

La prise en charge d'un patient
qui ne connaît pas la vérité
sur son état de santé

Un grand merci ...

*A Chantal Gaillard, référente de mon mémoire, qui a su me conseiller,
suivre ce travail au fil des mois et avec qui, cela à été un plaisir de
travailler*

*Aux infirmier(e)s qui ont répondu à mes questions : Me R., Me V.,
Mr M. et Mr B.*

A mes parents qui ont pris le temps de lire et de corriger ce travail

A ma sœur pour avoir eu la gentillesse de laisser libre l'ordinateur

SOMMAIRE

I. Introduction (motivations, questionnement, problématique) :..... p.5

RECUEIL THEORIQUE :.....p.8

A. La relation soignant-soigné :p.9

1) La relation :..... p.10

- a) Définition
- b) Particularités de la relation
- c) Rôles sociaux

2) Le soignant :.....p.11

- a) Généralités
- b) Un être humain avant tout
- c) Législation

3) Le soigné appelé " patient " :.....p.12

- a) Généralités
- b) Une personne avant tout

4) Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ?.....p.14

- a) Différentes approches de la relation soignant-soigné
- b) Le " colloque singulier " soignant-soigné
- c) Le soignant face au soigné
- d) Composition de la relation soignant-soigné
- e) Différents types de relation soignant-soigné
- f) La communication dans la relation soignant-soigné
- g) L'écoute
- h) Eléments influençant sur la relation soigné-soigné
- i) La confiance

B. L'information :.....p.22

1) Généralités :.....p.23

- a) Définition
- b) Qui informe ?
- c) Législation
- d) Son contenu
- e) Son but
- f) La relation soignant-soigné dans l'information

2) La vérité :.....p.26

- a) Qu'est-ce que la vérité ?
- b) Doit-on toujours dire la vérité ?
- c) Les projections

- 3) Le non respect du droit à l'information et à la vérité :.....p.30
 - a) Causes
 - b) Conséquences

RECUEIL PRATIQUE :.....p.33

II. Analyse :p.35

III. Conclusion :.....p.43

IV. Bibliographie :.....p.45

V. Annexes :.....p.49

INTRODUCTION

Dans le milieu hospitalier s'établit la rencontre entre deux personnes : le soignant et le soigné. De cette rencontre naît une relation appelée relation soignant-soigné. Elle est créée grâce à la communication incluant des échanges d'informations entre autre.

L'infirmier(e) en collaboration avec l'aide-soignant(e) sont les personnes les plus proches des malades. Plus particulièrement, l'infirmier(e) accompagne le patient dans ses soins qu'ils soient techniques (pansement, prise de sang, toilette, etc.) ou psychologiques (écoute, besoin de communiquer, d'être entouré, etc.). Le malade éprouvant le sentiment d'être plus en contact avec ce soignant aura plus de facilité à communiquer avec celui-ci.

Au cours de ces trois années de formation, j'ai pris conscience que l'information était l'objet essentiel de la communication. En effet, en tant que soignant, nous devons sans cesse informer le patient sur différents sujets (résultats d'examens, suivi de l'état de santé, etc.) lorsque celui-ci en fait la demande car, il existe aussi un patient, différent, qui lui, ne cherche pas à savoir ce qui se passe dans son corps, pourquoi il est hospitalisé ou autre.

J'ai donc décidé de travailler sur l'information du malade. Pourquoi ? Parce qu'une situation m'a interpellée en stage de Médecine, en fin de deuxième année. Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans, présentant un cancer du poumon (dont elle est au courant) depuis plusieurs années. Elle est hospitalisée pour une altération de l'état général. Différents examens montrent la présence de métastases osseuses et cérébrales. Son mari ne veut pas que le médecin l'en informe. L'état de Me X. se dégradant de jour en jour, elle ne cesse de poser des questions aux infirmier(e)s et aide-soignant(e)s : "Que m'arrive-t-il ? Je ne sais même plus me servir d'une télécommande !", "Pourquoi je ne peux plus manger seule ?", "J'ai l'impression qu'il se passe quelque chose dans ma tête, aidez-moi !" Le diagnostic n'étant pas annoncé à cette patiente, nous ne pouvions pas lui expliquer d'où venaient ces changements qu'elle ressentait. Je me suis alors sentie en difficulté. Je ne savais que répondre à cette personne.

J'ai alors compris que l'information était un thème important mais aussi difficile.

Tout d'abord, je me suis demandée : comment différencier le patient qui veut connaître son état de santé de celui qui ne veut pas ?

Ensuite, que veut vraiment le patient ?

Puis plusieurs questions se sont enchaînées : - que doit-on dire comme informations en tant que soignant ?

- est-il toujours convenable de dire la vérité ?

- quels en sont les avantages et les inconvénients ?

- quels comportements adoptent le soignant et le soigné lorsque l'information n'est pas émise ou la vérité dissimulée ?

Ainsi, l'un sait, l'autre ne sait pas. Le soignant et le soigné ne sont pas sur le même piédestal. Alors, je me demande :

En quoi la relation soignant-soigné est-elle modifiée lorsque le patient ne connaît pas la vérité sur son état de santé ?

Pourquoi travailler ce sujet ? Tout d'abord pour étudier et comprendre la relation qui a entre le soignant et le patient. Aussi, pour connaître et avoir une réflexion sur les différents aspects de la communication, qui est la base de la relation. Pour terminer, j'ai travaillé ce sujet

pour mieux comprendre, en tous les cas, avoir des connaissances sur la question afin de savoir me positionner si cela se renouvelait.

Mon recueil théorique se présente en deux parties. Dans la première, il m'a semblé pertinent de développer tout d'abord le terme de la relation soignant-soigné avec les particularités du soignant et du patient. Cela m'a permis de comprendre ce qu'était cette relation, ce qui se passait entre ces deux personnes, pourquoi, grâce à quoi et comment ? J'ai inclus dans cette partie la notion de confiance présente (ou pas) dans toute relation.

En deuxième partie, j'ai pensé être judicieux d'étudier l'information. J'ai donc travaillé sur ses caractéristiques. J'ai aussi exposé l'idée de vérité qui a lieu (ou non) dans toute information. Enfin, pour terminer cette partie, j'ai étudié le fait de ne pas respecter le droit à l'information et à la vérité en exposant les causes et les conséquences.

RECUEIL THEORIQUE

La relation soignant-soigné

1) La relation :

a) Définition :

"C'est une interaction entre deux ou plusieurs personnes qui ont des émotions, des désirs, des autonomies, des subjectivités différentes. Il existe de nombreux types de relation en fonction des liens unissant les personnes et des objectifs poursuivis :

- relations familiales
- relations amoureuses
- relations professionnelles,

ou en fonction du degré de proximité des deux personnes :

- relations égalitaires
- relations hiérarchisées.

Cette relation se joue dans un environnement matériel (temps, lieu) mais aussi culturel et social avec un certain nombre de normes, règles, valeurs, représentation."¹

La relation est donc le résultat d'une construction à laquelle chacun contribue avec ses caractéristiques d'homme, de femme, de culture, d'appartenance sociale, son expérience, son passé, etc. en manifestant des comportements et des attitudes.

Le ROBERT ajoute "Une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit."

De plus, "L'histoire détermine le contenu des relations humaines dans sa totalité et ces relations quelles qu'elles soient, si intimes ou si brèves qu'elles puissent être renvoient à tout. Mais ce n'est pas elle qui fait qu'il y ait des relations humaines en général [...]. Si la constitution d'un groupe ou d'une société[...] doit être possible, c'est que la relation humaine (quel qu'en soit le contenu) est une réalité de fait permanente." (Jean-Paul Sartre)

b) Particularités de la relation :

"L'affectivité est l'élément central. Il est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire. Elle révèle sa présence au travers de perturbations comme le bégaiement, les tremblements, les malaises, ..." ²

Par ailleurs, "Être en relation prend de l'énergie. Dès que les sujets de conversation entre individus sortent des sentiers battus (le temps qu'il fait, la santé, ...), l'intensité des échanges est augmentée, l'énergie de chacun mobilisée, la relation gagne en authenticité. A ce moment là, s'effectue ce que nous pouvons nommer une véritable rencontre. Moment rare qui donne à la communication sa dimension la plus complète." ²

c) Rôles sociaux :

L'espace situé entre le Moi et les autres est appelé espace de transition. "C'est l'espace où s'inscriront les futurs rôles de l'individu. Lorsque cet espace s'organise, on parle d'enveloppe sociale ou d'écorce sociale de la personnalité. Elle contiendra tous les rôles sociaux qui alimenteront les relations. Ces rôles ne sont pas suffisants en eux-mêmes pour

¹ Centre d'éducation du patient, Godinne (Belgique),
<http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep24.htm>.

² MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A. – La relation soignant-soigné. – Paris, Lamarre, 1995.

créer des relations mais ils sont en quelque sorte les façons les plus efficaces d'exercer un comportement de communication.

Dans une relation entre deux individus, il y a habituellement une complémentarité des rôles. Si elle ne se mettait pas en place très rapidement, les deux interlocuteurs ne parviendraient qu'à un "dialogue de sourds", chacun restant sur son idée et sur des attitudes incompréhensibles pour l'autre."²

Comme nous l'avons vu, la relation est donc une interaction entre deux ou plusieurs personnes. Dans ce travail, la relation sera ciblée entre deux personnes. La première sera le soignant.

2) Le soignant :

a) Généralités :

Etymologiquement, le mot "soignant" qui rejoint le mot "soigner" vient du latin "soniare" qui signifie : s'occuper de.

Soigner c'est :

➤ "s'occuper du bien être et du consentement de quelqu'un" et "s'occuper de rétablir la santé." (ROBERT)

➤ "consacrer son activité, son dévouement à la guérison de quelqu'un " et "s'occuper avec sollicitude de quelqu'un." (LAROUSSE)

Le soignant effectue des soins définis comme étant "un ensemble de moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques mis en œuvre pour conserver et rétablir la santé." (LAROUSSE)

Un soignant est donc une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Etre soignant, c'est prendre soin d'autrui.

L'infirmier, l'aide-soignant, le kinésithérapeute sont considérés comme des soignants.

b) Un être humain avant tout :

Le soignant est fait d'une personnalité contenant des qualités et des défauts comme tout être humain. Il a des sentiments et des ressentis. Ainsi, il peut être heureux comme triste, énervé comme calme, etc... Car il a, lui aussi, une vie privée. Mais, dans le cadre de son travail, le soignant doit éviter les émotions et savoir faire la différence entre vie privée et vie professionnelle. Cela lui permettra au mieux de détecter la souffrance du patient et d'y remédier.

c) Rôle du soignant :

Comme le déclare les auteurs Manoukian A. et Massebeuf A., dans le cas du rôle du soignant "nous voyons combien les malades nous enseignent comment être de véritables soignants, et cela ne peut se faire dans les livres. Mais dans le même temps, ce rôle développé dans une formation initiale nous facilite la relation et l'action avec les patients sans nous livrer à l'angoisse que connaîtrait un non-professionnel dans le milieu médical. Il est facile de constater l'inquiétude de celui qui ne possède pas le rôle social qu'exige une situation [...]"²

² MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A. – La relation soignant-soigné. – Paris, Lamarre, 1995.

