

Institut de Formation en Soins Infirmiers
80, Avenue Georges Pompidou
24000 Périgueux

Mémoire de Fin d'Etude en Soins Infirmiers UE : 5.6

Fermez la porte s'il vous plait !

Directeur de mémoire : Pascal Coste

DRANGUET Stéphanie
Promotion 2015-2108
Remis le 4 Mai 2018

Note aux lecteurs : Cette production est issue d'un travail personnel dans le cadre d'un mémoire de fin d'études infirmières, il ne peut donc faire l'objet d'une quelconque reproduction ou diffusion sans l'accord de son auteur.

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen. »

Kant.

Remerciements :

Par ce mémoire de fin d'étude s'achève trois années d'études intenses, parsemées de moments de doute mais également de moments de joie et de fierté lors de l'affichage des résultats et de l'obtention des notes quand on réalise que tout est « validé ». Je souhaiterais tout d'abord remercier Pascal Coste, directeur de ce mémoire qui m'a guidé avec patience et bienveillance. Merci à lui qui par son humour m'a permis de voir le travail laborieux de la revue de littérature d'une façon plus intéressante. Je voudrais ensuite remercier l'ensemble des formateurs ayant participé à l'enseignement durant ces trois années. J'aurai cependant un remerciement particulier pour Corinne Fontalirant qui a été mon référent de suivi pédagogique en première année. Merci à elle d'avoir cru en moi, plus que moi-même, et de m'avoir accompagnée pendant cette année difficile pour moi par tous ces moments de doute et de difficultés face à la possibilité d'échouer. Merci pour ses feed-back positifs quant à mon évolution professionnelle et au fait d'avoir gravi un à un les échelons. Je voudrai également remercier Sophie Doumen qui fut mon référent de suivi pédagogique la deuxième année. Merci à elle de m'avoir porté vers cette troisième année, de m'avoir fait accepter mes deux échecs qui furent vite rattrapés par la suite. Je garde en mémoire les petits mouchoirs utilisés à chaque visite que je lui rendais. Que de larmes versées dans ce bureau, larmes de tristesse, de doute mais aussi de joie au moment de la révélation des notes au mois d'août. Merci d'avoir cru en moi. Je tiens à remercier Véronique Nardou, référent de suivi pédagogique de troisième année. Merci à elle de m'avoir fait prendre confiance en moi par ses feed-back positifs mais également par un petit outil magique et bien fait que j'appellerai « le petit livre miracle ».

Un remerciement tout particulier à Yolanda Lafuente qui m'aura « supportée » maintes fois dans son bureau pour l'obtention de papiers d'absences exceptionnelles. Merci aussi pour cet entretien d'aide doux et rassurant, ainsi que pour les mots gentils à mon égard qui n'ont eu pour seul but que de me faire croire en moi et de me permettre de « lâcher prise » et comme vous me l'avez si bien dit de ne pas « être toujours au top ! ». Un remerciement à mes collègues de promotion s'impose. Merci de m'avoir supportée pendant ces trois ans, je sais que je ne suis pas facile parfois. Merci d'avoir su comprendre que mon agressivité n'était qu'une carapace. Merci à vous de l'avoir brisée et de m'avoir comprise.

Enfin je voudrais remercier ma famille et plus particulièrement ma compagne Audrey de supporter mes moments de stress et de mauvaise humeur depuis trois ans. Merci de croire en moi et de me donner le temps nécessaire à mes révisions. Merci d'y avoir participé en me faisant réviser le soir, ceci a donné des moments de fou-rire. Merci d'avoir séché mes larmes lorsqu'elles ont coulé à cause de la fatigue et du stress mais aussi de l'échec à un partiel. Merci à Nathanaël qui du haut de ses 10 ans m'a laissé travailler quand j'en avais besoin. Merci à lui d'avoir supporté mon absence même si physiquement j'étais présente. Merci aussi à Jean-Luc et Josie pour avoir cru en moi.

Sommaire

Introduction :	1
1 ^{ère} partie : De la situation d'étonnement à la question de départ.	1
1. Présentation de la situation de départ.	1
1.1. Objet de recherche	2
1.2. Analyse de la situation	3
1.3. Formulation de la question de départ.	5
2 ^{ème} partie : Phase exploratoire	5
2. Cadre théorique.	5
2.1. Intimité	5
2.1.1. Définition de l'intimité	5
2.1.2. Législation	5
2.1.3. L'intimité dans les soins	6
2.2. La dignité	6
2.2.1. Définition	6
2.2.2. La dignité à l'hôpital	7
2.3. Confidentialité des soins	8
2.3.1. Définitions	8
2.3.2. Législation	8
2.3.3. De la confidentialité des soins au secret professionnel.	9
3 ^{ème} partie : Cadre exploratoire empirique	9
3.1. Présentation méthodologique	9
3.2. Analyse des entretiens exploratoires.	11
3.3. Confrontation analyse et cadre théorique	13
3.4. Questionnement	14
3.5. Hypothèses de recherche	15
3.6. Question de recherche	15
4 ^{ème} partie : Cadre conceptuel	15
4.1. Rappel de l'intimité	16
4.2. Interaction	16
4.3. Relation	17
4.4. Attitude	19
4.5. Confiance	20
4.6. Protocole de recherche	22
Conclusion :	23
Bibliographie et sitographie	25
Annexe I.....	29
Annexe II.....	35
Annexe III.....	42

Annexe IV.....	46
Résumé en français	47
Abstract.....	47

Introduction :

L'intimité est une chose personnelle propre à chacun d'entre nous. Selon notre éducation, nos croyances et nos valeurs l'intimité n'a pas le même degré chez tout le monde.

Durant mon expérience d'aide-soignante de 2005 à 2015 je me suis toujours appliquée à respecter l'intimité de chacun des patients que j'avais en soin. Que ce soit à l'aide d'une serviette posée sur une partie du corps dénudée pour un soin, ou par la porte de la salle de bain qui faisait brise-vue si jamais quelqu'un ne voyait pas la présence et entrait sans avoir attendu l'accord.

Pendant mes stages j'ai principalement observé un respect de l'intimité. Cependant il m'est arrivé de voir que certains professionnels ne respectaient pas ce principe et laissaient la porte grande ouverte lors d'un soin, que le patient soit dénudé ou non.

Ce principe d'intimité, en étant respecté, permet au patient de garder sa dignité. La confidentialité, lors des soins et lors des échanges entre professionnels, permet également de respecter ces concepts que sont l'intimité et la dignité.

Le fait de voir des professionnels laisser la porte ouverte lors de certains soins m'a questionné :

- Pourquoi agissent-ils de la sorte ?
- Ont-ils oublié ce que nous apprenons lors de notre formation ?
- Est-ce pour aller plus vite qu'ils ne ferment pas la porte ?

Lors de ma formation j'ai appris les définitions des concepts soulevés ici : intimité, dignité et confidentialité. Ces apprentissages sont nécessaires pour comprendre l'importance de prendre le patient en soin dans son intégralité. J'ai voulu mettre ces définitions en pratique lors de mes différents stages afin d'acquérir une maîtrise en pratique de ces concepts théoriques.

Ceci permet d'acquérir une valeur professionnelle qui se rapproche de mes valeurs personnelles. Les valeurs professionnelles doivent selon les apports théoriques être communes à tous les soignants pour le bien-être des patients.

J'ai choisi de prendre l'intimité dans les soins comme sujet de mémoire de fin d'étude car je pense que cela peut influencer certaines situations lors des prises en soin.

1^{ère} partie : De la situation d'étonnement à la question de départ.

1. Présentation de la situation de départ.

Lors de ma 3^{ème} année de formation j'ai effectué un stage dans un service de médecine pour une durée de dix semaines en deux périodes de cinq semaines chacune. Ce service comprend 35 lits et accueille des patients atteints de maladies tropicales, infectieuses et hématologiques. Une

équipe pluridisciplinaire, composée de médecins, infirmières, aides-soignantes, agents de service..., se divise le service en deux parties : l'une spécialisée dans les maladies infectieuses comptant 17 lits et l'autre spécialisée dans les maladies hématologiques et tropicales comptant 18 lits.

Les horaires dans ce service sont : 6h30/ 14h06 pour le matin et 13h45/ 21h21 pour l'après-midi.

Durant ma première période de stage j'ai été confrontée à une situation qui m'a beaucoup questionnée et je m'en suis servi comme situation d'étonnement.

Au deuxième jour de mon stage, j'étais en horaire de matin, je suivais l'infirmière dans le secteur spécialisé dans les maladies tropicales et hématologiques. Ce secteur est situé dans un long couloir avec des chambres en vis-à-vis légèrement décalées de part et d'autre du couloir. La porte ouverte, le patient d'une chambre peut voir le patient de la chambre d'en face. Je suivais Mme C, infirmière du matin sur le secteur. Lors du tour de 7h quelque chose m'a surprise. J'ai vu que lorsqu'elle pratiquait l'injection d'une HBPM¹, elle laissait la porte de la chambre ouverte. La matinée s'est poursuivie par un enchaînement d'actes : perfusion, seringue d'insuline, glycémie capillaire, distribution de médicaments... J'ai pu constater que pour chacun d'entre eux, l'infirmière entrait et ne refermait pas la porte derrière elle. J'ai regardé comment faisaient les autres infirmiers du service lorsqu'ils réalisaient les soins. Mr B., infirmier, faisait un prélèvement sanguin dans une chambre. Le médecin voulant une recherche supplémentaire, je suis allée le prévenir, et j'ai vu la porte grande ouverte. J'ai rejoint Mme C, elle s'apprêtait à entrer dans une chambre pour faire une injection d'HBPM à un patient. Avant d'entrer, elle m'a dit de regarder ses traitements, certains étaient spécifiques des pathologies prévalentes du service. Devant l'ordinateur, j'ai pu voir l'infirmière entrer dans la chambre. Elle a ouvert la porte vivement s'est dirigée vers le patient en lui disant « bonjour, je viens vous faire l'injection dans la cuisse », elle l'a découvert afin d'atteindre la cuisse, a pratiqué l'injection en ne parlant pas au patient. Une fois son acte terminé elle l'a recouvert et lui a dit : « voilà c'est fini ! ». Elle est sortie en refermant la porte.

Je suis étonnée de voir que la majorité des soins infirmiers sont réalisés la porte ouverte alors que l'attendu est de préserver l'intimité, la dignité et la confidentialité des soins en maintenant la porte de la chambre fermée.

1.1. Objet de recherche

L'intimité dans les soins va être traitée dans ce mémoire.

¹ HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

1.2. Analyse de la situation

Cet étonnement m'a questionné car dans mon apport théorique il est dit que les soins doivent être faits la porte fermée. Ceci m'a conduit à émettre plusieurs hypothèses de compréhension.

La première serait qu'elles agissent ainsi pour un éventuel gain de temps. Cependant, si je calcule le temps nécessaire à l'ouverture et à la fermeture d'une porte, je m'aperçois que cela ne prend pas beaucoup de temps. Tout dépend de la vitesse à laquelle la personne entre dans la chambre. De façon objective je dirais que le temps nécessaire varie de 5 secondes pour les plus rapides à 10 secondes pour les plus lents. Ici, l'infirmière se trouve dans le secteur qui compte 17 lits, cela fait, en prenant le temps le plus long, un total de 170 secondes soit un peu moins de 3 minutes. Elle effectue 3 tours dans sa matinée ce qui ferait un total de 9 minutes de temps nécessaires à la fermeture des portes.

La deuxième hypothèse serait que la typologie des soins impacte le fait de laisser la porte ouverte. Si je regarde les actes concernés je constate qu'il s'agit d'actes courts. Ceci m'amène à me demander si la durée nécessaire aux actes conditionne l'ouverture de la porte ? Cela pourrait être plausible car pour les actes plus complexes les infirmières ferment la porte. Ainsi je peux dire que les actes ne demandant pas beaucoup de temps de présence et ne nécessitant pas la mise à nue de l'entièreté du corps inciteraient les infirmières à laisser la porte ouverte en ne respectant pas l'intimité, la dignité et la confidentialité des soins.

La troisième hypothèse est que la plupart des patients accueillis dans cette partie du service sont des patients connus de longue date. Il est possible qu'elles pensent que, comme connus de tous les soignants et peut-être de certains autres patients, il n'y ait plus de raison de laisser les portes fermées pour réaliser un soin rapide. Là aussi la notion de confidentialité n'est pas prise en compte d'autant qu'elles agissent de façon à penser que les patients partagent leurs problèmes de santé.

La quatrième hypothèse serait que leurs représentations du soin technique engendrent l'ouverture de la porte. Comme nous le savons, la toilette est un acte qui demande une nudité plus importante que l'injection d'un HBPM. L'infirmière peut alors penser qu'il n'est pas nécessaire de fermer la porte pour la réaliser puisque le corps du patient ne sera pas entièrement dénudé et donc dévoilé. Cependant, l'intimité ne s'arrête pas à son attribut la pudeur et selon Tisseron [1], « l'espace intime, est ce que l'on ne partage pas. » L'infirmière ne prend pas en compte l'envie du patient de partager ou non le genre de soin qu'il reçoit même s'il est connu du service. De plus, Delomel (2014) [2] démontre que les infirmières ont tendances à déshumaniser le patient pour ne s'occuper que du « corps mal en point ».

