un dans l'autre, c'est un ensemble.

IDE 3 / Si on a la posture professionnelle et la relation de confiance, on n'a pas de refus de soin.

9/ Avez-vous quelque chose à ajouter que j'ai pu oublier ou qui vous semble important à préciser?

IDE 1 / Le savoir être est important, très important. C'est comme dans tout, il y a le savoir être, le savoir et le savoir-faire. L'école t'apprend le savoir, nous on vous apprend le savoir-faire et donc à vous d'être le savoir être. Vous l'avez et après ça s'acquiert au fur et à mesure des expériences. Plus on avance effectivement et plus on est nous-même aussi en confiance avec ce que l'on fait, ce que l'on renvoie. Donc le fait d'avoir plus d'expérience nous met nous plus en confiance et cette confiance irradie et les patients la ressentent.

IDE 2 / Cette question est très intéressante. Quand on prend un poste de travail il est important de continuer à se poser des questions et de se remettre en question sinon on rentre dans processus qui n'est pas bon. Il faut savoir douter, ne pas hésiter à en reparler avec ses collègues ou les médecins, car le patient attend ça aussi pour se sentir en confiance. En tant qu'infirmier c'est important de réfléchir, de ne pas faire des soins pour rien, réfléchir à ses pratiques. On n'est pas juste là pour exécuter des soins.

Autre chose d'important, le rapport est différent selon si l'infirmier est un homme ou pas, et il influe sur la relation avec le patient. Pour certains patients cette donnée, ce rapport homme/femme ou homme/homme ou encore femme/femme, fera varier la prise en charge et par la même la relation de confiance.

La notion de respect est très importante et doit toujours dominer dans la prise en charge d'un patient.

IDE 3 / Je pense avoir tout dit.

ANNEXE III

« TABLEAU COMPARATIF DES DEUX POLES, POUR ANALYSE »

Pôle théorique	Pôle empirique
Posture professionnelle	
<p>Attitude volontaire ou non... de particulier à une personne.</p> <p>Attitude morale de quelqu'un, ligne de conduite.</p> <p>Acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.</p> <p>Développement des ressources théoriques, des compétences, d'une reconnaissance de ses émotions pour mettre en place une juste distance professionnelle.</p> <p>Développement d'une éthique professionnelle pour prendre des décisions et agir en autonomie. La posture définit la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste).</p> <p>Elle suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun accueilli en tant que personne.</p> <p>Par la posture s'incarnent les valeurs en relation à autrui.</p> <p>Pratique réflexive, compétences professionnelles, cohérence, authenticité de la personne génératrice de confiance.</p>	<p>Importance des transmissions et d'une connaissance minimale du patient pour aborder le patient.</p> <p>Politesse en disant bonjour, présentation du soignant, explication du soin.</p> <p>Le soignant reste lui-même et s'adapte au patient. C'est une façon d'être, un positionnement.</p> <p>La posture peut être acquise et fait partie du savoir-être de la personne.</p> <p>Elle se travaille et se module en fonction de l'expérience, du service et du patient.</p> <p>Elle nécessite une juste distance et une adaptation permanente.</p> <p>C'est une attitude professionnelle dictée par un savoir-faire, un cadre et des compétences. C'est une ligne de conduite.</p> <p>C'est être disponible pour le patient.</p> <p>C'est la manière d'être du soignant calquée sur sa personnalité.</p>
Relation de confiance	
<p>La confiance se construit pas à pas, au fur et à mesure que les occasions de contact se multiplient.</p> <p>Elle se construit grâce aux compétences relationnelles des soignants.</p> <p>L'obligation d'information au patient concourt à l'établissement de la relation de confiance.</p> <p>La confiance comme un postulat de bienveillance permettant de s'ouvrir à l'autre.</p> <p>Respect, écoute, attention, honnêteté : éléments majeurs de la relation.</p>	<p>La relation se crée au fur et à mesure.</p> <p>Elle inclut une implication personnelle du soignant. C'est un échange.</p> <p>Elle passe par l'information, l'explication.</p> <p>Elle demande honnêteté et authenticité.</p> <p>Le soignant doit savoir se faire confiance.</p> <p>Son savoir met en confiance les patients.</p> <p>Valeurs : respect, honnêteté, authenticité et humanité</p> <p>Elle se manifeste par le contentement du patient, la communication constructive, les attitudes, les sourires, les regards non fuyants.</p>
Consentement aux soins	
<p>C'est un droit des patients.</p> <p>Action de donner son accord.</p> <p>Acte moral, intellectuel et librement éclairé.</p> <p>Le consentement doit être systématiquement recherché.</p> <p>L'information du patient est à la fois une obligation et l'expression d'un besoin. C'est une condition d'adhésion, de consentement et de participation.</p> <p>Le consentement est une marque de confiance.</p>	<p>Le consentement peut s'exprimer par la participation.</p> <p>L'attitude du patient traduit le consentement.</p> <p>Etre respectueux du refus de soin qui est un droit fondamental du patient.</p> <p>Chercher à comprendre, essayer de convaincre, négocier pour pallier au refus.</p> <p>La compréhension et l'information pour contrecarrer un refus.</p> <p>Si un patient a confiance au soignant il consentira aux soins.</p>

De la posture professionnelle au consentement aux soins

Résumé :

Face aux difficultés rencontrées lors de la mise en place d'une relation de confiance, indispensable à la réalisation de soins de qualité, l'infirmier dispose, à travers sa posture professionnelle, d'outils permettant au patient d'adhérer et de consentir aux soins. La posture professionnelle, se compose de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Devant une pratique soignante qui tend à s'uniformiser, la relation de confiance reste la base d'une relation soignant/soigné de qualité, où le patient est acteur de sa santé. Les recherches menées pour le pôle théorique ainsi que les entretiens réalisés auprès d'infirmiers sont venus conforter cette idée : la posture, bien qu'en partie inconsciente, fait partie du quotidien des infirmiers et contribue à favoriser le consentement aux soins des patients qui est un droit fondamental.

Mots-clés : Confiance, Compétences, Posture professionnelle, Consentement, Relation.

From professional posture to the consent to care

Abstract :

Facing difficulties that occur while establishing a trustworthy relationship, essential for achievement of quality care, the nurse has, through his professional posture, tools allowing the patient to adhere and give consent to receive care. The professional posture, consist of knowledge, know-how and know to be. In front of the health care practice which tends to standardize the practices, the trustworthy relationship remains the basis of a high-quality relation between the caregiver and the patient, where the patient is actor of his health. The researches conducted for the theoretical pole as well as the interviews realized with nurses have lead to reinforce this idea : the posture, although partially unconscious, is part of the daily life of nurses and contributes to favour the consent to care from patients that is a fundamental right.

Keywords : Confidence, Skills, Professional posture, Consent, Relationship.