D'après Alain Froment "Au soignant la compétence de la démarche diagnostique, dans la proposition de stratégies thérapeutiques dont il énonce, aussi honnêtement qu'il peut, les avantages et les inconvénients; au soignant l'aptitude à informer le profane; au soignant aussi de reconnaître la contamination de ses conceptions du bien par son égotisme, et de respecter du plus profond qu'il le peut les conceptions du soigné."³

d) Législation :

La profession du soignant s'exerce dans un cadre légal.

La réglementation:

- définit le rôle de chacun en fonction du diplôme,
- fixe le contenu des formations initiales,
- donne le cadre de l'exercice et la hiérarchie des intervenants.

Différentes lois sont instaurées suivant chaque profession médicale. Je citerai uniquement celles de la profession infirmière.

En effet cette profession est régie par le Décret n°93-221 du Code de déontologie de la profession infirmière datant du 16 Février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (cf. annexe I) qui déclare entre autre :

-Art. 25 "L'infirmier ou l'infirmière agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient."

-Art. 26 "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 [...]"

Ainsi que par le décret n°2002-194 du 11 Février 2002 du Code de la Santé Publique (cf. annexe II) qui stipule dans l'article 2 que "les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade."

Cette partie réglementaire insiste aussi sur l'aspect éthique des droits de la personne, en soulevant le fait que le soin ne s'adresse pas seulement au corps, mais aussi aux dimensions psychosociales du patient. L'infirmier(e) selon le Code de la Santé Publique est toujours placé dans une situation duelle à savoir son rôle propre et son rôle sur prescription médicale, mais également la nature des soins qu'elle prodigue: la technique et le relationnel.

La deuxième personne incluse dans la relation abordée est le soigné.

3) Le soigné appelé "patient" :

a) Généralités :

Le terme "patient" vient du latin "patiens" qui signifie "souffrir", "supporter".

"Un patient est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical."
(LAROUSSE)

C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance.

³ FROMENT (Alain) – "Elaborer la décision avec le soigné" – In *Prescrire*, Décembre 1999, p.201.

"Dans le soin, le soignant prend en charge l'Homme c'est-à-dire le corps mais aussi l'esprit. Cela engage à respecter l'autre et à préserver sa dignité. Il faut prendre garde à ne pas s'occuper que du corps. Respecter la dignité de l'autre signifie qu'il faut respecter sa différence."⁴

De plus, la Charte du patient hospitalisé qui est un texte divisé en onze principes généraux (cf. annexe III), porte sur l'accès au service public pour tous, le droit à des soins et à une information de qualité, la liberté individuelle, le consentement, le respect de la vie privée et de l'intimité, et le droit au recours juridique.

b) Une personne avant tout :

"Une personne est un individu. C'est tout être formant une unité distincte dans une espèce, un genre." (LAROUSSE)

Chaque personne est un être humain :

- ♦ unique,
- ♦ avec un sexe (féminin ou masculin), une couleur de peau, un physique propre à lui-même,
- ♦ avec une culture religieuse,
- ♦ qui communique par différents langages (paroles, écrits, gestes, mimiques, regard, ...)
- ♦ qui a un passé, un présent et une perception du futur,
- ♦ qui évolue dans un environnement.

Chaque soin doit être adapté au patient et surtout individualisé. Ainsi, la prise en compte de ces différents points évoqués et la bonne connaissance de leurs contenus permettra une meilleure prise en charge du patient.

c) Rôle du malade :

Dans l'ouvrage *La relation soignant-soigné*, il est expliqué que le rôle du malade désigne bien la place d'un individu dans un groupe. Il est ajouté que la complémentarité veut que ce rôle se tienne au mieux dans un milieu hospitalier, au sein d'un groupe de soignants et d'autres malades et qu'il justifie toutes les interactions soignant-soigné. De plus, il contient comme tous les rôles, un savoir et des comportements adaptés aux relations de soins.

Pour Alain Froment "Au soigné la possibilité d'interroger, d'exprimer ce qui, parmi ces possibles, peut soulager ou aggraver le mal, pour demander des propositions plus adéquates, et finalement, s'il le souhaite, choisir. Le soignant doit enfin donner une forme objective [...] à son devoir, pour ne pas laisser à sa subjectivité la possibilité de le façonner au gré de son intérêt [...]. L'un des devoirs exige de négliger les affects, contingents, qui surgissent lors de la rencontre du soigné [...]. Quelque soit l'affect initial, le soignant devrait toujours adopter une attitude associant respect, compassion et amour. Il faut cependant constater l'impossibilité de toujours écarter de soi les sentiments - pourtant injustifiables dans l'absolu - de mépris, d'hostilité, d'irritation, et autres jugements instinctifs qui manifestent ici encore les tendances du moi. Ce constat nous ramène à notre finitude d'homme et nous permet de mieux nous ouvrir au soigné."³

⁴ BIOY A. – Communication soignant-soigné : repères et pratiques – Paris, Bréal, 2003.

³ FROMENT (Alain) – "Elaborer la décision avec le soigné" – In *Prescrire*, Décembre 1999, p.201.

Après une approche plus accrue des termes de soignant et soigné, je me demande comment s'organise la relation entre ces deux personnes ?

4) Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ?

a) Différentes approches de la relation soignant-soigné :

Pourquoi réserver une mention à part à la relation soignant-soigné ?

Parce que "la personne malade se trouve dans un contexte de vulnérabilité et de dépendance du fait de la maladie, qui rend nécessaire que soient soulignés son droit de consentir, ou non, à un traitement, et même son droit spécifique au secret de ses confidences, car le confident n'a pas été choisi ici avec la même liberté que dans d'autres relations humaines."⁵ déclare Jean Ducruet, directeur du Centre universitaire d'éthique de l'Université Saint Joseph de Beyrouth.

Voici un abord global de la relation soignant-soigné fait par différents auteurs :

"Dans le milieu hospitalier, les raisons ou objectifs des relations sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné."²

Il existe "des échanges d'informations en permanence avec des mots, des gestes, des mimiques, des positions du corps, des attitudes mais aussi des "accessoires" (tenue vestimentaire : uniforme, vêtement civil, attributs d'une fonction : pince, tensiomètre, bassin, ...). Chacun d'eux apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient. Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d'information qui formeront le sédiment de la relation soignant-soigné."²

D'autre part, Bernadette Fabregas, journaliste se questionne : "La relation soignant-soigné serait-elle "asymétrique", nourrie d'une sorte de "choc des cultures" entre celui qui sait et celui qui ignore, celui qui décide et celui qui subit ? N'y aurait-il pas de place pour la modestie, la compassion et le respect face au soigné, qui, maladie oblige, se retrouve amputé d'une partie de son moi et perd de son altérité ?"

Elle répond : "La souffrance de l'autre renvoie à la propre finitude du soignant. Soignant parmi les soignants, il n'en reste pas moins homme parmi les hommes. Pas d'unilatéralité, mais au contraire, double confiance et double conscience dans chaque acte thérapeutique."⁵

D'après Dieudonné Paulin Tchassou, enseignant au département d'enseignement infirmier supérieur de Lyon, "Lorsque la maladie survient, il est habituel que celui qui en est atteint cherche à se soigner. Il se tourne donc vers une personne qu'il croit capable et compétente pour lui prodiguer les soins requis par son état. Le soignant écoute les problèmes décrits par le malade et accepte de le soigner tant que la résolution de ceux-ci entre dans le champ de ses compétences professionnelles. Ainsi commence ce que l'on nomme la "relation soignant-soigné".⁶

⁵ FABREGAS (Bernadette) – "La relation soignant-soigné" – In *Soins* n°680, Novembre 2003, p.29.

² MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A. – La relation soignant-soigné. – Paris, Lamarre, 1995.

⁶ PAULIN TCHASSOU (Dieudonné) – "La logique du malade ou le droit à la différence, un essai de compréhension socioculturelle de soins" – In *Recherche en soins infirmiers* n°22, Septembre 1990.

Cette relation a aussi été appelée "colloque singulier". En voici les explications.

b) Le "colloque singulier" soignant-soigné :

En 1935, Georges Duhamel évoquait la relation médecin-malade, le "colloque singulier" "en terme de confiance (du malade) allant vers une conscience (le médecin)."

Bernard-Marie Dupont, déclare "La relation de soin ne faisant pas exception à la règle, le colloque singulier soignant-soigné sera toujours cette dialectique de tous les possibles, y compris de la rupture d'une relation forcément faussée dès le départ entre celui qui souffre et celui qui sait."⁷

"Les relations humaines sont à l'image de ceux qui les établissent. Bonnes à certains endroits, conflictuelles à d'autres. Les relations thérapeutiques n'échappent pas à ces comportements socioculturels. Ce qui fait par contre la spécificité du soin, de l'art de soigner, c'est qu'il exige une participation active et réciproque des deux partenaires du colloque singulier. Le médecin détient le savoir. De ce savoir découle l'obligation d'informer le malade, qui, lui ne sait pas. Le paternalisme, et ce qu'il sous-tend comme rétention de l'information, est l'ennemi de l'autonomie."⁷

Ce même auteur ajoute "aujourd'hui, nous savons que chaque acte thérapeutique ne peut pleinement se faire sans une double confiance et une double conscience. Le médecin et le malade, l'un autant que l'autre, ont des droits et des devoirs."

Après avoir nommé le terme "paternalisme" dans ce colloque soignant-soigné, l'idée de "perversion" est également citée: "La relation soignante est ainsi dans une certaine mesure une relation contre nature, où un moi - soignant - prétend ignorer ses propres intérêts pour aider un autre moi - soigné - à atteindre son bien particulier. Le risque de la perversion de la relation est d'autant plus grand que le soignant dispose du savoir et du pouvoir, alors que le soigné est en position de faiblesse".⁸

Il m'a semblée être indispensable d'évoquer cette idée de "colloque singulier" qui m'a amenée à étudier différentes idées de différents auteurs. Nous pouvons donc remarquer que deux idées principales sont mises en évidence: celle qui établit le terme de confiance et conscience et celle qui montre la différence entre celui qui sait et celui qui ne sait pas.

c) Le soignant face au soigné :

"Comme tous les rôles sociaux, le rôle de soignant est soumis à la loi de non-réversibilité à un moment donné. Le rôle de soignant est inscrit dans une pyramide hiérarchique dont les diplômés sont les garants de compétence et de savoir. Cette hiérarchie distribue les compétences mais aussi les responsabilités de chacun.