La cinquième hypothèse m'amène à réfléchir sur leur conscience ou non de bafouer la confidentialité des soins qu'elles prodiguent. Selon le CNRTL², une chose confidentielle est, s'il s'agit d'une attitude ou d'un acte humain, le caractère intime et personnel que peut avoir une relation. La confidentialité quant à elle et toujours d'après le CNRTL, est dérivée du mot anglais confidentiality et signifie de garder quelque chose de secret. Tout comme dis plus haut le fait de laisser la porte ouverte ne permet pas le respect de la confidentialité des soins prodigués. Pour autant, quand elles parlent d'un patient et de ses examens dans le couloir elles n'évoquent en aucun cas d'information pouvant le reconnaître. Par conséquent, elles savent ce qu'est la confidentialité des soins. Durant ma carrière d'aide-soignante j'ai travaillé dans plusieurs services : gériatrie, médecine, chirurgie ou services prenant en soins des patients déments et déambulants. Je n'ai encore jamais rencontré d'infirmière qui ne faisait pas attention à la confidentialité des soins. Elles prenaient garde de ne pas parler trop fort d'un patient dans un couloir en essayant de le rendre anonyme, et lorsqu'elles allaient faire un soin quel qu'il soit, elles fermaient la porte afin de préserver cette confidentialité.

Une sixième hypothèse serait une question d'habitude. Dans ce cas précis je ne parlerais pas d'habitude mais plus de mimétisme car les dernières arrivées, nouvelles ou anciennes diplômées, font exactement de la même manière lorsqu'elles occupent ce poste. Depuis 2009 et le nouveau référentiel elles ont eu les apports nécessaires. L'UE 1.3 : Législation, éthique et déontologie, l'article R.4312-2 des Règles professionnelles [3] rappelle que l'infirmier doit respecter la vie et la personne humaine. Par cela il respecte donc la dignité et l'intimité du patient et de sa famille. Les anciennes diplômées quant à elles doivent mettre à jour leurs connaissances et ont la possibilité de connaître cet article. Les nouvelles arrivées donnent l'impression d'avoir tout simplement copié leur mode de fonctionnement.

Enfin, la dernière hypothèse serait une notion de poste occupé. Lorsqu'elles sont au poste de « Troisième » comme elles l'appellent, qui consiste à faire les actes longs, elles prennent le temps de fermer la porte. Même s'il s'agit d'un patient connu du service, du moment qu'il doit bénéficier d'un acte prenant du temps, les infirmières ferment la porte et prennent le temps nécessaire au soin. Lors de l'occupation du poste à actes courts elles prennent à peine le temps de demander aux patients comment ils vont. Certaines posent les thérapeutiques sans dire un mot. La même infirmière ne disant pas un mot aux patients lors des actes courts prend le temps nécessaire à la discussion lors des actes longs. J'en conclus que le poste peut potentiellement influencer la prise en soin et le respect du patient.

N'arrivant pas à trouver de réponse exactement à la question pourquoi les infirmières laissent-elles la porte ouverte, je formule donc une question qui sera le départ de ma réflexion.

² CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

1.3. Formulation de la question de départ

Quels facteurs influencent le non-respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité des soins du patient dans la prise en soin infirmière à l'hôpital ?

2^{ème} partie : Phase exploratoire

2. Cadre théorique

Les trois mots clés présents dans la situation de départ sont :

- Intimité
- Dignité
- Confidentialité des soins

Ces concepts seront traités de façon individuelle et dans l'ordre indiqué au-dessus.

2.1. Intimité

2.1.1. Définition de l'intimité

Dans l'ouvrage Formarier, M. ; & Jovic, L. (non daté). *Les concepts en sciences infirmière*, (2^{ème} éd) Editions : Mallet-Conseil et selon Tisseron : « *L'espace public engage ce que l'on partage avec le plus grand nombre, l'espace privé que l'on partage seulement avec des personnes choisies. L'espace intime, quant à lui est ce que l'on ne partage pas, ou seulement avec quelques très proches, et aussi ce que chacun ignore de lui-même : c'est à la fois son jardin secret et l'inconnu de soi sur soi.* »

Quand est-il de l'intimité au niveau légal ? Regardons plus particulièrement l'aspect législatif de ce concept.

2.1.2. Législation

Dans le Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession, (142), Réf. 650505 Uzès : SEDI, il est indiqué que l'infirmier a des devoirs envers la profession et envers les patients.

Article R.4312-2 : « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.* »

Article R.4312-25 : « *L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation* »

Article R.4312-26 : « *L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.* »

Par ces articles on peut en conclure que les infirmières doivent respecter le patient dans son intégralité et donc respecter son intimité.

Maintenant que l'intimité est définie et que nous connaissons l'aspect législatif nous pouvons nous consacrer à l'intimité dans les soins.

2.1.3. L'intimité dans les soins

Dans son ouvrage «*La toilette dévoilée*» [2], Delomel décrit une différence entre la théorie apprise en formation et ce qu'il est possible de voir dans les services. Il y est démontré que les infirmières, pour s'occuper du patient et leur prodiguer les soins invasifs ne voient plus le patient comme un être humain mais comme un objet mal en point qu'il faut à tout prix réparer. Elles sont uniquement dans la technique. Il y est aussi dit que leurs représentations des soins entrent en jeu, que leur approche aux soins et aux patients est en lien avec celles-ci. L'article de Vonarx [4], confirme ce que dit le livre puisqu'il parle de corps objet/matériel par lequel l'infirmier ne voit que le soin à prodiguer. Il est expliqué qu'il agit de la sorte pour se protéger des émotions que cela peut lui renvoyer. Pourtant il est indiqué que la formation enseigne le concept de méta-paradigme et la prise en soin globale du patient. Ces deux ouvrages permettent de comprendre la complexité de travailler avec des êtres humains et de devoir gérer ses propres affects et représentations. Ils permettent aussi de ne pas oublier que l'infirmier a pour devoir de respecter l'intimité du patient.

Dans l'article « L'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé » [5], l'auteur définit l'intimité comme un besoin de l'homme au même titre que respirer et manger. Il explique que la notion d'intimité est liée à la culture des personnes. Il est également dit que le besoin d'intimité n'est pas définitif, qu'il peut changer d'un individu à l'autre. Enfin, il montre comment l'intimité du patient peut vite être oubliée à l'hôpital. Les exemples cités parlent de l'intrusion en entrant dans une chambre, en faisant l'inventaire des affaires personnelles et en posant des questions d'ordre privé voir intime lors du recueil de données. Ceci conforte l'idée explicitée dans les ouvrages précédents et permet d'ouvrir sur la notion de dignité.

2.2. La dignité.

2.2.1. Définition

Dans l'ouvrage Formarier, M. ; & Jovic, L. (non daté). *Les concepts en sciences infirmière*, (2^{ème} éd) Editions : Mallet-Conseil et selon Emmanuel Kant : « *Ce qui fonde la dignité de chaque personne c'est la présence en chacun de la capacité d'obéir à la loi morale. Dans l'énonciation de la troisième formule de ses impératifs catégoriques, Emmanuel Kant introduit une dimension formelle de devoir par rapport à la dignité. Il montre que c'est la dignité de l'humanité en chaque personne qu'il s'agit de respecter et non pas*

la dignité de chaque personne : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans celle de tout autre en même temps comme une fin et non comme un moyen » »

Cette définition parle de la dignité en général mais alors qu'en est-il de la dignité à l'hôpital ?

2.2.2. La dignité à l'hôpital

Les lectures que j'ai pu effectuer en croisant les mots clés : dignité et hôpital ne m'ont rien donné. Cependant, j'ai trouvé des revues concernant la dignité en établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes. Je me suis intéressée à ces articles car j'ai pensé que ce qui était applicable en EHPAD³ pouvait et devait l'être en service de médecine ou de chirurgie dans un centre hospitalier. D'autant plus que dans notre région les personnes âgées sont majoritaires dans les services d'hospitalisation.

Dans le premier article [6], Rullière montre que le respect de la dignité est possible même auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il écrit que le respect de la dignité passe aussi par le respect de l'intimité. L'auteur précise que si les soignants prennent en compte de qui était la personne avant et non pas de qui elle est aujourd'hui, ils respectent leur dignité. En effet, l'équipe va jusqu'à se questionner sur la sexualité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et se demande réellement si le fait de laisser une « vieille agricultrice avoir une vie sexuelle libérée » respecte sa dignité quand on sait qu'elle s'est opposée à cela toute sa vie. De plus en permettant aux résidents de se placer où ils le désirent aux moments des repas, l'équipe contribue au respect de la dignité.

Le deuxième article « Dignité et personne âgée : l'âge ne fait rien à l'affaire » [7], renforce le premier en expliquant que l'être humain quoiqu'il en soit est digne mais le comportement des soignants à leur égard leur donne le sentiment de ne plus l'être. Cet article parle du fait que la personne âgée, de par son âge et la vision qu'elle peut avoir d'elle-même, se sent moins digne que dans son jeune âge. Le fait qu'une jeune infirmière, puisse ressentir du dégoût devant le corps présentant les stigmates de la vie, engendre le fait que les personnes soignées ne se sentent plus dignes, surtout si la professionnelle manque de bienveillance.

Ces deux articles se rejoignent en disant qu'intimité et dignité sont liées. La dignité se respecte également en tenant secret ce qui nous est confié.

Le fait de parler de confiance et de garder secret ce qui est dit nous amène à définir la confidentialité des soins.

³ EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes.

2.3. Confidentialité des soins

2.3.1. Définitions

Selon le Larousse, la Confidentialité est « *dérivé de confidentiel sur le modèle de l'anglais confidentiality. Il s'agit du fait d'assurer le secret, particulièrement dans les systèmes informatiques.* »

Selon le CNRTL, le soin est « *le souci, la préoccupation relatif à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse.* »

Dans la définition de soin du CNRTL se trouve également celle d'avoir-soin/ prendre soin de quelqu'un. Cette définition dit qu'il s'agit de « *s'occuper de la santé, du bien être moral ou matériel de quelqu'un.* »

La confidentialité des soins serait donc un mélange de s'occuper d'une personne en se souciant de ce qui peut lui arriver ou de ce qui lui est arrivé tout en gardant pour soi ce qui est confié, mais également toutes les données recueillies et notées sur le dossier de soins.

Ces définitions m'ont fait penser à la définition du secret professionnel, c'est pourquoi il m'a semblé intéressant de chercher cette définition.

Selon le Larousse, il s'agit « *d'une obligation imposée aux représentants de certaines professions de ne pas divulguer des informations recueillies dans l'exercice de leur fonction.* »

Selon Platon [1], « *secret et vérité ne font pas bon ménage, car là où le secret existe, la vérité est maintenue volontairement hors de portée de la communauté des hommes... Dans la République, Socrate oppose la Vérité au mensonge, à la dissimulation du « véritable être des choses » et affirme que si la vérité est « comme une drogue », c'est aux « Gardiens », comme ce serait alors aux « médecins » qu'il appartient, seuls, de la divulguer ou pas... »*

Maintenant que la confidentialité des soins est définie il me semble pertinent de regarder au niveau de la législation afin de voir ce que celle-ci dit à propos de ce concept.

2.3.2. Législation

Selon les Règles Professionnelles [3], l'infirmière a des devoirs généraux comme cela est indiqué dans l' :

- Article R.4312-4 : « *le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu ou entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.*
- Article 4.4312-5 : « *l'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.* »

Comme le précise la législation, l'infirmière se doit de conserver pour elle ce que le patient lui confie mais également les soins qu'elle lui prodigue. Dans ma situation, les infirmières ne ferment pas la porte lors des soins, par conséquent, en laissant autrui voir et entendre ce qui se passe dans la chambre peut enfreindre les règles professionnelles.

La législation ne parle pas vraiment de confidentialité des soins mais plus de secret professionnel. C'est pourquoi il me semble intéressant de voir comment d'un concept nous pouvons en arriver à un autre tout en parlant de la même chose.

2.3.3. De la confidentialité des soins au secret professionnel

Mes lectures sur le respect de la confidentialité des soins à l'hôpital m'ont amenée au même résultat. La confidentialité des soins n'apparaît nulle part, cependant il apparaît le terme secret professionnel. Les auteurs parlant de cela expliquent qu'il s'agirait de la même chose puisque l'un rejoint l'autre et vice versa. Les articles lus parlent essentiellement des obligations de l'infirmière durant son exercice. J'ai donc choisi de tout de même sélectionner deux ouvrages représentatifs de la loi en matière de respect du secret professionnel et de la confidentialité des soins par une infirmière. Ces articles : « Confidentialité et secret professionnel en établissement de santé » [8] et « Le secret professionnel » [9], rappellent tous deux les peines encourues lors du non-respect du secret professionnel.

N'ayant pas trouvé suffisamment de réponses correspondant à la question de départ, je dois aller investiguer sur le terrain de sorte de récolter des données pouvant compléter et enrichir les recherches littéraires.

3^{ème} partie : Cadre exploratoire empirique

3.1. Présentation méthodologique

Afin de répondre à la question de départ, j'ai dû investiguer auprès de professionnels de santé. Cette investigation a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs, pour compléter la revue de littérature menée et la comparer avec le terrain et les pratiques utilisées par les infirmières.