Cependant, une observation attentive montre que le rapport de proximité avec le malade est souvent inversement proportionnel à la place dans la hiérarchie hospitalière. Ainsi, le soignant passe beaucoup plus de temps auprès de ses patients que le médecin-chef [...]. C'est ainsi que le soignant devient un élément liant entre le patient et les autres intervenants.

⁷ DUPONT (Bernard-Marie), médecin généticien, membre du Comité national d'éthique de l'Inserm, professeur de philosophie et directeur de la société de conseil éthique MEDETHIC. – "La relation soignant-soigné" – In *Soins* n°680, Novembre 2003, p.33.

⁸ FROMENT (Alain). – Maladie, souffrance et médecine soignante – Les Archives Contemporaines, 2001.

A l'hôpital par exemple, des difficultés de compréhension entre le malade et le médecin peuvent faciliter certaines relations soignants-soignés: le malade ne comprenant pas ce qui se dit à son sujet osera plus tard demander à l'aide-soignant(e) ou à l'infirmier(e) une "traduction" du langage médical en langage plus compréhensible pour lui, car il sentira ce soignant plus disponible et plus accessible, car plus proche au quotidien que le spécialiste du service.

Par conséquent, dans cette fonction, la qualité relationnelle est primordiale. Elle doit se trouver tant dans la motivation à exercer un tel métier que dans la définition des rôles de chaque unité de soins."²

d) Composition de la relation soignant-soigné :

D'après l'historien de la médecine espagnol Pedro-Lain Entralgo, la relation médecin-malade peut être envisagée comme une structure complexe à quatre composantes en interrelations étroites. Les composantes affectives et éthiques seront communes aux médecins et aux infirmier(e)s. Par contre, les composantes cognitives et opératoires sont différentes.

- L'élément affectif : qui se rapporte au lien émotionnel présent dans toute relation humaine.
- L'élément cognitif : qui se rapporte à l'activité diagnostique, c'est-à-dire à la compréhension de la situation de soin. [...]
- L'élément opératoire : qui se rapporte à l'activité thérapeutique, c'est-à-dire aux actions entreprises pour transformer la situation, une fois comprise, dans un sens plus favorable à la santé de la personne soignée.
- L'élément éthique : enfin, qui se rapporte à l'attitude morale du médecin. [...]

e) Différents types de relation soignant-soigné :

D'après Sylvie Grousset "La relation au patient est simple à mettre en œuvre. C'est tout d'abord une relation de civilité qui commence par le fait de frapper avant d'entrer dans la chambre ou le domicile, de dire bonjour et de se présenter, de s'asseoir pour écouter. Le soigné recherche une attention, une reconnaissance de ses difficultés et leur validation. Il souhaite continuer d'être sujet pensant et non un objet qui n'a pas le loisir d'influer sur ce qui lui arrive."⁹

En effet, "nous ne perdons pas de temps lorsque nous parlons ou écoutons; si la parole est interdite, cela provoque la fuite ou la violence."¹⁰

D'autre part, plusieurs types de relation soignant-soigné existent. Ils vont en ordre croissant. Par exemple, il est indispensable d'être passé par la relation sociale de civilité pour établir une relation d'aide thérapeutique.

❖ "la relation sociale de civilité : cette relation s'inscrit dans un rituel où il y a volonté individuelle d'un comportement agréable, sociable avec convivialité dans l'échange. Généralement, elle correspond à des propos banals sans réels intérêts ("parler

² MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A. – La relation soignant-soigné. – Paris, Lamarre, 1995.

⁹ GROUSSET (Sylvie) – "Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique" – In *Soins* n°681, Décembre 2003, p.30.

¹⁰ JEAN R. et VERDELHAN-PASCAL C. – "L'expérience infirmière en unité mobile de soins palliatifs" – In *Perspective soignante*, Septembre 2003, p.17.

de la pluie et du beau temps"). Ce mode de relation comporte une certaine distance relationnelle c'est-à-dire un degré de proximité avec l'autre dans lequel l'individu se sent le plus à l'aise. [...] Cette distance relationnelle permet aux personnes en relation de se protéger de l'autre en évitant une trop grande implication. Elle permet de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient.

❖ la relation fonctionnelle : réalisée dans le but d'effectuer un recueil de données indispensables à la prise en charge. Ici, le soignant conduit la relation dans le but d'acquérir certaines informations concernant le patient et ses besoins afin de mieux le connaître.

❖ la relation d'aide : elle permet d'apporter réconfort au patient. Elle passe par une écoute attentive de la part du soignant et par une attitude empathique c'est-à-dire compréhensive et sans jugements. Elle ne peut débuter sans la relation de confiance qui permet au patient d'exprimer ses affects (craintes, difficultés, émotions, ...). Cette relation fait partie du rôle propre infirmier.

❖ la relation d'aide thérapeutique : c'est une technique de soins sur prescription qui n'est possible que sous certaines conditions : un climat de confiance et de calme, des objectifs précis, un temps déterminé, la disponibilité et l'empathie du soignant, l'accord du patient. C'est une relation qui s'apprend et qui se pratique en vue de l'élaboration d'un projet thérapeutique (plus particulièrement en psychiatrie)."¹¹

Il est à noter que les relations sociales de civilité et fonctionnelle sont presque toujours présentes dans la relation soignant-soigné. Alors que les deux dernières relations sont appliquées si le patient en ressent le besoin.

f) La communication dans la relation soignant-soigné :

La relation soignant-soigné étant un échange entre deux personnes, une communication est donc indispensable.

"La communication est un échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs - ce sont les soignants et les soignés - ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini. La communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité. [...]"¹²

Josette Bourgon nous rappelle qu'il est indispensable que malades et soignants soient tour à tour émetteur et récepteur, d'une part pour éviter les distorsions du message et faire les réajustements nécessaires, et d'autre part pour s'informer mutuellement car patient et soignant sont en interrelation.

¹¹ BROUSSET (Véronique) – La relation soignant-soigné à travers le toucher – Mémoire rédigé en 2000, IFSI Niort, <http://perso.orange.fr/gregory.bottier/>.

¹² LLORCA G. – Communication médicale – Paris, Ellipses Marketing, 1994.

De plus, Dominique Rispaïl¹³ explique que chaque individu en relation avec d'autres forme un système complexe de communication : avec son discours ou son silence, mais aussi sa gestuelle, son odeur, ses mimiques, ses habitudes vestimentaires qui sont autant de codes, d'énigmes à résoudre.

"Les voies de la relation sont donc nombreuses : communication verbale avec respect des silences, tonalité de la voix, rythme des paroles ..."⁹

Communiquer avec ces cinq sens :

"Le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe et la vue sont les cinq "outils" naturels de la communication non verbale. Face à la personne soignée, le langage verbal n'est pas toujours satisfaisant. Le langage non verbal (attitudes, gestes, mimiques, ...) est un complément toujours présent de la parole, mais il est inconsciemment pris en compte. Pourtant, tous nos sens sont concernés. Ainsi, l'apparence (la vue), la poignée de main (le toucher), le timbre de la voix (l'ouïe), ou les odeurs, même perçues inconsciemment (l'odorat) sont des facteurs déterminants de la qualité de la rencontre."¹⁴

De plus, "communiquer n'est pas seulement échanger un savoir ou la connaissance contre une écoute bienveillante et paternelle. C'est avancer ensemble dans la durée, omnipraticien et malade, dans un chemin tortueux mais solide d'humanisme. Cela nécessite un degré de motivation, surtout de disponibilité et de formation personnelle pour gérer l'incertitude quotidienne."¹⁵

"Une meilleure relation ne peut qu'améliorer la communication entre le soignant et le soigné et permettre notamment au patient :

- d'exprimer ses plaintes
- de poser ses questions
- d'oser dire qu'il n'a pas compris
- de demander les informations complémentaires au médecin
- de négocier le traitement: ce qu'il a eu comme problème similaire, ce qui a marché ou échoué, médicaments ou effets secondaires
- de suivre le traitement prescrit
- d'être attentif aux effets du traitement et en faire part au médecin (quels problèmes il rencontre)."¹

g) L'écoute :

Ecouter : Prêter l'oreille pour entendre, prêter attention à l'avis de quelqu'un, être aux aguets. Etre à l'écoute, être attentif à ce qui se dit. (LAROUSSE)

"L'écoute c'est accepter d'accueillir ce qui s'exprime et cela ne veut pas dire approuver." écrit Jacques Salomé¹⁶

¹³ RISPAIL (Dominique) – Mieux se connaître pour mieux soigner – Paris, Masson, 2002.

⁹ GROUSSET (Sylvie) – "Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique" – In *Soins* n°681, Décembre 2003, p.30.

¹⁴ SABOURIN R. – Les 5 sens de la vie relationnelle – Belgique, Erasme Bouge, 1999.

¹⁵ MANTZ (Jean-Marie) et WATTEL (Francis) – Importance de la communication dans la relation soignant-soigné, rapport adopté le 20 Juin 2006, Académie nationale de médecine.

¹ Centre d'éducation du patient, Godinne (Belgique),

<http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep24.htm>.

¹⁶ SALOME (Jacques) – Relation d'aide et formation à l'entretien – Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2006.

Selon lui, l'écoute suppose "sortir de soi" et de se mettre à disposition pour entendre celui qui parle. Il existe trois registres d'écoute :

- les faits : histoire, anecdote, évènements
- le ressenti : vécu, sentiments, émotion
- le retentissement : émotions, images.

Ecouter exige donc de la différenciation, c'est-à-dire la séparation de ses propres désirs, de ses sentiments avec l'autre.

L'infirmier(e) crée les conditions d'une écoute de qualité par une attitude de bienveillance, ce qui favorise l'expression du patient et permet au professionnel de santé d'assembler des renseignements qui lui permettent d'établir le climat de confiance nécessaire.

h) Éléments influençant sur la relation soignant-soigné :

D'après une enquête menée par Emmanuelle Hoffmann-Wild¹⁷ (étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers St Martin de Grenoble, en 2003), différents éléments influent la relation soignant-soigné :

Du point de vue des infirmier(e)s :

- Tou(te)s les infirmier(e)s déclarent que la charge de travail est un obstacle au temps laissé à la relation soignant-soigné.
- La vie personnelle ou l'ambiance de l'équipe influent sur leur comportement face au patient, pour cinq infirmier(e)s sur huit interrogé(e)s.
- L'affinité avec le patient, ses sollicitations répétées et la durée d'hospitalisation modifient leur soin relationnel pour une grande majorité des soignants.
- Le respect et l'écoute sont une ligne de conduite pour six infirmier(e)s interrogé(e)s.
- La relation est obligatoire de part leur fonction pour deux d'entre elles.
- Libre cours est donné à leurs émotions dans la relation, sans forcément les montrer pleinement. Elles n'hésitent pas à retravailler leur ressenti en équipe.
- La mise en place de la relation d'aide, pour l'une d'entre elle, faciliterait une écoute plus efficace lorsque la situation est difficile.

Du point de vue des patients :

Elle interprète l'enquête qui montre que le temps semble être le premier facteur influant sur la relation entre le soignant et le soigné, car la disponibilité des soignants est essentielle à l'échange. Les patients ont émis les remarques suivantes :

- Le sourire est la première nécessité dans la relation selon cinq patients.
- L'amabilité, la douceur, l'aisance à la parole, l'humour sont aussi des moyens permettant d'entrer plus facilement en relation pour les patients. [...]
- La charge de travail des infirmier(e)s est trop lourde pour leur laisser la possibilité de répondre à toutes les attentes des patients.
- Un "premier pas" de l'infirmier(e), selon trois personnes soignées, permettrait de les mettre à l'aise et d'entrer en relation.

¹⁷ HOFFMANN-WILD (Emmanuelle), infirmière, Service de soins à domicile, Centre communal d'action sociale, Saint-Martin-d'Hères (38) – "Le soin relationnel côté infirmier(e) et côté patient" – In *Soins* n°680, Novembre 2003, p.42.

- Un long temps d'hospitalisation permet de donner lieu à de nombreux échanges entre les patients et les infirmier(e)s. Trois patients ressentent alors une marque d'attention de la part du personnel infirmier, ce qui est primordial à leurs yeux.

- La présence et l'écoute des soignants mettent les patients en confiance.

i) La confiance :

Confiance du latin *confidentia*, "fait de se fier à quelqu'un ou à quelque chose."

"Fait d'attendre d'autrui des comportements favorables, par opposition aux conduites de méfiance." (ROBERT)

Tout d'abord, nous pouvons dire que la relation de soin se veut une relation de confiance. Le secret médical en représente la manifestation la plus significative et la plus permanente.

Ensuite, nous avons vu que la construction de la relation était primordial dans le processus thérapeutique. Il est ajouté qu'elle "dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance. [...] Pour instaurer un climat de confiance et s'affilier au patient, il est important que le thérapeute soit empathique à l'égard du patient, et authentique dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste. Cette attitude du thérapeute permet au patient de se sentir écouté, compris et respecté. [...] Cette façon d'être du thérapeute va donc permettre la construction d'une relation de confiance mutuelle, amenant à une collaboration. Mis en confiance et se sentant reconnu dans ses capacités, le patient pourra "mandater" le thérapeute comme pouvant l'aider."¹⁸

Maurice Liégeois¹⁹ nous explique que c'est par notre professionnalisme, appuyé sur nos qualités humaines, notre présence, notre écoute empathique et notre expérience que le malade nous fait confiance. Il souligne que cette confiance se gagne avec le temps et la connaissance mutuelle.

De plus, Antoine Bioy et Damien Fouques (psychologues), précisent que "le patient est nécessairement un individu qui vient chercher de l'aide auprès d'un autre qui possède un savoir et un savoir-faire, ceci contribue à créer d'emblée un climat de confiance et d'aide thérapeutique."²⁰

La confiance qu'attend le soigné du soignant est aussi celle d'une forme de reconnaissance qui doit permettre, suivant la très belle phrase du président actuel du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique), Didier Sicard, de faire "percevoir pour celui qui souffre, qu'il est quelqu'un pour celui qui soigne."²¹

J'en conclu que pour de nombreux auteurs, la confiance est indispensable dans la relation soignant-soigné. Elle s'instaure de part et d'autre grâce à une écoute, une attitude empathique et à la communication qui, comme nous l'avons vu, est un échange d'informations.

¹⁸ In *Recherche en soins infirmiers*, n°82, Septembre 2005. Editions Mallet Conseil.

¹⁹ LIEGEOIS (Maurice) – *L'entretien de soutien psychologique* – Paris, Lamarre, 2007.

²⁰ BIOY (Antoine) et FOUQUES (Damien) – *Manuel de psychologie du soin* – Rosny-sous-Bois, Bréal, 2002.

²¹ SICARD (Didier) in *La lettre de l'Espace Ethique* apr. – HP, Hiver-été 2002.

Mais, qu'est ce qu'une information ? Que contient-elle ? Quelles informations peut-on communiquer ?

L'information

1) Généralités :

a) Définition :

Information : nom féminin du latin "informatio". Action de donner connaissance de fait.

Renseignements, documentations sur quelqu'un, quelque chose.

Instructions, éléments de connaissances, renseignements élémentaires susceptibles d'être transmis et conservés grâce à un support ou à un code.

Fait ou jugement qu'on porte à la connaissance d'une personne à l'aide de mots, de sens, d'images, de supports. (LAROUSSE)

Pour Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, "informer" signifierait "restaurer l'autre dans son sentiment d'être toujours respectable, reconnu dans sa faculté de jugement et de choix, ainsi que dans sa dignité."

En effet, le patient angoissé lors de son hospitalisation ressent une sensation de dépendance. Il a besoin de retrouver l'estime de lui-même, ainsi l'information que reçoit le patient est fondamentale pour la reconnaissance personnelle.

Comme l'explique Gromb²², l'information du patient et de sa famille est essentielle, vraie, claire, nuancée, ajustée au degré de compréhension de chacun, éventuellement réitérée. Elle demande de la part du médecin une attention particulière car elle est chargée, pour le malade de tous les espoirs et de toutes les appréhensions, qu'il s'agisse de la révélation d'un diagnostic, de la proposition d'un examen complémentaire ou du choix d'un traitement. C'est un art difficile d'écouter patiemment, humblement, de conduire un dialogue, d'informer sans aller au-delà de ce que le malade veut savoir.

Selon lui, l'information doit être donnée en langage intelligible, en termes mesurés, sans jamais sous-estimer la résonance de certains mots de l'esprit du patient anxieux et de sa famille.

De plus, "informer le malade, c'est également réfléchir quel soutien, quel accompagnement va lui offrir l'équipe soignante lors des résultats des examens." (art. 1, décret de mars 1993)

L'information est donc à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation. C'est du jeu harmonieux de ces différentes composantes que naît un climat de confiance réciproque.

b) Importance de la communication dans l'information :

Josette Bourgon cite : "Informer c'est transmettre un savoir. C'est donner des raisons et des moyens d'agir. L'information fait partie du processus de communication." Elle ajoute : "communiquer c'est à la fois parler, entendre, répondre, mais c'est aussi comprendre et pour cela écouter sous peine d'utiliser deux langages parallèles, qui ne se rencontrent pas et aboutissent à un dialogue de sourd ."

En conclusion, il n'y a pas de communication sans passage d'informations et donc pas d'informations sans communication.

²² GROMB S. – "L'évolution du droit à l'information du patient" – In *Presse médicale*, 2003.

D'autre part, l'information est régie par un certain nombre de textes de lois qui s'appliquent aux soignants que je vais ainsi développer.

c) Législation :

Un devoir pour le soignant :

Informé est l'une des missions du soignant, car c'est également soigner. Ainsi, la Charte de la personne hospitalisée, dans son chapitre III, précise que : "... le personnel paramédical participe à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences..."

De plus, le Code de Déontologie médicale, dans son article 35 (cf. annexe IV) stipule que : "Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose." Mais, il ajoute que "toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave."

Les textes qui régissent la profession d'infirmier(e) sont clairs en ce qui concerne les informations données aux malades. C'est une obligation légale, comme nous le rappelle le Code de la Santé Publique : "L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement." (article R. 4312-32, livre III, Titre 1^{er}, cf. annexe V)

Force est de constater qu'informer le patient relève bien du devoir du soignant. Si ce dernier a l'obligation d'informer auprès du patient, celui-ci bénéficie du droit à recevoir cette information.

Un droit pour le patient :

Le malade doit recevoir une information complète et détaillée comme nous y engage la loi du 4 mars 2002 : chapitre II, Droits et responsabilités des usagers, article 11, L. 1111-2 du Code de la Santé Publique (cf. annexe VI A) : "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus."

Nathalie Lelièvre²³ nous spécifie également : "Une pratique respectueuse du patient incite à adapter l'information et le contenu du dialogue à l'état du patient. Aucune règle définitive et stricte n'est posée en la matière. Cependant, tout est question de personne et d'état de santé, d'aptitude à recevoir, comprendre et assimiler l'information."

De plus, par l'intermédiaire du praticien qu'il désigne, le malade a droit à l'accès à son dossier hospitalier. (article 1112-1 du Code de la Santé Publique, cf. annexe VI B)

²³ LELIEVRE (Nathalie), Juriste spécialisée en droit de la santé.

D'autre part, si la loi renforce le droit à l'information, elle en pose néanmoins de manière pragmatique les limites. La première limite résulte logiquement du refus du patient d'être informé. D'après la loi du 4 mars 2002 "la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée."

En conclusion, si le patient a le droit d'être informé, il n'en a pas l'obligation.

L'urgence peut également dispenser le professionnel de santé de son obligation d'information ; ici le patient doit en priorité recevoir des soins. L'information sera simplement différée.

d) Qui informe ?

"C'est au médecin, à l'exclusion de toute autre personne, d'assurer l'information médicale de son patient (diagnostic, traitement et soins proposés) ; il apprécie ce qu'il peut dire au patient en fonction de ce que celui-ci peut entendre."²⁴

Cependant, le malade s'adresse souvent aux infirmier(e)s, les percevant comme moins distant(e)s, étant donné le temps qu'ils (elles) passent avec les malades. L'infirmier(e) lui donnera ainsi, les éléments qu'il peut intégrer et qui lui sont nécessaires pour la compréhension d'un examen et de son état de santé, dans le respect du patient et des textes réglementaires.

e) Son contenu :

En premier lieu, Marie-Sylvie Richard²⁵, médecin à la Maison médicale Jeanne Garnier à Paris explique que son équipe commence par s'informer elle-même de ce que le malade sait. Cela pour que les informations soient adaptées à l'état du patient.