En ce qui concerne les entretiens, ils seront menés auprès d'infirmières diplômées d'état, ils seront au nombre de trois. Deux d'entre eux seront réalisés au sein de services actifs d'un hôpital et le dernier dans un EHPAD.

Avant la réalisation, je dois contacter par mail la secrétaire de direction afin d'obtenir l'accord préalable de la Directrice des Soins. A la suite de l'obtention de l'accord, je devrai prendre contact par mail ou par téléphone avec les cadres des services concernés qui me dirigeront vers les

infirmières correspondant au profil établi. Dans le mail envoyé aux cadres de santé je devrai joindre le guide d'entretien et une présentation succincte de mon projet afin que les réponses puissent rester spontanées.

Les entretiens devront durer en moyenne 30 minutes sans les excéder. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de ne rien perdre des propos tenus durant les échanges et les réponses exactes aux questions posées. Le non-verbal et le para-verbal sera noté sur le guide d'entretien correspondant à l'infirmière interviewée.

La population concernée tient compte de ma situation d'étonnement qui s'est déroulée dans un service de médecine. Je choisis donc de m'intéresser aux populations d'un service de court séjour, d'un service de soins de longue durée et d'un EHPAD. Concernant les infirmières interviewées je demande une infirmière d'âge mûr diplômée depuis peu et dans le service depuis peu, une infirmière d'âge mûr avec de l'expérience autant dans la profession que dans le service et enfin une jeune infirmière tant en âge qu'en expérience.

Les lieux d'enquête ont été choisis par moi-même, en accord avec mon directeur de mémoire, avec comme critères principaux : une grande activité de soins, une grande capacité d'accueil et enfin une proximité géographique.

Afin de mener l'analyse, je choisis d'étudier chaque question individuellement et de grouper les réponses données pour une analyse plus complète. Les questions principales sont issues du guide d'entretien et les questions supplémentaires figurent toutes sur les entretiens figurant sur le document joint. Ces questions supplémentaires sont différentes selon les infirmières interrogées et découlent de leurs précédentes réponses.

3.1. Guide d'entretien

1. Il m'est arrivé de voir dans les services que parfois les infirmières réalisent des soins infirmiers la porte ouverte. Que pensez-vous de cette pratique ?

Je pose cette question pour avoir diverses opinions venant d'infirmier(e)s de différents secteurs de soin. Cette question me permettra d'avoir des réponses pouvant affirmer ou infirmer mes hypothèses explicatives.

2. Quelles conséquences cela peut-il avoir sur le patient ?

Attente d'une réponse qui pourrait être en lien avec les concepts d'intimité, de dignité et de confidentialité (ou autre) avant de demander à l'infirmière de les définir plus précisément.

3. Comment définiriez-vous :
 - l'intimité ?

- la dignité ?
- la confidentialité ?

Cette question me permettra de savoir quelles notions de ces concepts ont les infirmières et comment elles peuvent en parler en lien avec leurs pratiques.

4. Pensez-vous que le fait de laisser la porte ouverte lors d'un soin pourrait être la traduction d'une habitude de travail prise avec le temps ? Si non quelle explication donneriez-vous ?

Cette question me permettra peut-être d'affirmer ou d'infirmer une de mes hypothèses.

3.2. Analyse des entretiens exploratoires

En quoi ces entretiens ont-ils été intéressants et ont-ils fait avancer la réflexion ?

Pour ces entretiens j'ai choisi d'interviewer trois infirmières d'âges différents et ayant obtenu leur diplôme sur différentes années afin de comparer les représentations de chacune sur les termes : intimité, dignité et confidentialité des soins.

Les services choisis sont différents aussi, ceci pour pouvoir établir un comparatif selon si c'est un service actif, un lieu de soin de longue durée ou encore un lieu de vie.

Les infirmières ayant accepté de répondre à mes questions sont âgées de 31 ans pour la première, 31 ans pour la deuxième et 25 ans pour la dernière. La première et la deuxième ont un âge et un parcours similaire puisque la première est diplômée depuis 2008 et dans le service depuis 2012, la seconde est diplômée depuis 2007 et est dans le service depuis 2013. La troisième quant à elle est diplômée depuis 2015 et est dans le service depuis la même année.

Toutes trois ont eu des réponses parfois proches mais à d'autres moments assez éloignées selon les questions posées.

Concernant la question sur les actes infirmiers réalisés la porte ouverte elles sont unanimes pour dire que ceci n'est pas une bonne pratique et ce même si la deuxième infirmière interrogée a avoué avoir recours à cette pratique. L'infirmière qui pratique les soins la porte ouverte avoue que cela dépend du service dans lequel elle se trouve, du type de soin et de l'heure à laquelle il doit être réalisé. De plus elle argumente en disant que c'est par facilité et par gain de temps qu'elle laisse la porte ouverte.

L'infirmière jeune diplômée dit s'être questionnée elle aussi pendant ses études sur ce sujet car cela l'avait questionné aussi. Pour elle, faire un soin la porte ouverte est un signe de non-respect de la personne.

L'autre infirmière qui ne le pratique pas se dit même choquée que cela puisse arriver pour des soins où il faut dévêtir la personne.

Enfin toutes trois sont unanimes pour dire que cela est irrespectueux pour la personne, son intimité et sa dignité.

En réponse à la question sur les conséquences que cet acte peut avoir sur le patient elles parlent de gêne du patient, qu'il peut se sentir comme une chose non considérée, qu'il peut être mal à l'aise, non rassuré. Elles avancent également que cela peut entraver la communication et la relation avec le patient.

Lorsque je leur ai demandé de définir l'intimité, la dignité et la confidentialité des soins cela a été très complexe pour elles, sachant que la réponse devait se faire à l'aide de leurs propres mots. Il en est ressorti que l'intimité et la dignité étaient propres à chacun. Cependant, une infirmière a précisé que pour elle l'intimité se rapportait plus aux parties intimes du corps. Elles sont unanimes pour dire que l'intimité doit se respecter. La dignité quant à elle se rapporte à la personne dans son entièreté et appelle le respect également.

Pour ce qui est de la confidentialité des soins elles sont unanimes pour dire que cela se rapproche du secret professionnel. Elles parlent des transmissions dans les dossiers, des informations à ne pas divulguer, de secret partagé entre les professionnels et de discrétion à avoir dans les couloirs.

Quant à la question sur le fait que laisser la porte ouverte lors d'un soin puisse être une habitude, elles répondent toutes les trois que oui. Elles pensent que puisqu'il y a un enchaînement d'actes courts dans la matinée et qu'il est possible d'oublier quelque chose dans le couloir cela devient un réflexe de laisser la porte ouverte voire un oubli. Cependant l'une d'entre elle évoque le fait d'être interpellée par le mot habitude. Pour elle lorsqu'il y a habitude il y a une notion de volonté de laisser la porte ouverte, ceci n'est plus un oubli mais quelque chose de délibéré.

Quelques questions sont venues en plus notamment celle de savoir comment dans leur pratique elles faisaient pour respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité ? Deux d'entre elles m'ont expliqué qu'elles faisaient en sorte de ne rien faire qu'elles ne souhaiteraient pas qu'on leur fasse. De plus, elles m'ont expliqué frapper à la porte, attendre la réponse et bien entendu fermer la porte pour la réalisation d'actes. La troisième m'a expliqué que comme elle ne fermait pas la porte, elle ne respectait évidemment pas ces concepts. Cependant, elle avance qu'elle s'occupe de personnes démentes et dépendantes, que son attitude peut être différente avec des personnes autonomes et indépendantes.

Les soignants sont-ils conscients de l'importance de respecter l'intimité et la dignité du patient mais également la confidentialité des soins ?

L'EHPAD, dans lequel j'ai interrogé l'infirmière, a créé une équipe de travail qui est en train de se concerter afin de mettre en place des actions conduisant au respect de l'intimité de leur résident. Ceci même si des choses sont déjà en place comme : fermer la porte à clé lorsque les résidents sont en hospitalisation, ne pas ouvrir les armoires et les tiroirs sans l'accord ni la présence des

résidents, ne pas imposer les choix de vêtements, ne pas parler d'un résident et de ses soucis de santé à un autre résident...

La cadre de santé de l'Unité de Soins de Longue Durée fait en sorte que toutes les portes soient fermées même si les résidents sont dans leur chambre. Elle veille aussi à ce que les résidents soient habillés et non en chemise ou en pyjama pour ne pas atteindre leur dignité.

Quant à la confidentialité, chaque service fait attention de rester discret et de ne pas divulguer d'informations qu'ils ne sont pas autorisés à révéler. Puisque pour eux la confidentialité se réfère à ce qui est noté, consigné, dit dans le couloir, ils restent persuadés de ne pas enfreindre la confidentialité ? Mais qu'en est-il vraiment de la confidentialité du soin réalisé dans la chambre ? La porte étant ouverte, tout un chacun peut voir quel soin est prodigué et qui est la personne qui reçoit les soins. Le respect de la confidentialité puisqu'il s'agit de garder le secret, n'est pas totalement respecté en gardant la porte ouverte lors d'un soin.

3.3. Confrontation analyse et cadre théorique

Dans mes lectures il est apparu que les soignants et notamment les infirmières pouvaient déshumaniser le patient lorsqu'il était dénudé afin de le considérer plus comme un objet à réparer et ne plus penser au corps qui pouvait être décharné, meurtri....

Mes données empiriques ne révèlent pas ce point de vue. Au contraire chacune des professionnelles interrogées parlent du patient comme un être humain à prendre en soin dans son entièreté. Son corps étant quelque chose à respecter.

Quand mes lectures parlent de la déshumanisation du patient, ce serait en fait pour permettre au soignant de mettre leurs émotions de côté notamment face à un corps exprimant de la souffrance physique après une amputation par exemple, mais encore face à la douleur psychique que peuvent ressentir les patients hospitalisés.

Le personnel infirmier décrit plus une prise en soin globale avec notamment l'envie de respecter les moments d'échanges et de confidences qui peuvent exister entre un soignant et un patient. Elles font justement en sorte de se rappeler que les échanges sont facilités par la porte fermée car les patients comprennent que l'infirmière est disponible à ce moment-là, qu'elle consacre du temps personnalisé au patient, et enfin le patient sait que ce qui est dit dans la chambre ne sera pas entendu par quelqu'un dans le couloir.

Mes lectures parlent aussi d'intrusion dans la vie privée des patients hospitalisés et plus précisément de la façon dont une infirmière entre dans la chambre sans forcément frapper et attendre son accord.

Mes entretiens ont révélé que deux infirmières sur trois frappent à la porte et attendent l'accord du patient avant de rentrer. Le lieu d'hospitalisation, à savoir la chambre, est le domicile du patient le temps de sa présence par conséquent les infirmières déclarent respecter leur intimité en n'ouvrant pas les armoires ni les tiroirs pour chercher des objets sans leur accord.

Concernant le concept de dignité, mes lectures ne parlaient que de la dignité des personnes âgées en établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes. Ces lectures renvoyaient au fait que chaque être humain est digne et que c'est le comportement que peut avoir une personne à son égard qui brise cette dignité. Il y est précisé que la personne se sentirait plus digne lorsque le soignant fait preuve de gentillesse et de bienveillance.

Les professionnelles interrogées ont sensiblement le même point de vue car elle parle de respecter la personne telle qu'elle est et de ne rien faire qui pourrait la mettre mal à l'aise face aux autres. Une des trois rappelle même l'évènement vécu par une patiente dans son service quand cette dernière avait été laissée en pyjama toute la journée. Ceci a eu pour conséquence de dorénavant faire attention à habiller les patients même si ceux-ci ne font plus la différence entre un pyjama et des vêtements de journée.

3.4. Questionnement

Si l'intimité est une priorité dans la formation et la prise en soins des patients, pourquoi toutes les infirmières ne la respectent-elles pas ?

Dans ma phase théorique il apparaît que les infirmières déshumanisent le patient lors des actes nécessitant la nudité des patients, or dans mes entretiens cette notion n'apparaît pas puisqu'elles parlent de prise en soin du patient dans sa globalité. Elles émettent même l'importance de respecter l'intimité pour envisager une relation de confiance. Ceci m'amène à me demander dans quelles mesures la dépersonnalisation du patient conduit-elle à adopter des pratiques soignantes remettant en cause les principes fondateurs de la préservation de l'intimité et la confidentialité des soins ?

Comment la perspective soignante et les représentations à l'égard du patient peuvent-elles influencer l'approche soignante de l'intimité dans les soins ?

Dans quelles perspectives le soignant et ses attitudes ont-ils un rôle de maintien de la dignité du patient ?

L'infirmière du service de soins de longue durée explique que le simple fait de laisser un patient en pyjama la journée entière et le laisser déambuler dans les salons communs peut entraver la dignité de la personne concernée.

De mes entretiens découle aussi le fait que les patients avec la porte ouverte pourraient penser que les infirmières sont pressées, n'ont pas de temps pour eux et du coup n'engageraient pas la conversation aussi facilement que la porte fermée. L'une exprime même le fait de privilégier la fermeture des portes lorsque les patients sont « autonomes et indépendants ». Tout ceci peut être important dans la prise en soin et notamment dans l'entrée en relation. Quelle relation une infirmière laissant la porte ouverte cherche-t-elle à avoir ? Une relation déshumanisée ? Et comment le patient peut-il avoir confiance en une infirmière toujours pressée ?