Le malade reçoit ensuite une information complète sur "son état, son évolution prévisible et les soins nécessaires ; il doit avoir également connaissance de la nature exacte des conséquences des actes ou des thérapeutiques qui lui sont proposés ; enfin les risques inhérents aux traitements et aux investigations envisagés doivent lui avoir été exposés."²⁶

Le magazine *Gestions hospitalières* précise que "l'information donnée au patient doit lui être intelligible : elle doit être simplifiée par rapport à un exposé spécialisé, évitant un langage trop technique et des détails superflus. [...] Il faut s'assurer que le patient saisit ce qu'on lui explique, lui laisser poser des questions complémentaires, lui proposer de répéter ce qu'il a compris pour vérifier que c'est le cas. [...]"²⁷

f) Son but :

"Le patient a droit à l'information [...] pour connaître son diagnostic et éventuellement son pronostic. En effet, c'est le respect du patient comme personne qui justifie

²⁴ BESANCENEY (J.-Cl.), HONO (R.), MICHOT (P.) et al. – Pratiquer... L'éthique et les soignants – Paris, Lamarre, 1996.

²⁵ RICHARD (Marie-Sylvie) – *Soins* – n° 573/574, Juin-Juillet 1993, p.16.

²⁶ DAUBECH (Lin) – Le malade à l'hôpital – p.207.

²⁷ PROUST (B.), SOUTOUL (E.) et WOLF (L.-M.) – "Droit à l'information et consentement aux soins" – In *Gestions hospitalières* – Janvier 2005, p.15.

ce droit à l'information. Etre informée, dans la mesure de sa capacité de réception, permet de se responsabiliser."²⁴

Ainsi, "Le but de l'information est de permettre au patient de faire un choix éclairé quand il accepte ou refuse un examen ou un traitement."²⁷

g) L'information dans la relation soignant-soigné :

Lin Daubech déclare que "le fondement de cette obligation d'informer le patient réside d'une part dans la nécessité de mettre ce dernier en situation d'exercer de façon raisonnée son droit à disposer de lui-même, d'autre part d'équilibrer une relation médecin-malade par nature inégalitaire."²⁶

"Dans la relation qui oppose le médecin au patient, l'un sait, l'autre pas. La relation est fondée entre celui qui demande et celui à qui il est demandé quelque chose. Le malade prête au médecin le savoir et le pouvoir. De ce savoir découle pour le médecin l'obligation d'informer le malade. L'obligation a sa source dans un déséquilibre des connaissances entre contractants. Elle suppose donc, du côté du médecin débiteur, la connaissance d'une information décisive, opposée à l'ignorance corrélative et légitime du malade créancier. L'information du malade a pour but de faire respecter tant que possible l'équilibre du contrat."²⁸

En conclusion, l'information est utile afin d'établir un équilibre dans la relation soignant-soigné entre celui qui sait (le médecin) et celui qui ne sait pas (le patient).

2) La vérité :

L'information contient donc des éléments, des renseignements. Une motion de vérité est donc incluse dans cet échange.

a) Qu'est-ce que la vérité ?

"La vérité est le caractère de ce qui est vrai ; conformité de ce qu'on dit avec ce qui existe." (LAROUSSE)

D'un point de vue philosophique, la vérité se définit comme "la conformité de ce que je dis avec ce qui est. Ce que je dis : il s'agit donc de mon jugement, ce qui est : il s'agit de la réalité, de ce qui est donné indépendamment de moi."²⁹

Mais nous pouvons nous demander : la vérité réside-t-elle dans la pensée ou dans les choses ? C'est-à-dire, réside-t-elle dans l'accord entre ce que je dis et la représentation que je me fais des choses ou bien dans l'accord entre ce que je dis et les choses telles qu'elles sont, soit la réalité ?

²⁴ BESANCENEY (J.-Cl.), HONO (R.), MICHOT (P.) et al. – Pratiquer... L'éthique et les soignants – Paris, Lamarre, 1996.

²⁶ DAUBECH (Lin) – Le malade à l'hôpital – p.207.

²⁸ LACHAUD (Y.) et AVELINE (L.) – "La responsabilité médicale pour défaut d'information : de l'évolution de la jurisprudence à une nécessaire réforme législative" – Gaz. Pal. n°167-169, spécial *Droit de la santé*, 16/17 Juin 1999.

²⁹ Site de philosophie, <http://www.philagora.eu/educatif/index.php/Philo-Bac>

Sur l'encyclopédie en ligne³⁰, il est écrit que "la vérité est une notion humaine, cette dernière est donc personnelle, chaque individu possède sa version d'une vérité. Lorsque deux individus communiquent, par n'importe quels moyens, chacun expose sa vérité aux autres."

Jomain Christiane, elle, dit que "la vérité ressemble à un cheminement dans lequel on s'engage avec quelqu'un qui cherche sa route. C'est l'aider à la trouver."³¹

En ce qui concerne le contenu de la vérité, Strobel³² et Schaerer³³ rappellent qu'il "est riche de multiples informations qui constituent chacune une partie d'un tout : la vérité quant au diagnostic en est l'un des éléments, celle qui concerne le pronostic en est un autre, l'annonce de la mort à venir en est un troisième. La vérité, c'est ce que va vivre la personne malade. Comment se représente-t-elle sa maladie ? Que vit-elle comme pertes ? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Mais aussi parfois, pourquoi l'exclure ? les découvertes, la maturation. Il ne faut pas oublier que la formulation d'une vérité n'est pas seulement un savoir sur une réalité mais elle contribue à créer cette réalité aujourd'hui et demain."

D'autre part, Mueller se demande "de quelle vérité parlons-nous ? La vérité scientifique, la vérité du soignant, du patient... ?" Elle ajoute : " la vérité n'est jamais une, elle est plurielle. La vérité c'est avant tout une expérience, une rencontre vivante, interactive, pleine de vie, mais aussi, pleine d'angoisses de mort, des deux côtés différemment."³⁴

Charles Jousselin³⁵ explique que la vérité c'est faire l'expérience:

- d'offrir au patient un temps de réflexion, de questionnement ;
- de sortir du discours scientifique parfois inhumain ;
- de permettre au patient de parler de sa vérité ;
- d'entendre du patient son histoire, son vécu, ses souffrances, ses angoisses de mort ;
- de respecter et de s'adapter aux mécanismes de défense du patient (le déni par exemple) ;
- d'observer et de vivre nos propres mécanismes de défense (mécanismes de protection).

b) Doit-on toujours dire la vérité ?

La vérité est-elle utile ?

Faut-il dire la vérité à une personne atteinte d'une maladie au pronostic sévère ?

D'après l'ouvrage *L'éthique dans les soins, de la théorie à la pratique*³⁶, dire la vérité comporte des inconvénients. Qui peut être certain d'un pronostic ? Qui peut prévoir la réaction de la personne à l'annonce d'un diagnostic ?

³⁰ Site encyclopédique, <http://fr.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9rit%C3%A9>

³¹ JOMAIN (Christiane) – Mourir dans la tendresse – Paris, Centurion, 1984.

³² STROBEL (Rémy) – Le vieil homme et la mort : réflexion à propos de la vérité – Mémoire présenté dans le cadre du Diplôme universitaire de soins palliatifs et d'accompagnement des mourants, Université Claude Bernard, Lyon 1, 1998.

³³ SCHAERER (René) – "Contenu objectif de la vérité" – In *Jalmarv*, 1986, 7, 20-25.

³⁴ MUELLER (Elizabeth) – "Quelle vérité pour quel malade ?" – In *Jalmarv*, Juin 1994 ;37, 28-37.

³⁵ JOUSSELIN (Charles), praticien hospitalier, Equipe mobile de soins palliatifs, CH Seclin (59).

³⁶ PAYCHENG (Odile) et SZERMAN (Stéphane) – L'éthique dans les soins, de la théorie à la pratique – Heure de France, 1998.

Mais se taire en comporte aussi. N'est-ce pas priver la personne de la possibilité de mettre ses "affaires" en ordre ? N'est-ce pas la priver de vivre en toute conscience la dernière étape de sa vie ? N'est-ce pas l'empêcher de vivre sa mort ?

Pour Chneiweiss Laurent, afin de décider de dire au malade la vérité sur son état, "nous devons réunir au moins deux conditions : - avoir la certitude du diagnostic, ce qui reste du domaine technique mais qui n'est pas toujours évident,

- savoir ce qu'attend le patient de son interlocuteur (médecin ou soignant).

Cette seconde condition renvoie au double problème de la communication et de l'introspection. Il ne s'agit plus ici de se tromper de niveau d'observation !"³⁷

En effet, "certains patients feignent une grande sérénité mais s'effondrent entièrement lors de la nouvelle ; d'autres la demandent en implorant et se suicident peu après l'avoir apprise. Ailleurs, les soignants sont régulièrement surpris par l'acceptation de certains malades dont la fragilité était à priori évidente. Parfois, l'anxiété anticipatoire de l'annonce imminente s'estompe lors de l'épreuve de réalité. Il est donc nécessaire d'avoir une vision plus globale de la personnalité du patient, d'autant que l'attitude d'un jour n'est pas forcément celle du lendemain."³⁷

Roy Claude complète la première condition puis donne son avis : "On doit la vérité à autrui ? Dire la vérité est un devoir ? Il faut d'abord être certain de la connaître cette vérité... Si la révélation à un malade de la gravité de son état aggrave encore celui-ci ; impose au patient une souffrance morale qui l'affaiblit davantage, n'aide en rien à le soigner et à le guérir, mais au contraire l'enfoncé, il est évidemment criminel de lui asséner la vérité."³⁸

Par ailleurs, lorsqu'on s'interroge : La vérité est-elle utile ? Mueller répond simplement "oui".³⁵

Mais Roger Spithakis précise que "la vérité n'est pas sans danger pour de nombreux malades qui n'ont pas l'âme forte."³⁹

De plus, certaines citations en disent long... :

"Personne ne peut regarder sa mort ni le soleil en face très longtemps" La Rochefoucauld.

"Vous connaîtrez la vérité et la vérité vous affranchira" Jean 8 : 32.

D'autre part, G. J. Warnock (philosophe anglais) citait la véracité comme une vertu majeure, sur le même pied que la bienfaisance et la justice.

Kant a défendu également la vérité et prétendait même qu'il serait mal de mentir à un meurtrier cherchant la cachette de sa future victime.

Dans d'autres cas, c'est le mensonge que certains philosophes défendent. Platon approuvait les mensonges publics pour le bien de la société et de nombreux philosophes admettent le mensonge quand la vérité peut causer une souffrance sérieuse.

³⁷ CHNEIWEISS (Laurent) – Les soignants face à la psychologie des maladies – Paris, Lamarre, 1999.

³⁸ ROY (Claude) – La fleur du temps – Paris, Gallimard, 1988.

³⁵ MUELLER (Elizabeth) – "Quelle vérité pour quel malade ?" – In *Jalmy*, Juin 1994 ;37, 28-37.

³⁹ SPITHAKIS (Roger) – La vérité et le cancer– Paris, Resma, 1973, p.29, p.63.

Bruaire fait une autre analyse de la vérité. Selon lui, "La vérité supprime notre droit naturel à l'espoir, dans la vie continuée et provoque la désespérance. Il en résulte que le médecin n'a pas le droit de dire cette vérité, dans toute la mesure où il usurpe le droit d'aller jusqu'au terme dans l'incertitude de son moment, pour réduire le droit à la mort au droit au suicide et incliner à user de ce droit. [...] La vérité qui ne peut être reçue n'est pas à dire : elle perd ses droits quand elle s'identifie à l'insupportable fatalité."⁴⁰

Even Guy déclare qu'il y en a qui "disent d'autant plus facilement que la maladie est moins absolument dramatique et que l'on a quelque chose à proposer" et qu'il y en a d'autres qui "ne disent pas, ou avec tellement de difficultés, quand l'inéluctable semble trop présent" ou bien qu'il y en a qui "disent encore – pas tout mais déjà assez- quand, coincé, il faut bien pour faire accepter un lourd traitement se résoudre à parler "et ceux qui" disent moins quand c'est possible, quand le flou du fait de la maladie ou du patient semble pouvoir encore, un peu, régner..."⁴¹

Un autre avis de Marie-Sylvie Richard : "A chaque nouvel épisode de la maladie, à chaque complication, il est bon de donner une information au malade qui le souhaite. [...] Avec lui et en équipe, nous cherchons à nous adapter à cette nouvelle situation et à redéfinir la "stratégie du combat" ; une information claire, même si elle apporte des nouvelles graves, est plus rassurante que le non-dit ou le mensonge."²⁵

Mais, "infiniment nombreux sont les malades qui, sans jamais l'avouer, ni se l'avouer, "savent". Une instance d'eux-mêmes sait. Pour une vérité de raison, toutefois, ils ne cherchent pas à éclaircir la situation. Ils ne le disent pas à leurs proches. Ils ne le demandent pas à leur médecin. Ils subissent toutes sortes de traitements, voient la situation évoluer, côtoient des problèmes menaçants et ne demandent rien. [...] Dans une telle situation où le système de défense se manifeste, la vérité ne semble pas devoir être dite."⁴²

"Il y a aussi à l'inverse, ceux qui veulent vraiment savoir, pour toutes sortes de raisons : religieuses, philosophiques, matérielles. Ils souhaitent que cela soit dit avec les mots les plus crûs, et s'en arrangent, réorganisent leurs rapports avec eux-mêmes et autrui, sur cette base nouvelle, et vivent peut-être une expérience authentique et importante dont il n'appartient pas à un médecin, ni à quiconque de les priver."⁴²

Comme nous venons de le voir, il n'y a pas de réponses précises mais plutôt faut-il s'adapter au cas par cas.

Mais, dans tous les cas, lorsqu'on se demande "doit-on toujours dire la vérité ?", toute réponse choisie par le soignant que ce soit oui ou non "amène à reconnaître [...] que nous avons en fait accès qu'à une seule chose. Non pas au bien du patient en soi mais à l'idée que nous nous en faisons. Autrement dit à notre représentation de ce bien pour lui, avec ce qu'elle doit évidemment aux mécanismes de projection et d'identification. N'est-ce pas en effet ces projections-là avec ce qu'elles conjuguent de position personnelle (ce que je pense que je préférerai si cela m'arrivait) qui interviennent et font pencher la balance – ou tout au moins

⁴⁰ BRUAIRE (Claude) – *Une éthique pour la médecine* – Paris, Fayard, p.53-57, 1978.

⁴¹ EVEN (Guy), médecin généraliste – "Dire ou ne pas dire la vérité" – In *Champ psychosomatique*, n°13, p.1-7, 1998.

²⁵ RICHARD (Marie-Sylvie) – In *Soins* – n° 573/574, Juin-Juillet 1993, p.16.

⁴² - *Faut-il dire la vérité aux malades incurables ?* – Travail réalisé dans le cadre du séminaire de Bioéthique 1997 de la Faculté Notre Dame de la Paix de Namur ayant pour thème « Qualité de vie et vie finissante ».

participent à son orientation – soit plutôt vers le oui, soit résolument vers le non ? Dans ce domaine un fait semble donc assuré : la présence de nos projections."⁴¹

Et la confiance dans tout cela, si on ne dit pas la vérité ?

Le Docteur Caro dit que "le médecin est lié au malade par un contrat de confiance. [...] Or la vérité fait partie de cette relation de confiance. Il ne s'agit pas d'asséner cette vérité brutalement sans préparation. Il y a des mots pour dire les choses."⁴³

De plus, "Le doute mine et angoisse, la vérité la plus difficile amène à réagir. [...] C'est finalement toujours plus facile de gérer la vérité que le silence ou le mensonge. La confiance qui permet au patient de se battre, d'adhérer, est rompue par la non-vérité."²⁴

Que se passe-t-il alors si la vérité n'est pas dite ?

3) Le non-respect du droit à l'information et à la vérité :

Après la question du "faut-il", celle du "pourquoi". Pourquoi donc faudrait-il ou ne faudrait-il pas la dire cette vérité ? Quelles en sont les causes ?

a) Causes :

Le plus souvent on ne dit pas la vérité "pour le bien du malade" comme l'exprime Guy Even : "Que les réponses de "doit-on toujours dire la vérité ?" penchent du côté du oui ou du côté du non, elle partagent donc une origine commune : l'idée du bien du patient."⁴¹

D'autre part, Marie-Sylvie Richard explique aussi que des malades lui répondent encore "je ne sais pas ce que j'ai ; vous savez, les médecins, on ne les voit pas souvent, on m'a fait beaucoup d'exams, mais je n'en connais pas les résultats." Elle se demande donc "Ne leur a-t-on jamais dit le nom de la maladie ?" et répond "Tout est possible !"²⁵

Elle précise aussi que "certains malades préfèrent, semble-t-il, ne rien savoir et vivre au jour le jour, sans parler de leur maladie, demandant seulement à être correctement soulagés."

Mais cela ne veut pas dire qu'il ne sait pas car sans jamais avoir évoqué le nom de sa maladie "tout à coup, il évoque sa mort. Sa famille pensait qu'il ne savait rien ! Or il a bien tout compris. L'information ne passe pas seulement par nos paroles, mais traverse notre être." explique Marie-Sylvie Richard²⁵.

Il y a aussi le patient qui "refuse d'être informé parce qu'il a peur, qu'il ne se sent pas encore en mesure d'écouter, d'entendre."⁴⁴

⁴¹ EVEN (Guy), médecin généraliste – "Dire ou ne pas dire la vérité" – In *Champ psychosomatique*, n°13, p.1-7, 1998.

⁴³ CARO (Denise) – "Annonce d'une mauvaise nouvelle" – In *La proximologie au quotidien*, n°7957, p.11, Jeudi 11 Mai 2006.

²⁴ BESANCENEY (J.-Cl.), HONO (R.), MICHOT (P.) et al. – *Pratiquer... L'éthique et les soignants* – Paris, Lamarre, 1996.

²⁵ RICHARD (Marie-Sylvie) – In *Soins* – n° 573/574, Juin-Juillet 1993, p.16.

⁴⁴ CHARNAY-SONNEK (Françoise) – "Les annonces au cours de la maladie chez un patient atteint de cancer" – In *Pratique infirmière*, Vol. 4, Octobre-Novembre-Décembre 2004, p.20-21.

De plus, il y a les enfants qui veulent protéger leurs parents. Ainsi, le Docteur François Girault⁴³ (médecin généraliste à Carsac, 24) reçoit les grands-enfants de Monsieur Y, 61 ans, atteint d'un cancer prostatique métastasé, qui lui demandent de ne pas révéler le diagnostic à leurs parents de peur que ceux-ci ne s'effondrent en apprenant la nouvelle. Devant l'insistance des enfants et l'absence de questions du couple, le Docteur Girault obtempère et n'aborde pas la question du diagnostic devant le patient et sa femme.

Le soignant accompagné parfois de la famille du malade a un rôle protecteur envers le patient. Mais cette protection par le silence est-elle pertinente ?

Plus généralement, il y a l'entourage qui ne veut pas que le patient soit au courant (peur d'un suicide, d'une dépression,...) comme l'explique Marie-Sylvie Richard : "Dès l'accueil du malade, certaines familles supplient de ne rien dire : "le malade ne pourrait supporter la vérité ; et puis on lui a toujours menti, il croit qu'il va guérir." [...]"²⁵

Quels retentissements peut-il y avoir sur le patient ainsi que sur le soignant lorsqu'il ne connaît pas la vérité sur son état de santé ?

b) Conséquences :

En ce qui concerne le soignant, Françoise Charnay-Sonnek explique qu'il peut arriver que des jeunes infirmier(e)s se trouvent désarmés face à des situations critiques, préférant se retrancher derrière les soins techniques et ignorer la détresse du patient qui n'est pas ou mal informé.

Marie-Sylvie Richard, médecin en soins palliatifs, explique que trop de malades leur sont adressés sans aucune préparation psychologique. "La non-préparation des malades reflète le malaise de certains soignants (médecins surtout) devant l'aggravation des malades, et l'échec des thérapeutiques entreprises ; leur conduite d'évitement ou de fuite leur épargne un dialogue difficile avec le malade, qui bien sûr posera les questions redoutables : quand vais-je guérir ? Puis-je guérir ? Alors, je vais mourir ?"

Dans l'ouvrage *Pratiquer... L'éthique et les soignants*, un cas concret est exposé. Il s'agit d'un homme algérien ayant travaillé en France qui souhaite passer sa retraite dans son pays d'origine. Il tombe malade, un diagnostic du cancer du péritoine est posé. Il retourne en France pour se faire soigner. Après plusieurs thérapeutiques, le pronostic est fatal. L'équipe médicale propose un retour au pays sans l'informer du pronostic. Il décide de rester en France et de retourner en Algérie quand il sera guéri. Deux jours plus tard, il meurt. "Le choix de ce malade de rester en France jusqu'à la guérison laisse entendre qu'il ne sait pas du tout la gravité de son état, puisqu'il espère guérir et repartir ensuite. Mais il ne dispose pas de l'information capitale à savoir : sa maladie ne répond plus au traitement. Son choix n'étant pas éclairé, a-t-il eu vraiment le choix ?"²⁴

En effet, "ce malade n'a pas pu choisir en connaissance de cause son retour en Algérie, pays où il avait décidé de finir ses jours puisqu'il y est retourné dès sa retraite." Tout

⁴³ CARO (Denise) – "Annonce d'une mauvaise nouvelle" – In *La proximologie au quotidien*, n°7957, p.11, Jeudi 11 Mai 2006.

²⁵ RICHARD (Marie-Sylvie) – In *Soins* – n° 573/574, Juin-Juillet 1993, p.16.