Cette réflexion me mène à l'élaboration d'une hypothèse de recherche :

3.5. Hypothèses de recherche

L'hypothèse que la porte ouverte n'entraîne pas la confiance est plausible car ce qui ressort des entretiens et qui permet de poser cette question de recherche est le fait que le patient ne se confie pas à l'infirmière lorsque la porte est ouverte. En effet, selon les infirmières interrogées, les patients pourraient penser qu'elles sont pressées ou bien qu'une « oreille indiscreète » pourrait se trouver dans le couloir. Le respect de l'intimité pourrait-il influencer la relation de confiance entre l'infirmière et le patient pour arriver à une bonne prise en soin de sa part et à un bien-être aussi bien physique que psychologique du patient ? Qu'implique donc la relation pour l'infirmière et que signifie la confiance pour le patient ? Cette relation de confiance peut-elle s'établir dans n'importe quelles circonstances ? Ne pouvant pas répondre à ces questions ni à cette hypothèse des recherches complémentaires sont nécessaires afin d'étayer la réponse à la question posée. Tout ceci me mène à la question de recherche suivante :

3.6. Question de recherche

En quoi le respect de l'intimité influence-t-il la relation de confiance entre l'infirmière et le patient ?

4^{ème} partie : Cadre conceptuel

Pour répondre, des recherches autour des concepts présents dans la question sont nécessaires. Dans un premier temps, un rappel de l'intimité est pertinent. Ensuite, je définirai le terme d'interaction qui est indispensable à la relation, je poursuivrai par la définition du concept de relation. Enfin je définirai la confiance.

4.1. Rappel de l'intimité

Pour rappel, l'intimité est ce qui nous appartient, ce que l'on a en nous de plus profond et de plus secret et que l'on ne partage pas avec tout le monde. Les personnes choisies pour partager notre intimité sont sélectionnées selon certains critères et notamment celui de confiance.

Le lien entre l'intimité, la relation et la confiance est infime et non définitif. En effet, si l'intimité n'est pas suffisamment respectée, que la relation n'est pas assez solide, la confiance peut se briser. Phanuel [12], [13], démontre que la confiance suscite la méfiance et qu'une fois que celle-ci est donnée il ne tient qu'à un fil pour qu'elle soit brisée. Le soignant doit alors faire preuve d'honnêteté, de continuité dans les démarches qu'il entreprend mais aussi dans l'intérêt porté pour garder cette confiance. Si la relation se brise elle peut devenir une relation de méfiance et le professionnel aura bien du mal à instaurer une nouvelle relation de confiance avec ce patient, que ce soit le même soignant ou un autre.

De plus il apparaît dans un texte de Psiuk [15] que pour avoir une relation il était nécessaire d'avoir une interaction. C'est pour cela que j'ai choisi de définir ce concept afin de mieux comprendre les liens existant entre interaction et relation.

4.2. Interaction

Selon E. Goffman [1]: « *Par interaction (c'est-à-dire l'interaction en face à face) on entend à peu près l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres : par une interaction, on entend l'ensemble de l'interaction qui se produit en une occasion quelconque quand les membres d'un ensemble donné se trouvent en présence continue les uns des autres ; le terme « rencontre » pouvant aussi convenir.* »

Son attribut : « *L'interaction est un lieu de construction, de maintenance et de modification des relations sociales. Tout au long de leurs échanges, les participants donnent des indices sur la façon dont ils se situent les uns par rapports aux autres.* »

Selon le CNRTL : (psychologie/sociologie) « *Action réciproque qu'exercent entre eux des êtres, des personnes et des groupes.* »

L'attribut du concept montre que lors des soins il y a des choses qui se passent, que le soignant ou le patient parle ou non, l'interaction est présente et une relation se créer.

L'interaction apparaît, dans l'écrit de Psiuk [15], comme nécessaire à la relation. Cette interaction est présente dès qu'il y a un contact physique, visuel, verbal ou non entre le soignant et le patient. A chaque soin et sans forcément s'en rendre compte, le soignant est en communication donc en relation et en interaction avec le patient. Toutes ces interactions, conscientes ou non, volontaires ou non, permettent d'établir un lien entre le patient et l'infirmière. La relation est faite d'une multitude d'interactions qui consolident le lien créé par la répétition de celles-ci. Tout ceci peut

engendrer une confiance mutuelle. Puisque les interactions forment la relation, j'ai essayé de voir de quelle façon elle se définit.

4.3. Relation

Selon le CNRTL : *Rapport, lien qui existe, entre deux personnes, deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes.*

Selon le petit Robert : « *Caractère de deux ou plusieurs objets de pensée en tant qu'ils sont englobés dans un même acte intellectuel. Caractère de deux ou plusieurs choses dont l'existence de l'un entraîne l'existence de l'autre. Lien de dépendance ou d'influence réciproque entre des personnes.* »

Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers il existe plusieurs types de relations. On y retrouve la relation d'aide ou de soutien qui est défini comme suit : « *technique d'entretien utilisant l'empathie, la reformulation, les interventions verbales et non verbales, et visant à aider une personne à exprimer ses problèmes afin de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour améliorer sa situation.* »

Cette relation d'aide, que l'on peut étroitement lier à la relation de confiance fait partie du rôle autonome de l'infirmière décrit dans l'article R 4311-5 alinéa 41 [3] : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivant visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : Aide et soutien psychologique.* »

Le deuxième type de relation pouvant convenir pour cette recherche serait la relation soignant-soigné. Celle-ci est défini dans le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers comme étant :

« *Un lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes :*

- *Un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments ;*
- *Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ;*
- *Un minimum de disponibilité*

La relation soignante n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions. »

Ceci correspond à ce qui est ressorti de mes entretiens et qui me mène à faire cette recherche. Les infirmières interrogées parlent toutes de l'enchaînement de soins qui ne leur laisse pas la disponibilité nécessaire pour entrer en relation avec le patient.

Cependant la relation peut s'établir à n'importe quel moment de la journée, même à une distance éloignée du patient. Ceci m'amène à décrire les distances existantes selon E. T. Hall.

« *D'après lui il existe 4 distances :*

Distance intime, distance réservée au contact intime avec ses amoureux ou ses enfants. Cette distance s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel.

- *Proche* : Corps à corps, acte sexuel, lutte, le contact physique domine la conscience des partenaires. A cette distance, la vision est souvent déformée, on peut percevoir la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration et l'odeur de l'haleine.
- *Lointain* : 15-40cm, correspond à la longueur de l'avant-bras replié, relations familiales (comme entre enfants et parents) et amoureuses. Le chuchotement est utilisé. On peut percevoir aussi la chaleur et l'odeur de l'haleine de l'autre.

Distance personnelle : distance de bulle, créée autour de lui pour s'isoler les autres. Cette distance est utilisée dans les conversations particulières.

- *Proche* : 45-75cm, correspond à la distance d'un bras tendu, Distance qui désigne l'intimité et l'affectivité des personnes en public. Le volume de la face est accentué, le duvet du visage, les cils et les pores sont très visibles.
- *Lointain* : 75-125cm : 2 fois du long de bras tendu, c'est la limite d'emprise physique sur autrui. C'est la distance des discussions personnelles entre amis. A cette distance, on élève un peu la voix, l'odeur de l'haleine peut être parfois perceptible mais la chaleur corporelle n'est plus perceptible.

Distance sociale : utilisée au cours de l'interaction avec des amis et des collègues de travail

- *Proche* : 1,25-2,10m : Distance des négociations interpersonnelles, le mode proche implique plus de participation que le mode lointain. Cette distance est souvent pratiquée par les personnes qui travaillent ensemble. (Réunion informelle, personnes qui travaillent sur un même projet, etc.). A cette distance, le détail de la peau et des cheveux est clairement perçu.
- *Lointain* : 2,10-3,60m : Cette distance porte un caractère plus formel (entretiens...). Dans les bureaux des personnalités importantes, la table de travail et les places de visiteurs sont placées selon le mode lointain de la distance sociale. Vision de tout le corps. L'odeur corporelle n'est plus perceptible. Le contact visuel maintient la performance du contact. Sur le plan proxémique, le mode lointain de la distance sociale peut servir à isoler ou séparer des individus.

Distance publique : utilisée lorsqu'on parle à des groupes. La prise de parole est hiérarchisée. Ex : la scène du théâtre.

- *Proche* : 3,60-7,50m, Le sujet a la possibilité de fuir. Mise en place d'un discours oratoire avec effet de voix et choix syntaxiques. A cette distance, la voix doit commencer à être soutenue. Perte de la précision des contacts visuels. C'est la posture qui commence à mettre en relief.
- *Lointain* : Au-delà de 7,50m, Distance oratoire. Position entre un orateur et un public. Forte implication des prises de parole dans un dispositif fortement hiérarchisé (meeting, distance avec les grandes personnalités). A cette distance, la vision corporelle est fondue dans le décor. Théâtralité des postures et de l'élocution. »»

Une infirmière pendant sa journée utilise plus la distance personnelle proche lors des soins, des pansements, des entretiens d'aides, des discussions avec un patient. Elle utilise la distance personnelle lointaine lorsqu'elle s'adresse à lui depuis pas de la porte pour lui dire bonjour ou lui demander s'il a besoin de quelque chose. Enfin, elle se sert de la distance sociale quand elle s'adresse à un patient depuis le couloir car celui-ci lui dit « bonjour » et qu'elle lui répond ou si elle s'adresse à lui pour lui dire une banalité du style : « vous avez vu il fait beau aujourd'hui ! ». Quoiqu'il en soit toutes les distances qu'elle utilise appellent à l'interaction et donc à la relation.

Une infirmière est toute la journée en relation, que ce soit avec les patients, les familles, les médecins, les collègues infirmières, les aides-soignantes ou les autres professionnels de santé. Cette relation est plus ou moins longue, plus ou moins intimes et inspire plus ou moins confiance. Tout dépend de l'intention que met l'infirmière lorsqu'elle rentre en relation avec une personne.

Comme le dit A. Manoukian [10], « la véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés ». Effectivement, plus l'infirmière personnalise les soins et la façon de communiquer avec le patient plus elle peut susciter la confiance de celui-ci. Rappelons que la relation entre l'infirmière et le patient peut être asymétrique puisque le soignant a le statut de la « personne qui sait » et la personne malade celui de la « personne qui ignore ». Cela est moins

vrai aujourd'hui avec internet, mais il n'en reste pas moins vrai que la relation reste asymétrique de par la position de l'infirmière qui se trouve le plus souvent debout à côté du lit dans lequel est allongé le patient. Si l'infirmière veut un échange personnalisé, elle se doit d'adopter une posture favorisant la relation symétrique en se mettant à la même hauteur du patient lorsqu'elle lui parle, en ne déversant pas son savoir sans écouter le patient expliquer ce qu'il connaît de sa pathologie...

Il est également mis en avant, par Cariclet [11], la nécessité d'une implication du patient dans ses soins. En effet, si le patient est mis au cœur du soin, si toutes les explications nécessaires à la compréhension lui sont données la relation soignant-soigné sera possiblement une relation de confiance. Cependant, si les soins et les explications sont réalisés sans écoute ni empathie, au mieux le patient ne fera pas confiance au soignant et se tournera aisément vers un soignant possédant les qualités recherchées, au pire la compliance sera sévèrement émoussée et cela peut avoir des conséquences dommageables à la réussite des soins mis en œuvre.

4.4. Attitude

Ce concept apparaît intéressant à définir car dans les recherches concernant la relation il est apparu que les attitudes pouvaient l'impacter.

Selon Mandras [1], l'attitude est : « *une disposition plus ou moins permanente qui est à la source d'un grand nombre de comportements et d'opinions sur un sujet.* »

Pour entrer en relation, il faut donc que l'infirmière soit disposée à le faire. Son attitude peut influencer le rapport qu'elle va avoir avec le patient. Cette attitude est aussi en lien avec les émotions qu'elle peut ressentir à ce moment précis. En effet, si sa nuit a été mauvaise, si elle est entrée en conflit avec une collègue, si un patient qu'elle prenait en soin vient d'apprendre une mauvaise nouvelle et qu'elle vient de passer du temps pour lui expliquer ce qui allait se passer ensuite, il est possible qu'elle ait une attitude inadéquate à l'égard du patient qu'elle vient voir.

Les émotions sont définies par le CNRTL comme étant des « *réactions affectives brusques et momentanées, agréables ou pénibles, souvent accompagnées de manifestations physiques.* » Elles régissent notre journée et surviennent à des moments inattendus. L'infirmière sous l'influence de ses émotions du moment peut alors avoir une attitude complètement différente comparée à un moment où ses émotions seraient neutres. C'est par ses émotions qu'une infirmière peut être authentique ou non. L'authenticité d'une personne permet de percevoir la sincérité ou non, ceci est important dans une relation car la personne soignée ne s'adressera pas aisément à une infirmière qui ne fait pas preuve d'authenticité, c'est-à-dire qui cache ses émotions, qui ne dit pas la vérité et qui a une attitude déplacée lors d'une visite à un patient.