²⁴ BESANCENEY (J.-Cl.), HONO (R.), MICHOT (P.) et al. – *Pratiquer... L'éthique et les soignants* – Paris, Lamarre, 1996.

cela parce qu' on "a voulu, semble-t-il, protéger ce malade, mais sans connaître ce qu'il voulait savoir, ce qu'il voulait faire, ce qu'il était capable d'entendre."²⁴

Le patient n'a donc pas pu faire son choix en ce qui concerne la manière dont il aurait aimé vivre ses derniers jours.

D'autre part, Marie-Sylvie Richard explique que le malade ne peut pas rester dupe "car son corps l'informe plus que nos paroles sur la gravité de son état." Par conséquent, "un jour la conspiration du silence ou du mensonge ne fera que l'isoler dans une profonde détresse et une grande solitude."²⁵

Il est ajouté qu' "une très grande tension se fera alors ressentir, le patient sera très renfermé sur lui même, voire agressif, que ce soit vis-à-vis du personnel ou de sa famille."²⁵

Josette Bourgon, dans son ouvrage sur l'information du malade à l'hôpital, nous parle des effets du manque d'information. Selon elle, "la principale conséquence est une augmentation de l'angoisse existentielle, inhérente à la condition humaine." Elle cite également en terme de conséquences : "la dépendance liée à l'hospitalisation, la régression et l'infantilisation ainsi que la solitude."

De plus, elle explique qu'il est impossible pour ces malades d'établir une relation de cause à effet entre un examen, par exemple, et l'affection dont ils souffrent... "Les malades sont donc amenés à imaginer ce qu'ils ne savent pas et à fantasmer à partir de ce qu'ils ignorent ou ont intercepté."

Elle conclut en disant que "le manque d'information, en plaçant les malades dans une grande insécurité, augmente leur angoisse, sur-dramatise la situation, et ne leur permet ni de la comprendre ni d'avoir une prise sur elle."

Plus particulièrement, les conséquences sur la relation soignant-soigné :

Sur le plan philosophique, "il est reconnu que si le droit à la vérité n'est pas respecté, la relation soignant-soigné se dénaturera pour se voir réduite à la négation, la déshumanisation de l'autre au profit du pouvoir fondé sur un savoir qui ne se partage pas."³⁴

Du côté législatif, "ce qui est protégé par la loi et peut entraîner une obligation de réparation pour l'hôpital, c'est le manque d'information ayant entraîné pour le malade un défaut de consentement. Son préjudice est constitué par la perte de chance d'échapper au risque survenu, posé au regard des bénéfices tirés de l'intervention."²⁴

²⁵ RICHARD (Marie-Sylvie) – In *Soins* – n° 573/574, Juin-Juillet 1993, p.16.

³⁴ PAYCHENG (Odile) et SZERMAN (Stéphane) – L'éthique dans les soins, de la théorie à la pratique – Heure de France, 1998.

RECUEIL PRATIQUE

Afin de confronter la problématique avec la réalité, un recueil pratique est réalisé. Pour cela, différents outils peuvent être utilisés. Pour ma part, j'ai choisi l'entretien. Il s'agit d'un acte de communication directe et orale, qui porte sur le discours du sujet concernant des faits, des représentations. Il permet des retours en arrière et des projections dans l'avenir. Plus particulièrement, j'ai sélectionné l'entretien semi dirigé. J'ai donc pré-établi un petit nombre de questions ouvertes (annexe VII), validées par ma référente de mémoire, qui m'ont servies de guide à l'entretien. Cela permet à la personne interrogée de s'exprimer sur des sujets pré-établis, tout en lui laissant une grande liberté d'expression à l'intérieur de ce cadre. Elles permettent surtout d'éviter que le thème de l'entretien ne dévie de manière incontrôlée.

L'entretien présente comme principaux avantages la rencontre avec l'autre, l'enrichissement mutuel. Il permet également une meilleure approche des réponses, avec la possibilité à tout moment de pouvoir demander des explications complémentaires sur une réponse ou pouvoir élargir le sujet. Enfin, il permet de commencer une analyse plus rapidement car nous sommes tout de suite en possession des réponses.

En revanche, il nous oblige à réaliser une étape supplémentaire qui est la retranscription des points essentiels des entretiens (annexe VIII). Cette étape peut être plus ou moins longue compte tenu de la densité de certains entretiens.

J'ai donc interrogé quatre infirmier(e)s : une travaillant en service d'hématologie, deux en libéral et un aux urgences. N'étant pas du même milieu professionnel, ces soignants m'ont permis d'avoir une plus grande richesse dans mes réponses.

Afin de mieux comprendre les différences et les similitudes entre la théorie (recueil théorique) et la pratique (quatre entretiens réalisés), une analyse a été faite.

ANALYSE

Afin d'apporter un élément de réponse, voire de résoudre la question de départ qui est : en quoi la relation soignant-soigné est-elle modifiée lorsque le patient ne connaît pas la vérité sur son état de santé ? , il m'a semblé le plus judicieux de commencer par une explication du terme de la relation soignant-soigné.

Je précise que les infirmier(e)s interrogé(e)s ont eu des difficultés à trouver les "bons mots". En effet, ils ont eu du mal à expliquer ce terme même s'ils avaient parfaitement l'idée de ce que cela représentait. Je pense juste que, sachant que ce sont des infirmier(e)s qui travaillent depuis plus de dix ans, le fait d'être sorti du système scolaire depuis ces nombreuses années fait perdre les termes théoriques.

Dans mon cadre conceptuel, il est évoqué plusieurs fois une différence de niveau entre le soignant et le soigné. Plus clairement, il y a le soigné qui "souffre et qui ne sait pas [...], en position de faiblesse"⁸ et le soignant qui "dispose du savoir et du pouvoir"⁸. Le terme de dépendance du soigné au soignant est même cité.

Lors de mes entretiens, trois infirmier(e)s ont souligné cette différence : "l'un était là pour soigner l'autre", notion de "besoin et d'offre". Par contre, une infirmière, elle, a indiqué que c'était tout d'abord "une relation d'Homme à Homme", puis que "le patient donne et reçoit, le soignant aussi." Lors de l'entretien, elle m'avait expliquée que le patient avait besoin du soignant et inversement.

A mon avis, dans le terme relation soignant-soigné, il y a déjà le mot "relation" ce qui est un échange entre deux êtres quel que soit leur sexe, âge, rôle. Ensuite, une différence est appuyée car les rôles sont différents. Le soignant effectue son métier qui est de soigner celui qui en a besoin : le malade (soigné). Mais si je m'attarde un peu sur cette réflexion, je me dis qu'afin d'exercer son métier, le soignant a besoin du soigné comme ce dernier a besoin du soignant. Il y a donc là, un même niveau de rôle.

De plus, il a été évoqué lors des entretiens, le fait que ce soit l'infirmier(e) le plus proche du patient dans cette relation et de ce fait l'intermédiaire entre le patient et le médecin. Ce qui est aussi indiqué dans mes recherches théoriques.

Selon moi, beaucoup de patients ont des difficultés de compréhension par rapport à ce que leur dit le médecin du fait de l'utilisation de termes médicaux. Sachant que l'on est plus présent(e)s auprès d'eux, il est vrai que le patient osera mieux nous demander une explication sur ce qu'il lui a été dit par exemple.

Dans mes recherches théoriques, différents types de relation soignant-soigné sont évoqués (relation de civilité, fonctionnelle, d'aide) qui sont chacune différentes. Lors d'un entretien, une infirmière me parle de "relation affective" qui peut devenir presque "familiale". Ce genre de relation s'applique plus particulièrement dans le milieu libéral. En effet, lorsque l'infirmier(e) vient tous les jours chez une personne qui habite isolée et voit peu de gens, une relation affective voire familiale peut s'installer, ce que je peux comprendre.

En effet, les résultats de mes recherches portent surtout sur des idées en milieu hospitalier ce qui explique peut-être que cette relation n'est pas citée car, il est vrai que les relations sont différentes du milieu hospitalier au milieu libéral. Je rajouterai qu'il faut quand même laisser une certaine distance entre le soignant et le patient même si la relation est forte.

En ce qui concerne les éléments essentiels de la relation soignant-soigné, les infirmier(e)s ont cité les mêmes que dans mes recherches, à savoir:

- un échange d'informations et d'explications

⁸ FROMENT (Alain). – Maladie, souffrance et médecine soignante – Les Archives Contemporaines, 2001.

- l'écoute
- la communication verbale et non verbale
- le respect de la personne.

Cependant, la notion de coopération est soulignée dans le cadre conceptuel : "le patient vient parce qu'il souffre ou présente un malaise quelconque et il est prêt à coopérer avec l'aide que le médecin va lui offrir" mais aucun(e) infirmier(e) ne m'en a fait part dans les entretiens.

Pour moi, il est essentiel qu'il y ait une coopération dans cette relation afin que cela fonctionne aussi bien du côté du patient que celui du soignant. Il faut que le soigné soit volontaire ainsi que le thérapeute afin d'avoir une qualité de relation satisfaisante.

D'autre part, un élément essentiel de la relation cité dans mes recherches théoriques n'a pas été évoqué dans les entretiens. C'est effectivement le temps. Il est vrai qu'il faut aussi avoir le temps pour que la relation soignant-soigné s'installe. Je pense ainsi que dans un service où il y a une importante charge de travail ou alors peu de personnel, cette relation - en tous les cas, ce qu'elle comporte - sera moins vraie, moins forte qu'ailleurs où le temps est moins précieux.

Celui qui est ressorti est la confiance. Elle est évoquée aussi bien dans la théorie que dans la pratique. Plus particulièrement, dans la théorie, on parle de "double confiance" : confiance du patient envers le soignant et réciproquement.

Je trouve que pour la relation soignant-soigné soit efficace, il faut qu'une certaine confiance soit présente ainsi les échanges seront réalisés avec beaucoup plus de facilité.

Alors, j'ai voulu connaître les avis des infirmier(e)s sur la question comment s'installe la confiance et grâce à quoi ?

Tout d'abord, les infirmier(e)s interrogés ont tous exprimé l'idée que la confiance était indispensable à la relation soignant-soigné. Sauf une infirmière qui m'a expliquée que parfois, la confiance ne n'installait pas dans certaines relations. Cela dépendait surtout du patient, suivant ce qu'il attendait de l'infirmier(e). Cela me laisse perplexe car, je pense qu'à partir du moment où le patient se fait soigner c'est qu'il a une certaine confiance au fond de lui envers le soignant. Le malade qui n'a aucune confiance envers le thérapeute ne se laissera pas soigner.

Du côté théorique, après avoir consulté plusieurs ouvrages et articles de différents auteurs, la même opinion en ressort : celle de la confiance indispensable.