L'authenticité, le temps passé, l'intérêt porté, l'écoute accordée et le savoir-faire professionnel contribuent à l'instauration de la relation de confiance. De plus, si le patient se sent impliqué dans les soins et en sécurité lors des soins, il sera plus à-même de donner sa confiance.

4.5. Confiance

Selon le livre des concepts en sciences infirmières [1] : « *La confiance relationnelle, qui se définit comme une croyance particulière dans les actions ou le résultat des actions entreprises par autrui. Elle est principalement interpersonnelle, et peut-être étendue à un groupe. Les sources de la confiance sont les échanges passés et les mécanismes de don/contre don.* »

Il existe plusieurs confiances :

- La confiance en soi définit par le CNRTL comme étant : *[En parlant d'une relation de soi à soi reposant sur une certaine connaissance de soi] Belle assurance que l'on peut avoir en ses ressources propres ou en sa destinée. Avoir confiance en soi, en ses forces, en son jugement; avoir confiance dans sa destinée, en (dans) son étoile.*

Ceci est utile pour faire face aux difficultés de la vie, elle s'acquiert par l'éducation parentale, les enseignements scolaires, les renforcements positifs ainsi que les feed-back positifs. Si cette confiance en soi n'est pas acquise après l'enfance elle sera d'autant plus difficile à acquérir. Cependant cela reste possible et permet une meilleure connaissance de ses compétences et de ses capacités.

- La confiance aux autres qui selon le CNRTL est une : « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part : tromperie, trahison ou incompétence.* »

La confiance serait alors quelque chose qui ne s'acquiert qu'au bout d'un certain temps. Que la relation nécessaire pour établir ce climat de confiance doit être suffisamment longue et s'instaure dans des échanges répétés. De plus les propos tenus, devant une personne en qui nous avons confiance, se font dans des lieux privés, fermés, dans un contexte d'intimité pour la personne qui se confie.

Phanuel [12], [13], explique dans sa recherche que la confiance serait la résultante de l'incertitude des connaissances que peut avoir le patient sur sa pathologie. En effet, à l'heure où tout se trouve sur internet, les patients arrivent dans les services avec certaines connaissances à propos de leur pathologie, des traitements associés, voire de l'issue finale de leur maladie si celle-ci est chronique ou fulgurante. Par cela, le soignant doit prouver qu'il sait ce qu'il fait lorsqu'il réalise un soin, sans pour autant rejeter les connaissances du patient car aujourd'hui le soignant n'est plus considéré comme le seul à détenir la connaissance. Cette incertitude amène le patient à

questionner l'infirmière sur les données trouvées sur internet. Cette dernière, par les compétences en sciences humaines, qu'elle a développée durant sa formation et perfectionnées durant son activité, peut avec facilité entrer en relation et expliquer clairement au patient si les données trouvées sont probantes ou non. Le cas échéant, elle sera à-même de lui donner les réelles informations concernant sa pathologie, ceci par ses connaissances théoriques. Il apparaît donc que de l'incertitude peut naître la confiance.

Florence Michon [14] relate que la confiance suscite la méfiance et qu'une fois que celle-ci est donnée il ne tient qu'à un fil pour qu'elle soit brisée. Le soignant doit alors faire preuve d'honnêteté et de continuité dans l'intérêt porté pour garder cette confiance. Si la relation se brise elle devient une relation de méfiance. Le professionnel aura, dès lors, bien du mal à instaurer une nouvelle relation de confiance avec ce patient et il en sera probablement de même pour les autres soignants.

Cette confiance est due, se gagne et dépend de l'attitude des soignants envers les patients mais également de la fiabilité des informations données et des soins réalisés. De plus, si un soignant croit en ce qu'il dit et fait, la confiance du patient sera plus facile à obtenir. Cette confiance sera rationnelle. Pour obtenir la confiance relationnelle, le soignant devra se montrer empathique et authentique avec le patient. Si en plus le soignant participe à lui faire oublier une mauvaise expérience vécue lors d'une précédente hospitalisation cela n'en sera que bénéfique pour l'obtention de la confiance du patient.

Par conséquent, pour avoir confiance il faut être en relation depuis longtemps, ce qui est possible lors d'une hospitalisation. Mais cette relation doit être privilégiée puisque confiance vient du latin *confidencia* dérivé de *confidere* qui signifie confier. Le CNRTL définit ce verbe comme : « *Faire part à quelqu'un de sentiments intimes ou d'informations confidentielles* ».

Cette confiance ne peut donc se faire que dans un lieu propice, l'hôpital est un lieu qui peut être angoissant car bien souvent connoté négativement : synonyme de maladie, d'opération, de fin de vie, de mauvaises nouvelles etc. Si l'infirmière veut avoir une relation de confiance avec le patient, il est préférable de privilégier un contexte (lieux, moments...) propice à la confiance. Lors des entretiens exploratoires les infirmières ont fait état de l'impossibilité pour le patient de se confier lorsque celle-ci laisse la porte ouverte. En effet, elles ont repéré que si elles laissent la porte ouverte, les patients en déduisent probablement qu'elles sont pressées voire peu enclins à l'échange avec le patient. Elles rajoutent qu'en effet, laisser la porte ouverte ne respecte pas l'intimité de la personne. Or, les définitions montrent bien que la confiance implique de l'intimité puisque le patient livre au soignant une part de sa vie et de ses ressentis qu'il ne livrerait peut-être à personne d'autre. Cette relation de confiance partirait donc du respect de l'intimité, la fermeture de la porte lors des soins étant une composante essentielle de ce concept en pratique.

La relation et la confiance sont définies séparément car il n'apparaît aucune définition exacte de la relation de confiance. Cependant, l'étude des deux concepts séparés démontrent que la confiance ne s'établit que par la relation et que la relation prolongée et authentique induit la confiance.

4.6. Protocole de recherche

Afin d'apporter de nouveaux éléments de réponse à la question de recherche, il serait intéressant de réaliser une enquête complémentaire auprès de professionnels de santé.

Objectifs de cette enquête : Celle-ci nous permettrait de connaître et d'établir le lien entre intimité et relation de confiance. En effet, est-ce par peur de rentrer en relation qu'elles ne ferment pas la porte ? Ou existe-t-il d'autres raisons ?

Méthode et outils : Pour cette enquête, après avoir approfondi mes recherches sur les mots clés précédemment cités, je choisirai de réaliser de nouveau des entretiens semi-directifs menés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi (cf. guide d'entretien en annexe 2).

Une enquête qualitative, afin d'obtenir des données précises, serait intéressante à mettre en place. Elle servirait également à élargir les questions insuffisamment précises ou les réponses restées trop vagues sur le sujet concernant mon enquête. L'un des intérêts prépondérants dans le choix d'une enquête qualitative est de pouvoir recueillir l'aspect non-verbal. Ce dernier pouvant se révéler être une donnée essentielle et significative lors de l'entretien qui plus est sur un tel sujet. Une amélioration du questionnement, comme suggéré auparavant, serait judicieuse afin de recueillir des données plus pertinentes. Des questions assez larges pouvant permettre une réponse attendue concernant le sujet mais pouvant également ouvrir à des réponses menant à des sujets non traités ici et pouvant être intéressants pour la compréhension de la situation.

Pour réaliser ces entretiens je demanderai au préalable l'accord de la Direction des soins des hôpitaux concernés. J'enverrai un mail explicatif de ma recherche avec en copie le guide d'entretien, la population choisie et l'intérêt de cette enquête. Après accord, je contacterai les cadres de santé des services concernés par les entretiens et je leur demanderai la possibilité de réaliser ces entretiens au sein même de leur service. Je m'assurerai que la pièce mise à ma disposition soit un endroit calme dans lequel nous ne serions pas dérangés. Je demanderai par ailleurs que la personne interviewée ne soit pas en activité ce jour-là ou qu'elle ait fini son service.

Enfin, l'entretien serait de nouveau enregistré avec l'accord de la personne interrogée afin de faciliter l'échange et la retranscription. Cet enregistrement serait bien entendu détruit après la retranscription, n'étant utile que pour aider à la retranscription. De plus les entretiens seront rendus anonymes (nom de l'infirmière et du lieu d'activité) lors de la retranscription afin de ne porter aucun préjudice aux professionnels interrogés.

Définition de la population : Les infirmières sélectionnées seraient d'âge différent avec des personnes de moins de 25 ans et de plus de 45 ans. Leur année d'obtention du diplôme serait intéressante également afin de se rendre compte de l'impact de l'expérience, des évolutions de la formation, des avancées et des découvertes abouties en sciences infirmières, en sciences humaines, etc. Le temps passé dans le service sera un des facteurs également retenu afin d'observer les différentes pratiques. Cependant je ne choisirai pas que des infirmières étant depuis longtemps dans le même service afin de ne pas opérer de biais méthodologiques dans l'enquête. Le lieu d'enquête pourrait être dans des services de court séjour mais également de très court séjour voire un service d'hôpital de jour. Ceci afin d'établir un comparatif mieux étayé des influences environnementales sur la relation de confiance dans les soins infirmiers.

Echantillon : Un échantillon de 6 à 8 infirmières serait intéressant car l'enquête menée précédemment auprès de 3 infirmières était trop restreinte pour obtenir une analyse efficiente mais surtout valide et transposable à l'échelle collective. Le fait de choisir un échantillon plus large permettra une analyse plus approfondie, une comparaison avec les apports théoriques plus pertinente, ainsi qu'un recroisement des données significatives et probantes illustrant au mieux les concepts et pratiques autour de la relation de confiance.

Temps : Les entretiens seraient effectués sur une durée maximum de 30 minutes chacun. Les rendez-vous seraient pris selon les disponibilités de chacun des participants et des dispositions du service.

Conclusion :

Ce travail de fin d'étude m'aura permis de comprendre pourquoi certains patients s'ouvrent à toutes les infirmières et d'autres restent réservés et ne se confient qu'à une seule d'entre elles. En effet, par leurs attitudes et postures des soignants impliquent ou non la compliance du soigné à suivre les soins et prendre son traitement. La relation instaurée par le soignant est déterminante de la compliance et de la confiance du patient dans les soins prodigués. Le fait que le patient se sente en confiance aux côtés d'une infirmière douce, aimable, prenant du temps pour répondre aux questions posées, est utile pour le bien-être de celui-ci tout au long de son séjour.

Cette recherche m'a également permis de m'ouvrir aux différentes pratiques et de pouvoir les comprendre de manière objective et dénuée de tout jugement. Ce travail m'aura ensuite permis pour mon positionnement en tant que future professionnelle, d'essayer de faire respecter l'intimité en fermant les portes lors d'un soin même si cela peut arriver parfois d'oublier.

Concernant le sujet traité il correspond à mes valeurs personnelles et professionnelles tout en acceptant d'opposer différentes pratiques. Ceci m'a permis de constater que l'intimité pour certain se concentrait surtout sur les parties intimes du corps ou sur la vie intime de la personne. Elargir

le concept d'intimité hors des limites du domicile ou du moins à une intrication du domicile à l'hôpital permet de concevoir l'intimité sous un nouvel angle, différent des lieux communs qu'il sous-tend. La chambre du patient n'est autre que l'intrication de la sphère privée dans celle plus publique, plus globale qu'est l'hôpital. C'est ceci que chaque soignant doit garder à l'esprit aussi loin que l'emmène sa pratique. L'intimité n'est pas tant une affaire de contexte ou de lieu mais plus justement les conceptions et leur mise en pratique par le soignant dans la perspective d'optimiser sa relation au patient.

Bibliographie et sitographie

[11] Cariclet, N. (2007). Construire une relation de confiance durable avec les patients. *Soins cadres de santé, vol 16, Sup-63, 17-18*

[2] Delomel, M.A. (2014). La toilette dévoilée (7^{ème} tirage) Paris : Seli Arslan.

[1] Formarier, M., Jovic, L. (s.d.). Les Concepts en Sciences Infirmières (2^{ème} édition). ARSI. Lyon : Mallet Conseil

[10] Manoukian, A. (2012). Les soignants et les personnes âgées : une approche psychosociale (5^e édition). Initiatives Santé. Rueil Malmaison : Edition Lamarre

[14] Michon, F. (2013). La confiance, un levier de la qualité des soins. *Soins, 779, 36-38*

[5] Parneix, M.C. (s.d.). L'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé. En ligne <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/9/21.pdf> consulté le 5/01/2018

[12] Phanuel, D. (2002). Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. *Politique et management public, 20, 115-132*

[13] Phanuel, D. (2013). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *Soins, 779, 30-31*

[8] Ponte, C. (2006). Confidentialité et secret professionnel en établissement de santé. *Soins, 710, 22-23*

[15] Psuik, T. (2008). L'espace intime du soin. *Recherche en soins infirmiers, 93, 14-16*

[7] Quentin, B. (2012). Dignité et personne âgée : l'âge ne fait rien à l'affaire. *Revue de l'infirmière, 184, 33-35*

[3] Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession, (142), Réf. 650505 Uzès : SEDI

[6] Rullière, N. (2014). L'intimité et la dignité en Ehpad. *Revue de l'infirmière, 200, 37-38*

[9] Venchiarutti, L., Chevillotte, J. (2008). Le secret professionnel. *Revue de l'infirmière, 139, 31-33*

[4] Vonarx, N. (2016). Le corps au sein de la discipline infirmière : un incontournable pour lier les quatre concepts du méta-paradigme actuel. *Recherche en Soins Infirmiers, 127, 8-15.*

En ligne : <https://arlap.hypotheses.org/6711> consulté le 6/05/2018 (distance de E. T. Hall)

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/authenticit%C3%A9> consulté le 8/04/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/confidentialit%C3%A9> consulté le 7/01/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/confidentiel> consulté le 03/04/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/soin> consulté le 7/01/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/relation> consulté le 7/04/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9motions> consulté le 7/04/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/confiance> consulté le 7/04/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/confier> consulté le 7/04/2018

En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/interaction> consulté le 7/04/2018

En ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/secret/71748/locution?q=sans-coeur>
consulté le 7/04/2018

En ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confidentialit%c3%a9/18086?q=confidentialit%c3%a9#17975> consulté le 7/04/2018

Annexes

Annexe I

Entretien N°1

Retranscription de l'entretien exploratoire du 2 Mars 2018 effectué auprès d'une infirmière d'un service de chirurgie viscérale.

Dans le respect de l'anonymat je l'appellerai A dans nos échanges.

Au début de l'entretien elle a été informée de l'enregistrement de celui-ci et a donné son accord.

Elle m'a également demandé d'utiliser le tutoiement car nous étions bientôt collègue.

A a 31 ans, elle est diplômée depuis 2008 et est dans ce service depuis 2012.

Avant de commencer l'enregistrement, je me suis présentée et j'ai évoqué dans les grandes lignes ma situation d'étonnement. Je n'ai commencé l'enregistrement que lorsque je pose la première question de mon guide d'entretien. J'ai arrêté l'enregistrement à la fin de la dernière réponse donnée. Bien entendu j'ai remercié l'infirmière d'avoir pris du temps pour répondre aux questions.

Moi : Donc dans les services dans lesquels j'ai effectué des stages, il m'est arrivé de voir que les infirmières réalisaient certains soins, notamment les soins d'actes courts la porte ouverte. (A ponctue ma phrase d'un oui à chaque nouvelle donnée). Donc que penses-tu de cette pratique ?

A : Alors euh...alors si c'est vraiment des soins courts par exemples : prise de tension, prise de glycémie, le fait de donner des comprimés des choses comme ça ?

Moi : Non c'est euh c'est aussi euh remplacement de perfusion, reperfusion, injection d'HBPM... (A : Ah oui d'accord) Voilà c'est des actes comme ça.

A : D'accord

Moi : Quelque fois prise de sang

A : Oui

Moi : Voilà

A : Alors euh ce qui me choque pas c'est les actes courts où on ne dévêtit par la personne, ça ça me choque pas (je ponctue d'un oui), juste poser une perfusion ou faire une glycémie capillaire euh après ce qui me choque c'est quand on est obligé de dévêtir la le patient même juste montrer un petit bout de cuisse ou un petit bout de ventre (je ponctue d'un hum, hum), là ça m'embête et du coup ce qui m'embête aussi c'est que du coup on peut pas rentrer dans le dialogue avec le patient, ce qui m'embête c'est par exemple le temps qu'on reperfuse on a un petit temps de dialogue qui est possible et du coup ben euh ça peut gêner le patient, il peut ne pas s'exprimer

correctement et pour la confidentialité c'est vrai que c'est pas génial. Après si vraiment on a un petit acte à faire, on sait qu'on va pas rentrer trop dans les détails ça me gêne pas trop (accentue un peu sur le pas comme si elle réfléchissait au mot suivant)

Moi : Genre la distribution des médicaments comme tu as dit tout à l'heure ?

A : Oui voilà, on a déjà vu le patient avant on sait qu'on le reverra après, on lui a déjà posé plein de questions (je ponctue d'un hum, hum). Mais si par contre on veut lui poser, enfin savoir un petit peu comment il va, comment il se sent tout ça, là le fait de laisser la porte ouverte ça risque de compromettre un peu la communication avec le patient.

Moi : Hum, hum

Moi : Tout à fait ben justement t'en a répondu un petit peu euh pour toi quelles conséquences cela peut-il avoir pour le patient ou sur le patient ?

A : Oui

A : Alors ben déjà le fait ben de pas se sentir très à l'aise, euh de pas pouvoir s'exprimer comme il veut parce que il sait pas trop si y'a pas une oreille qui est à côté et qui enfin c'est assez proche nous nos chambres en plus elles sont minuscules alors du coup on entend tout.

Moi : Vous avez des chambres doubles là ?

A : Encore on a encore des chambres doubles euh en fait le fait de laisser la porte ça veut dire qu'on est un petit peu pressé (rire gêné) donc qu'on a d'autres choses à faire donc oui ça ça interfère dans la relation euh soignant soigné (je ponctue d'un hum, hum) et oui ça donne pas une forcément enfin on a l'impression qu'on a pas beaucoup de temps à lui accorder quoi je pense (elle chuchote pour finir sa phrase .)

Moi : Euh justement comme là vous avez des chambres doubles, (A : oui) Comment vous faites pour préserver euh...

A : L'intimité de la personne ?

Moi : Ouais !

A : Ben alors tout ce qui est soin euh où on ne devêtit pas le patient euh on laisse comme c'est

Moi : Ouais

A : Sinon on met des paravents.

Moi : Vous avez des paravents, d'accord !

A : Comme il faut dépiler les patients il peut y avoir des gestes un peu invasif ouais euh

Moi : Parce qu'en plus de voir la porte ouverte dans le service où ça m'est arrivé, il y avait des chambres doubles et il n'y avait pas de paravent. (A : ponctuée de plusieurs oui et dit le mot paravent en même temps que moi.) Non

A : Alors ce qui est contraignant c'est que les paravents sont à l'autre bout du service donc faut aller les chercher

Moi : Donc faut ouais ! Mais vous les mettez quand même

A : Oui y'a moyen de palier à ça

Moi : Je me racle la gorge

Moi : Donc j'ai une autre question qui va être en plusieurs temps, en 3 temps

A : Hum

Moi : Donc j'aurais besoin que tu euh avec tes mots tu me définisses l'intimité

A : Alors euh l'intimité de la personne beh c'est ce qui euh comment dire euh je réfléchis un petit peu

Moi : Vas-y, vas-y !

A : Euh (elle se frotte les sourcils et a la tête baissée dans ses mains)

Il y a un moment de silence de 5 secondes

A : Comment dire l'intimité de la personne c'est ce qui est au plus euh profond de la personne c'est ce qui caractérise une personne à part entière (Elle le dit de façon hésitante)

Moi : Hum c'est avec tes mots

A : Petit rire et petit silence

Moi : Je me racle de nouveau la gorge

Moi : Toujours avec tes mots comment tu définirais la dignité ?

A : Alors la dignité de la personne c'est euh le fait de euh (silence) de respecter la personne de la respecter en tant que tel euh (silence) ouais de faire attention à elle ouais c'est le fait de respecter la personne.

Moi : Ouais d'accord

Moi : Et pareil toujours avec tes mots comment définirais tu la confidentialité des soins ?

A : Alors la confidentialité des soins euh

Moi : Ou la confidentialité

Moi : Déjà la confidentialité et après la confidentialité des soins

A : ...alors la confidentialité j'dirais euh (se gratte le front) euh c'est le respect des informations qui concernent une personne et qui ne doivent pas être divulguées ou alors des informations qui peuvent être partagées dans un cadre bien précis par exemple dans le cadre professionnel mais ça ne doit pas du tout sortir de ce cadre-là ça ne peut pas être partagé. (Moi : d'accord) à l'extérieur.

Moi : Donc ça c'est la confidentialité

A : Oui

Moi : Et la confidentialité des soins pour toi c'est quoi ?

A : La confidentialité des soins ben je pense que ça rejoint euh la confidentialité tout court...

Moi : D'accord

A : ...c'est tout ce qui euh c'est tous les soins euh qui sont fait ici pour telle ou telle personne ça peut être partagé avec l'équipe et le médecin mais ça peut pas ressortir euh ça peut pas être forcément partagé avec la famille ou avec les proche et encore moins à l'extérieur de l'hôpital

Moi : Donc moi avec les mots que j'entends euh

A : Oui

Moi : Ça me fait penser au secret professionnel

A : Oui c'est ça

Moi : Est-ce que ça...

A : Oui c'est vrai, ça rejoint le secret professionnel

Moi : D'accord.

Moi : Enfin la dernière question et je pense que c'est là où tu vas le plus répondre

A : rire Oui

Moi : Euh penses-tu que le fait de laisser la porte ouverte lors d'un soin peut –être la traduction d'une habitude de travail prise avec le temps ?

Silence

A : Alors euh ce qui m'interpelle c'est habitude alors du coup en fait ça serait une volonté euh

Moi : Est-ce que ça peut être ben parce qu'on enchaîne des actes (A : oui) on prend l'habitude d'ouvrir la porte et de plus la refermer est-ce que ça peut être ça ?

A : Alors ben déjà je pense que ça dépend euh ça dépend les actes en fait j'pense c'est toujours ça le problème. Si c'est des petits actes ça ne me gêne pas que ça devienne une habitude ...

Moi : Hum hum

A : ... tant qu'on respecte la personne ça ne me dérange pas, par contre si c'est un pansement et qu'on a le patient qui est à moitié nu dans le lit là c'est un petit peu plus problématique pour euh pour le patient déjà parce qu'on le respecte pas du tout et sa dignité là pour le coup est pas respectée et je pense que ça doit faire interpellé le soignant et c'est encore plus embêtant si ça devient une habitude parce qu'il y a une volonté derrière et alors là par contre c'est c'est très problématique du coup pour le coup...

Moi : Je me racle la gorge

A : ...et oui d'autant plus normal euh enfin normalement enfin en ayant plus d'expérience on doit être vigilant à ce genre de chose quoi je pense

Moi : Toi qui es diplômée depuis 2008 et dans le service depuis 2012 euh comment tu fais dans ta pratique pour préserver justement pour respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité ?

A : Alors je sais pas si je fais parfaitement (petit rire) mais j'essaie toujours d'être vigilante à ça. Moi pour sûr je suis assez pudique donc j'essaie de ne pas faire ce que j'aimerais pas qu'on me fasse alors laisser la porte ouverte pour une prise de tension ça me gêne pas trop si je vois que le patient a envie de parler je pousse vite la porte et euh....

Moi : Hum hum

A : ...et comme ça au moins on peut avoir un moment particulier euh j'essaie de toujours me rappeler ça et d'être assez vigilante et j'essaie au maximum de fermer les portes quand c'est des soins un petit peu plus intimes ou oui voilà, enfin j'essaie après y'a des contraintes qui font que des fois on peut passer à côté, il suffit qu'on ait un appel en même temps que quelqu'un vienne nous déranger on ré ouvre la porte et on ferme pas derrière nous enfin voilà ça je pense que ça peut se voir ouais

Moi : D'accord. Mais euh toi dans

A : Mes habitudes de service ?

Moi : Non toi dans euh, depuis que tu travailles est-ce que c'est quelque chose que tu rencontres souvent ? Ou tu es vigilante et que tu le fais remarquer à tes collègues ?

A : Euh je pense qu'en majeur en majorité du temps on le rencontre pas trop dans le service après au niveau médical (sourire) ils sont enfin voilà ils laissent facilement les portes ouvertes même pour faire...

Moi : En fait moi, c'est surtout au niveau infirmier

A : Au niveau infirmier, aide-soignant, ash, elles sont euh, on est assez vigilant je pense par rapport à ça et justement on est assez choquée lorsqu'un médecin refait un pansement la porte ouverte

Moi : D'accord

A : Mais on est assez vigilant

Moi : Est-ce que tu penses que dans ce service là c'est le respect de cette intimité, dignité et confidentialité est favorisé par le type de pansement et le type de soins que vous avez à faire ?

A : ben déjà oui je pense que c'est des patients qui ont des pathologies assez lourdes assez graves, qui sont pas forcément en très bon état de santé enfin pas tous mais c'est vrai qu'on a des patients âgés et un peu moins âgés malheureusement et qui ont des diagnostics assez graves beaucoup de matériels et je pense que oui du coup euh on fait peut être plus attention à euh à ne pas les exposer à la vue de tout le monde dans le couloir ouais

Moi : Est-ce que c'est par ce que ça se situe surtout dans le niveau de l'abdomen ?

A : Digestif ou gynéco c'est vrai qu'on, qu'à chaque tour pratiquement on regarde les ventres donc bon faut que la porte soit fermée ça c'est sur peut y avoir des sondes plein de chose c'est sûr que ça peut, p'têtre qu'en ORL déjà ça serait différent parce que la partie est déjà décachée mais oui je pense que ça peut favoriser oui.

Annexe II

Entretien N°2

Re transcription de l'entretien exploratoire du 2 Mars 2018 effectué auprès d'une infirmière de l'Unité de Soins de Longue Durée.

Dans le respect de l'anonymat je l'appellerai B dans nos échanges.

Au début de l'entretien elle a été informée de l'enregistrement de celui-ci et a donné son accord.

Elle m'a également demandé d'utiliser le tutoiement car cela serait plus facile.

B a 33 ans, elle est diplômée depuis 2007 et est dans ce service depuis 2013.

Avant de commencer l'enregistrement, je me suis présentée et j'ai évoqué dans les grandes lignes ma situation d'étonnement. Je n'ai commencé l'enregistrement que lorsque je pose la première question de mon guide d'entretien. J'ai arrêté l'enregistrement à la fin de la dernière réponse donnée. Bien entendu j'ai remercié l'infirmière d'avoir pris du temps pour répondre aux questions.

Moi : Donc pendant mes stages, il m'est arrivé de voir que dans certains services que parfois les infirmières faisaient des actes et notamment les actes courts la porte ouverte. Que penses-tu de cette pratique ?

B : Soupire

B : Je la pratique aussi.

Moi : Pour quelles raisons alors si tu la pratiques ?

A : Pour quelles raisons je la pratique ?

Moi : Dis-moi ce que tu en penses et après tu me diras pourquoi tu la pratiques ?

B : Alors après ça va dépendre du lieu, du service on va dire. Entre nous ici le long séjour et l'heure à laquelle l'acte est fait.

Moi : Hum hum

B : Je vais parler pour moi ici ! On est d'accord hein ?

Moi : Oui oui parle pour toi

B : Donc ici on va dire que je vais le pratiquer euh (assez long) par euh pour que ce soit plus facile et plus rapide, éviter si j'ai besoin de ressortir le matin les prises de sang euh parce que je sais que ici il n'y a pas de déambulants, y'a pas de visite le matin ou le soir on va dire. Euh et que voilà pour ressortir ça m'évite de (silence) re ouvrir la porte ou de de euh pour un côté plus

facile on va dire. Je mets mon chariot devant la porte, et je la ferme pas forcément pour voilà avoir accès à mon chariot. Après si c'est des heures là où y'a des visites, non je vais pas faire d'actes la porte ouverte

Moi : D'accord

Moi : Donc si là à cette heure –ci (il est 15h30) tu as une injection d'HBPM à faire...

B : Oui

Moi : Tu vas fermer la porte ?

B : En principe oui.

Moi : Je reprends le « en principe oui » en riant

B : Après euh suffit que je ne sais pour quelle raison je ne vais pas la fermer parce qu'il va y avoir l'aide-soignante dans le couloir, parce que la chambre va être en fond du couloir...

Moi : Hum hum

B : Ca ça peut être un critère pour laquelle je la ferme pas. Euh (assez long) voilà, et puis euh l'oubli aussi surement.

Moi : Euh donc toi tu pratiques ça,

B : Oui

Moi : Mais tu en penses quoi ?

B : Inspire

B : Que c'est pas une euh une bonne pratique. Pour le respect de la personne, pour l'intimité de la personne surtout qu'ici on est dans un lieu de vie, donc notre chef de euh pôle tient à ce que toutes les portes soient fermées même quand les résidents sont seuls dans leur chambre, puisqu'on part du principe qu'ils sont dans leur chambre, dans leur maison, (j'entrecoupe d'un hum hum), dans leur lieu de vie, donc ça c'est sûr que ça fait pas parti des bonnes pratiques que l'on a.

Silence

Moi : J'inspire

Moi : Pour toi quelles conséquences cela peut-il avoir sur le résident de laisser la porte ouverte ?

B : Inspire

B : Euh, quelles conséquences ?

Moi : Hum

B : Inspire

B : Que lui se sente pas rassuré du fait de le dé... si y'a besoin de le dévêtir, d'avoir la porte ouverte après c'est vrai qu'ici c'est une population quand même euh très particulière (le ton de sa voix a diminué pour dire cela)

Moi : Hum hum

B : Donc on a peu de gens euh autonomes qui est-ce qui vont vraiment se rendre compte euh y'a ça aussi qui joue j'pense. C'est vrai que ça je te l'ai pas dit, (Aspire sa salive) de euh comment est la personne. Si c'est une personne qui est auto (mime des guillemets) autonome qui a toute sa tête avec qui je vais pouvoir échanger et tout c'est vrai que je vais avoir tendance à plus fermer la porte pour vraiment être dans le euh en relation avec elle pendant l'acte. C'est vrai que sur des personnes qui sont complètement dépendantes, grabataires, avec qui j'ai aucun dialogue, même si il peut y en avoir avec les yeux ou des choses comme ça. C'est vrai que je vais avoir moins tendance euh. Mais (en augmentant le ton de sa voix) il faudrait le faire oui à chaque fois.

Moi : J'inspire

Moi : Donc avec tes mots à toi comment pourrais-tu me définir l'intimité ?

Silence

B : Le respect de l'intimité ou l'intimité ?

Moi : L'intimité et après si tu veux me définir le respect de l'intimité tu fais si tu veux mais ...

B : Mais l'intimité après ça va être propre à chacun parce que y'a des personnes qui vont euh, leur intimité va être touchée on va dire, du moins elles ont besoin d'être couverte de la tête aux pieds et voilà et d'autres personnes qui peuvent se déshabiller la porte grande ouverte donc ça va être propre à chacun...

Moi : Et pour toi ?

B : Pour moi l'intimité euh...

Moi : Oui, pour toi l'intimité qu'est-ce que c'est ?

B : On va dire euh que au moins la personne de resp... (Se tait)

Moi : Non toi, comment toi tu vois l'intimité pas forcément pour les autres mais pour toi ? Pour toi qu'est-ce que c'est vraiment l'intimité ?

Silence

B : Beh non je saurais pas te dire avec mes mots c'est trop euh non

Moi : Non t'y arrives pas ? Ok bon ben c'est pas grave

B : Non là c'est propre à chacun ce qui est intime oui pour moi oui je sais que j'aimerais pas oui ça c'est sûr être euh avoir un soin euh du moins entre un soin et une prise de sang ça me gênerai pas ça touchera pas à mon intimité quand on va faire un change puisque nous on est surtout euh on va dire euh un change la porte ouverte ça peut arriver ça s'est sûr (aspire sa salive) là par contre ça touche l'intimité oui dès qu'on touche euh aux parties on va dire euh intimes ou des choses comme ça là on va plus toucher à l'intimité (chuchote à la fin de sa phrase)

Moi : D'accord et toujours avec tes mots comment définirais-tu la dignité ?

Se croise les mains et se crispe

Silence

B : Rit nerveusement

Moi : Non c'est pas des questions piège hein ?

B : Ah non non c'est pas des questions pièges mais c'est des questions compliquées. Euh la dignité euh ben atteinte à la dignité ça va au respect de la personne dans toute euh on va dire pas que dans l'intimité...

Moi : Hum hum

B : Dans plus dans le respect plus général on va dire euh par exemple une euh patiente qui ça nous arrive de laisser les gens en chemise alors que comme ils sont chez eux on doit les habiller, euh on l'avait laissée en chemise et elle est venue ici qui et c'est un endroit où...

Moi : Le lieu commun

B : Ouais voilà, un petit salon on appelle ça. Euh et ben ça a porté atteinte à sa dignité parce que euh elle était en chemise

Moi : Hum hum

B : Et par rapport aux autres si tu veux, elle ça l'a touchée alors qu'il y a d'autres personnes euh (inspire) y'a d'autres personnes qui peuvent être en chemise partout dans tous les couloirs et ça va pas les gêner. Donc ça c'est propre à chacun et c'est pas forcément que l'intimité, on va dire, ça va être plus restrictif pour moi au niveau des parties intimes alors que la dignité c'est plus euh...

Moi : Plus général

B : Plus général

Moi : Et enfin une autre chose à définir avec tes mots c'est la confidentialité ?

Silence et quitte mon regard qui se fixe sur le bureau d'à côté.

B : Inspire. La confidentialité ça va plus être sur les papiers, sur le dossier, sur euh pourquoi les gens sont ici, sur leurs problèmes médicaux on va dire. Silence. Oui la confidentialité ça va plus être sur euh tout ce qui est dossier et papier.

Moi : D'accord. Je me racle la gorge

Moi : Penses-tu que le fait de laisser la porte ouverte lors d'un soin peut —être la traduction d'une habitude de travail prise avec le temps ?

B : Oui

Moi : Oui ?

B : Ah oui oui sur ça s'est des habitudes que je pense qu'au début je n'avais pas ou que on le voit avec les élèves ou les jeunes diplômées qui vont plus avoir euh l'habitude de fermer les portes alors que nous euh maintenant surtout avec l'habitude ici aussi je pense au bout de 5 ans (rire) de laisser plus les portes ouvertes alors que je pense qu'au début je le faisais euh beaucoup moins.

Moi : Est-ce qu'en laissant la porte ouverte, toi quand tu laisses la porte ouverte, est-ce que tu arrives quand même à respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité des soins ?

Silence

B : Euh non, beh non ça c'est sûr que ça porte atteinte pour moi à l'intimité et euh à la dignité de la personne oui. Même si je le fais et que malheureusement on n'a pas que des bonnes pratiques c'est sûr, mais euh forcément que ça leur porte atteinte euh que ça porte oui à leur intimité...

Moi : Aux 3 ou plus particulièrement à l'un ou à l'autre ou à 2 ?

B : A l'intimité oui sûre, à la dignité aussi, à la confidentialité non parce qu'on va pas forcément euh (aspire sa salive) après c'est sûr qu'on va se demander pourquoi on va lui faire un change ou pourquoi on va lui faire une prise de sang ou autre chose mais moins la confidentialité. A l'intimité et à la dignité de la personne oui. Après je pense que ça dépend c'est propre à chacun aussi que y'a d'autre que y'a certaines personnes que ça va pas poser problème que la porte soit ouverte parce que euh voilà ils partagent tout. (Elle aspire sa salive) Euh, on a une personne, oui d'ailleurs ça me fait penser qu'on a une personne il a fallu se battre pour fermer la porte pendant les soins. Qui refusait à ce que sa porte de chambre soit fermée, (je ponctue d'un hum, hum) donc au début qu'elle est arrivée elle avait euh la porte ouverte pour la toilette, la porte ouverte pour le change n'importe quoi où là on ne pouvait pas. On lui a expliqué que par rapport à son intimité et à sa dignité en tant que personne ce n'était pas possible de faire la toilette même que c'était à 7 h le matin et que effectivement y'avait peu de gens dans les couloirs ce n'était pas

possible. (Inspire) Donc forcément la laisser ouverte voilà. Après on sincèrement quand on fait des toilettes ou des changes quand même on ferme la porte. Ça va plus être sur des actes courts comme tu disais (je ponctue d'un hum hum) : des injections, des prises de sang, les pansements on va fermer la porte. Un pansement voilà.

Moi : J'inspire. Hum une dernière question. La ça fait 5 ans que tu es là, tu es diplômée depuis 2007, est-ce que tu as toujours laissé la porte ouverte ?

B : Non comme je te disais tout à l'heure je euh alors je pense euh je ne l'assurerai pas à 100% mais je pense qu'au début après je n'ai ça fait pas depuis 2000 euh ça fait pas depuis mon diplôme que je suis ici

Moi : Oui oui

B : Avant j'étais dans un service euh...

Moi : Actif ?

B : Voilà, beaucoup plus actifs où là on fermait la porte oui beaucoup plus, déjà un je pense parce que j'étais juste diplômée et de deux parce que c'était un service de médecine où c'était beaucoup plus actifs et où il pouvait y avoir beaucoup plus de passage euh que ici.

Moi : Oui ou pas parce que euh moi ça m'est arrivé de voir ça dans les services de médecines donc c'est pour ça...

B : De laisser la porte ouverte ? Ah mais je pense que je laissais la porte ouverte aussi dans les services de médecine quand tu as 35 prises de sang à faire le matin euh je pense que je laissais la porte ouverte pour faire mes 35 prises de sang.

Moi : Pour toi c'est une question de rapidité ?

B : Oui euh parce que malheureusement souvent on oublie quelque chose hein il y a que ceux qui font rien qui n'oublient pas donc forcément de à chaque fois d'ouvrir et de fermer la porte voilà. Après je te parle d'une prise de sang

Moi : Oui, oui

B : Voilà mais euh (son ton de voix augmente) euh on

Moi : Moi je parle bien d'actes courts aussi je parle pas de (elle ponctue d'un oui oui) toilette, je parle pas de pansement.

B : Après euh par contre oui c'est sûr que ça porte atteinte ça c'est euh

Moi : Après moi j'ai surtout vu sur des actes courts mais j'ai aussi vu dans les chambres doubles ne pas mettre de paravents quand on fait la toilette à une personne

B : Ah ben ici on fait y'a aucune chambre double ou y'a des paravents

Moi : D'accord

B : Pour faire la toilette

Moi : D'accord. Oui dans un service comme le vôtre

B : Hum hum

Moi : Et hum

B : On met des paravents que quand la personne est en fin de vie et que l'autre personne est d'accord.

Moi : D'accord

B : Parce que c'est vrai que se retrouver dans une chambre double côté fenêtre avec un paravent devant soi si la personne côté fenêtre est bien c'est très obstructif et du moins voilà donc du coup ton périmètre de vie

Moi : Il est restreint ouais

B : Voilà. Donc y'a pour certaines personnes parce que c'est pareil c'est propre à chacun, qui ont besoin de voir à côté qu'est ce qui se passe même si la personne est en train de... (Chuchote à la fin de sa phrase). Pour les toilettes mortuaires par contre je pense qu'on met systématiquement un paravent ou on fait sortir la personne.

Moi : D'accord

B : Mais je ne me suis jamais vu faire en chambre une toilette avec une personne à côté euh

Moi : Très bien merci.

Annexe III

Entretien N°3

Retranscription de l'entretien exploratoire du 12 Mars 2018 effectué auprès d'une infirmière d'EHPAD de Dordogne.

Dans le respect de l'anonymat je l'appellerai C dans nos échanges.

Au début de l'entretien elle a été informée de l'enregistrement de celui-ci et a donné son accord.

C a 33 ans, elle est diplômée depuis 2015 et est dans ce service depuis la même année.

Avant de commencer l'enregistrement, je me suis présentée et j'ai évoqué dans les grandes lignes ma situation d'étonnement. Je n'ai commencé l'enregistrement que lorsque je pose la première question de mon guide d'entretien. J'ai arrêté l'enregistrement à la fin de la dernière réponse donnée. Bien entendu j'ai remercié l'infirmière d'avoir pris du temps pour répondre aux questions.

Moi : Alors, il m'est arrivé donc de voir dans les services que parfois les infirmières réalisent des soins infirmiers la porte ouverte. Que pensez-vous de cette pratique ?

B : Alors euh, moi aussi je l'ai constaté pendant mes stages euh, mes stages euh en tant qu'étudiante infirmière, (aspire sa salive) ça m'a beaucoup questionné aussi euh c'est une question que je me suis pas mal posée aussi (aspire sa salive), donc euh effectivement euh, moi je ne le pratique pas parce que voilà je me suis beaucoup questionnée comme vous sur cette euh sur cette question. Après euh ffou qu'est-ce que j'en pense ?

Court silence, rire Je sais pas euh je sais pas euh pour moi c'est pas respecter la personne c'est pas euh. Euh nous notre rôle, c'est justement de respecter l'intimité et la dignité du patient (tousse) entre autre du résident pour moi puisque je travaille en Ehpap, et euh et c'est pas respecté donc euh c'est une faute professionnelle. Je pense que ça rentre aussi pff pas dans le secret professionnel mais euh ça en fait partie.

Moi : D'accord

Silence

Moi : Euh donc, quelles conséquences cela peut-il avoir sur le patient à votre avis ?

Silence

C : Inspire ohhhh

Silence

C : Je pense qu'il peut se sentir euh (silence) comme une chose, euh voilà qu'on considère pas euh comme par exemple ben frapper avant et euh et entrer avant que la personne euh réponde (léger rire), c'est pas du respect c'est euh (aspire sa salive) c'est, c'est quand même chez eux nous surtout à l'Ehpad on rentre dans leur intimité (je ponctue d'un hum) c'est leur chambre (je hoche la tête pour acquiescer) c'est leur euh c'est même leur maison.

Moi : Hum

C : Puisque c'est leur dernière demeure pour, pour eux donc euh donc il faut préserver tout ça.

Silence

Moi : Et euh (j'avale ma salive), à part le fait de préserver tout ça ? sur le patient lui-même ça peut avoir quoi comme conséquences à part le fait qu'il se sente comme un objet, il peut y avoir...

C : Ouais, il peut se sentir diminué...

Moi : Ouais

C : Il peut fff, euh, qu'est-ce qu'il peut, (silence) non moi je, c'est comme ça que je le ressentirai en tous cas si moi j'étais euh si j'étais à leur place.

Silence

Moi : D'accord

Moi : J'inspire

Moi : Euh, avec vos mots, ...

C : Hum hum

Moi : ... comment définiriez-vous l'intimité ? Avec vos mots hein !

C : Ouais, ouais, ouais pfff c'est compliqué

Rire commun

C : L'intimité euh pfff, euh c'est euh c'est le soi-même,

Moi : Oui

C : C'est euh une partie, une partie de nous, euh (aspire sa salive) euh, silence, comment on pourrait dire ça (ses mains sont croisées elle se tend), silence, rire, euh c'est compliqué, euh, oui c'est soi-même, ça, je réfléchi hein !

Moi : Oui, Oui mais prenez votre temps allez-y

Rires, silence

C : oui c'est son euh c'est sa partie secrète à soi. C'est tout ce que je verrai.

Moi : Mais c'est déjà pas mal !

Moi : Pareil toujours avec vos mots comment définiriez-vous la dignité ?

Se mort la lèvre inférieure. Me lance un regard désespéré

Moi : Ah oui c'est les questions les plus complexes là ! rires

C : On a pas le droit de dictionnaire ? de choses comme ça ? Rires

Moi : Non ! C'est avec vos mots à vous ! Rires

C : Ahhh la dignité ! Oh pffff

Moi : Qu'est-ce que ça représente pour vous ?

Silence et inspiration

C : J'aurai du le travailler avant ça aussi (sa cadre lui avait dit avant l'entretien que cela allait parler de l'intimité)

Moi : Ben non, justement non !

C : Rires

C : La dignité euh pffffff. Se sentir digne euh, se faire respecter ?

Moi : Hum, hum

C : Euh, et être considéré.

Moi : Ouais. Et un dernier un peu plus (sourire complice de C)... Comment définiriez-vous la confidentialité ?

C : Inspire. Euh, la confidentialité ben on en repar... ben c'est le secret professionnel. Euh, c'est euh, ne pas divulguer d'informations euh aux amis de résidents, enfin moi je parle de résidents, (je ponctue d'un hum, hum) parce que voilà on est, on est en maison de retraite.

Moi : Tout à fait !

C : Euh, même aux résidents entre eux, ne pas parler dans les couloirs, euh, sur les résidents parce qu'on sait qu'ils peuvent entendre, ils peuvent euh voilà ! Silence et soupir. La confidentialité, euh (silence) oui c'est faire attention à ce qu'on dit, et euh, (silence assez long)

Moi : Ben c'est déjà pas mal !

Moi : Alors j'ai une dernière question

C : Hum, hum

Moi : Pensez-vous que le fait de laisser la porte ouverte lors d'un soin, pourrait être la traduction d'une habitude de travail prise avec le temps ?

Silence

C : Oui, oui j'pense que oui ça peut être euh rire ça peut être euh une question d'habitude parce que c'est par exemple une injection euh d'HBPM euh c'est quelque chose qui est assez rapide

Moi : Hum, hum

C : donc on se dit : « Bon allez, je rentre, je j'injecte et je ressorts j'en ai pas pour longtemps donc ça risque pas grand-chose ». Moi j'pense que oui ça peut être quelque chose qui se fait au fur et à mesure du temps après, moi j'ai 25 ans donc euh j'ai pas assez de pratique pour euh pour euh pour ça, mais je pense que oui ça peut euh ça peut en faire partie ouais.

Moi : Vous dans votre pratique, vous dites ça fait pas longtemps, ça fait que 3 ans, comment vous faites justement pour préserver tout ça l'intimité, la dignité et la confidentialité ?

C : Comment je fais ?

Moi : Quelles sont les choses que vous mettez en place pour préserver tout ça ?

C : Euh, qu'est-ce que je fais, beh par exemple, voilà je frappe avant d'entrer dans une chambre, euh j'attends la réponse de la personne avant d'entrer pour justement préserver son intimité. Euh, je euh, je parle pas dans les couloirs des euh des résidents, je crie pas : « Mr C a euh fait caca partout ! » enfin voilà je fais attention à communiquer avec mes collègues doucement (rires) en silence. Euh, qu'est-ce que je pourrai dire d'autre ? Ben faire un soin avec la porte fermée ça me semble euh (aspire sa salive et rigole) être de la logique voilà c'est c'est quand on rentre dans une chambre on ferme la porte pour moi c'est logique. Euh, qu'est-ce que je pourrai dire d'autre ? Euh, quand les résidents partent en hospitalisation, par exemple on ferme la porte à clé...

Moi : Hum hum

C : pour que personne puisse rentrer. Quand ils nous demandent, enfin quand il faut choisir un vêtement on n'ouvre pas l'armoire sans leur permission, on n'ouvre pas les tiroirs sans leur permission, on choisit avec eux et c'est si ils nous l'ont demandé. Après bien sûr dans la limite de leur euh pathologie...

Moi : Hum hum

C : c'est-à-dire que quelqu'un de dément ou quelqu'un qui ne peut pas communiquer ça va être différent que quelqu'un qui est autonome et indépendant.

Moi : Très bien ben écoutez j'ai fini

C : Oup beh Rires communs

Annexe IV

Guide d'entretien (protocole de recherche)

Ma question de recherche porte sur le lien entre l'intimité et la relation de confiance infirmière / patient.

Question 1 :

Comment instaurez-vous une relation de confiance avec les patients ?

Cette question afin de voir si, comme mes lectures le démontrent, l'attitude de l'infirmière a une importance.

Question 2 :

Dans votre pratique, que mettez-vous en place lorsqu'il est compliqué d'instaurer une relation avec le patient ?

Je pose cette question pour savoir si l'infirmière passe le relais à une de ses collègues, si elle insiste tel quel ou si elle change d'attitude ou d'habitudes de pratique pour essayer de rendre la relation plus facile.

Question 3 :

Qu'est-ce qui selon vous influence la relation de confiance ?

Cette question pour voir si le lien établi entre le fait de fermer la porte, de respecter l'intimité du patient et la relation de confiance est probant ou non.

Question 4:

En quoi le respect de l'intimité favorise-t-il la relation de confiance?

Cette question permettra d'établir un lien entre la relation entre l'infirmière et le patient et la porte fermée. Cette relation est-elle facilitée, la parole est-elle plus libre, est-ce plus propice à la confiance... ?

Résumé en français

« Fermer la porte est nécessaire pour faire des soins ! »

Ce mémoire traite de l'intimité dans les soins. Lors de mon stage du semestre cinq dans un service de médecine, j'ai pu voir des infirmières réaliser des soins comme : mettre et retirer une perfusion, faire une injection, prendre une tension ou vérifier une glycémie capillaire la porte de la chambre ouverte. Ceci m'a choquée car nous devons fermer la porte lors de la réalisation d'un soin auprès d'un patient. J'ai choisi de traiter ce sujet à cause du manque du respect de l'intimité, la dignité et la confidentialité des soins. L'analyse de ma situation initiale m'a permis de poser la question de départ suivante : « Quels facteurs influencent le non-respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité des soins ? »

Pour répondre à la question j'ai mené une revue de littérature en lisant de nombreux articles. Après l'analyse, j'ai réalisé trois entretiens dans différents services hospitaliers. Un dans un service de chirurgie, un dans une unité de soin de longue durée et le troisième dans une EHPAD. Les données collectées m'ont mené à la question de recherche suivante : « En quoi, le respect de l'intimité influence-t-il la relation de confiance entre l'infirmière et le patient ? ».

J'ai effectué quelques lectures pour y répondre, mais pour répondre vraiment à la question je déciderais de réaliser d'autres entretiens. Je choisirais six ou huit infirmières anciennes ou nouvelles diplômées, dans des services de court séjour. Ces entretiens seraient menés à l'aide d'un guide d'entretien afin d'obtenir des réponses plus précises.

Ce travail de recherche est important pour comprendre comment nous devons travailler. J'ai pu voir que j'avais une bonne pratique pour instaurer une relation de confiance avec les patients. Cependant, je suis consciente qu'il serait difficile de réaliser tous les soins que nous avons à faire en respectant tout le temps les bonnes pratiques.

Je suis sûre que je tenterais de faire mon travail avec le plus de relation de confiance possible car cela est nécessaire à la guérison du patient. J'essaierai donc de fermer les portes pour le reste de ma carrière.

Mots clés : intimité, dignité, confidentialité des soins, relation de confiance entre l'infirmière et le patient.

Abstract

This dissertation, deals with intimacy during nursing. I did my semester five hospital training in a medical unit and I saw nurses who have done some acts as : put in or out a drip, give an injection, take blood pressure... with the room door open. This practice shocked me because she should close the door before doing an act to a patient. I chose to treat this subject due to lack of intimacy, dignity and confidentiality respect. An analysis of the initial situation allowed me to ask the following question : « What factors influence non-respect of privacy, dignity and confidentiality of care ? »

To answer this question, I did some research and I read many articles about the subject. After my analysis, I did three interviews in different units of hospital. One in a surgical unit, one in a long time care unit and one in a retirement home. The data collected led me to the research question : « How does intimacy respect influence the relationship of trust between the nurse and the patient ? »

I did some readings about this question and to answer really I will decide to do other interview. I will chose six or eight nurses, in several short care units, with young and old registered nurses. My interviews will be done with a guide line book with different questions to make more precise answers.

This work of research is essential to understand how do care as we do. I saw that I had a good practice to establish a relationship of trust with patient. But I am conscient that it could be difficult to do all the care we have to do with the good practices all the time. I am sure that I will try to do my job with the most relationship of trust as possible, because it is a requirement for the patient in a healing way. I will try to close the door for the rest of my carreer.

Key words : respect, privacy, dignity, confidentiality, relationship of trust between nurse and patient.

Title of the abstract : « Close the doors is unavoidable to do care ! »

Number of words : 347