Pour ma part, je pense que la confiance est toujours présente dans la relation soignant-soigné mais à différents niveaux. En effet, sans connaître le soignant, le patient peut douter de ses capacités et donc se méfier. Cela peut se passer au début de la prise en charge du patient.

Ensuite, je retrouve des similitudes entre mes recherches théoriques et les entretiens réalisés en ce qui concerne l'installation de la confiance. En effet, elle s'installe petit à petit. Elle se gagne avec le temps. Les infirmier(e)s interrogés ainsi que les différents ouvrages étudiés expliquent que la confiance s'installe avec une attitude empathique et soulignent plus particulièrement la présence d'une écoute et d'une communication indispensables. Le terme d'"authenticité" dans les propos du soignant est cité dans la théorie. De même, un infirmier, lui, évoque la sincérité.

Ainsi, mentir ou ne rien dire nuirait-il à la relation de confiance ?

D'autre part, deux infirmier(e)s (travaillant en milieu libéral) ont exprimé le fait que la compétence et l'efficacité du soignant jouent un rôle dans l'installation de la confiance. Il est

mentionné également dans mes recherches théoriques que c'est par notre professionnalisme que le malade nous fait confiance.

Je suis du même avis. Prenons un exemple simple et concret. Un infirmier va faire une prise de sang à un patient. La première fois, elle échoue. Elle recommence et manque de nouveau la veine. Elle décide donc de passer la main et appelle un(e) collègue. Ce dernier y arrive dès la première fois. Généralement, le patient va voir différemment les deux infirmiers. Pour lui, le deuxième infirmier aura été plus efficace est donc plus professionnel. Ainsi, il aura certainement mieux confiance en celui-ci même si le fait de manquer une prise de sang ne fait pas douter de la qualité de travail d'un soignant. Cela peut arriver à n'importe quel(le) infirmier(e).

Par ailleurs, les infirmier(e)s ont été précis en répondant à la question : grâce à quoi s'installe la confiance ?

Ils ont évoqué qu'un simple sourire, la gentillesse permettaient que la confiance s'établisse. Une infirmière m'a même fait part que le fait de venir du même milieu (même région, même village) ou d'avoir des connaissances communes facilitait l'installation de la confiance.

Il est vrai, surtout pour les personnes âgées, lorsqu'elles savent que l'on est du même village par exemple ou que l'on connaît les mêmes personnes, cela les rassure. Ainsi, le contact se fait plus aisément.

De plus, un autre infirmier a exprimé l'idée qu'une relation saine, c'est-à-dire où il n'y a pas de dominance de l'un par rapport à l'autre serait utile à l'installation de la confiance. Mais nous avons vu en analysant la première question qu'une différence était marquée entre le soignant (celui qui dispose du savoir et du pouvoir) et le soigné (celui qui souffre et qui ne sait pas). Alors, la notion de confiance serait-elle faussée dès le départ ?

Pour conclure, je remarque que la confiance s'installe suivant plus particulièrement la conduite du soignant. Comme le cite une infirmière, c'est donc aussi, grâce à une capacité d'adaptation du soignant.

D'autre part, j'ai voulu savoir ce qu'était, pour les soignants, qu'informer un patient.

Je retrouve les mêmes significations que dans mon cadre conceptuel à savoir que le soignant donne des renseignements en terme général. Autant dans la théorie que dans les entretiens, il a été souligné que l'infirmier(e) doit s'assurer que le patient ait bien compris l'information donnée.

A mon avis, il est important de donner une information claire, avec des mots simples et vérifier que le patient ait bien compris en utilisant la méthode de re-formulation et en lui posant des questions. Il est important de laisser le temps au patient afin qu'il comprenne et qu'il réfléchisse aux interrogations (s'il en a).

Les infirmier(e)s, tout comme dans mes recherches théoriques, ont cité comme types d'informations : informations sur les examens (but, déroulement, etc.), les soins, les complications possibles de la pathologie, le fonctionnement d'un traitement, l'état de santé du patient et son diagnostic. Par ailleurs, les soignants ont tous précisés que la révélation d'un diagnostic devait être fait par un médecin comme le disent les textes de lois. Mais l'infirmier(e) est là pour évaluer la compréhension des informations données au patient.

De plus, dans mon cadre conceptuel, on parle d'information sur tout ce qui est pathologie, thérapeutique, etc. mais l'information administrative n'est pas citée contrairement aux entretiens.

Pour moi, cette information est tout aussi importante. Je pense que le fait d'expliquer au patient la démarche pour avoir la ligne téléphonique dans la chambre, la télévision qui se

loue dans certains centres hospitaliers, le fonctionnement pour régler l'hospitalisation, etc. diminue le stress de certains patients et les rassure. Il est important de les informer aussi sur l'organisation du service (heure des repas, des soins, etc.) afin qu'il se sente le moins égaré possible.

Pourquoi informe-t-on ? Tout d'abord, comme le dit la théorie (textes de lois) et un infirmier interrogé : informer est un devoir pour le médecin et un droit pour le patient. On informe le soigné pour qu'il se responsabilise et afin de le rendre autonome en ayant des connaissances sur sa pathologie, ses soins dispensés, etc.

A mon avis, l'information est importante de ce point de vue là. C'est-à-dire que si le patient est informé sur sa pathologie, il sera repérer les signes de celle-ci ou d'une rechute et le traitement pourra être mis en place plus rapidement par exemple. Si le patient a des connaissances sur sa pathologie, le suivi est différent.

Comme l'évoque les recherches théoriques et les entretiens, on informe le patient tout simplement pour qu'il sache pourquoi on réalise tel soin sur lui. En fait, on l'informe afin d'anticiper ses interrogations. Ce qui permettra chez certaines personnes de les rassurer.

Lors d'un entretien, une infirmière m'a fait part du fait qu'informer le patient lui permettait de se sentir pris en charge. De plus, dans mes recherches théoriques, il est dit que l'information est le ciment de la relation et à la fois le produit de la communication. C'est du jeu harmonieux de ces composantes que naît un climat de confiance réciproque.

Je pense qu'en informant un patient, il se sent soutenu et voit qu'il y a du monde qui l'entoure et s'occupe de lui. Il n'est pas laissé seul. Il est vrai qu'à partir de là, la relation peut se renforcer, se forger et la confiance s'installer.

De plus, un infirmier m'a expliquée qu'informer c'était prévenir pour agir dans le sens du patient. Dans mes recherches théoriques, il est dit que "le but de l'information est de permettre au patient de faire un choix éclairé quand il accepte ou refuse un examen ou un traitement."²⁷ La signification de ces deux phrases se rapproche. Par exemple, on informe le patient sur son diagnostic afin qu'il soit au courant pour ensuite prendre une décision : suivre un traitement ou pas. En fonction de cela, on s'adapte au patient, on agit dans son sens. A mon avis, cela nous montre que l'information est importante car suivant le patient, un traitement sera mis en place ou non. Il faut respecter son choix et avancer dans son sens en sachant qu'il peut y avoir d'autres thérapeutiques instaurées. C'est le patient qui guide le soignant dans ce cas là. Le même infirmier m'a dit "informer c'est prévenir pour protéger." Cette idée n'est pas évoquée dans mon cadre conceptuel. Je suis d'accord avec cela car, prenons l'exemple d'une personne diabétique. Il est indispensable d'informer cette personne des complications éventuelles comme le mal-perforant plantaire afin de la protéger en l'éduquant (propreté des pieds, chaussures confortables, etc.)

Lors d'un entretien, une infirmière a souligné que le but d'informer était aussi de s'inclure avec eux dans les soins, dans le processus de la maladie.

Je pense que lorsque le patient est informé, il est donc au courant de son diagnostic ou autre. Il peut donc, avec le soignant commencer à se battre contre la même chose qu'est la maladie. En somme, on met au courant le patient afin qu'il soit au même niveau de connaissances sur sa pathologie que le médecin. En ayant le même départ, le combat contre la maladie à deux sera une aide pour le malade.

Informer c'est donc donner des connaissances à quelqu'un. Mais, justement, doit-on toujours tout dire sur l'état de santé du patient ?

²⁷ PROUST (B.), SOUTOUL (E.) et WOLF (L-M.) – Droit à l'information et consentement aux soins – *Gestions hospitalières* – Janvier 2005, p.15.

Tou(te)s les infirmier(e)s ont eu des difficultés à répondre à cette question, la trouvant délicate et très générale. Il est vrai que chaque réponse dépend d'un cas précis. Ici aussi, tous ont bien précisé que c'était au médecin de faire l'annonce d'un diagnostic.

Beaucoup d'entre eux m'ont fait part des situations qu'ils avaient vécu. Je savais que cette question était difficile (me l'étant posée en milieu de formation devant une situation expliquée en introduction). Mais je pensais que chacun d'entre nous se l'était posée au moins une fois dans sa carrière. J'ai remarqué alors qu'une certaine émotion apparaissait chez certains d'entre eux. C'est cela qui m'a vraiment fait comprendre que ce sont des situations délicates voire pénibles pour un soignant. De nombreuses paroles se sont échangées au sujet de cette question.

Il est évident – les recherches théoriques et les entretiens le montrent bien – qu'on ne peut pas répondre "oui" ou "non" à une telle question.

Pour commencer, deux infirmiers interrogés expliquent qu'il faut connaître son patient. Il faut savoir ce qu'il est capable d'entendre, ce qu'il veut savoir, tout cela en l'écoutant.

Dans mes recherches théoriques, l'idée est similaire : "il est nécessaire d'avoir une vision globale de la personnalité du patient."³⁷ Bien sûr, on explique l'état de santé du patient s'il veut le connaître mais celui qui ne veut rien savoir, nous ne devons pas l'obliger. Ce concept est retrouvé autant dans mes recherches théoriques que dans les entretiens.

Deux autres infirmiers ont plus insisté sur le fait qu'il fallait dire la vérité sur l'état de santé du patient. Pour un, la question était de savoir plutôt à quel moment et comment le lui dire ? Pour l'autre, il explique qu'il faut dire la vérité pour avoir une relation de confiance.

En effet, dans mes recherches théoriques il est expliqué que la non-vérité rompt la confiance.

Selon moi, il faut comprendre que si, parfois, on ne dit pas la vérité c'est aussi pour le bien du patient, pour éviter qu'il ne se fasse du souci. En tant que médecin ou infirmier, le soignant est capable de faire la distinction entre taire une petite aggravation (hausse de la température corporelle par exemple) sur l'état de santé du patient qui pourrait l'affaiblir un peu plus psychologiquement et l'annonce d'un diagnostic. L'exemple est exagéré mais c'est voulu.

Donc le fait de ne pas dire la vérité c'est dans un but optimiste. Si le patient a compris que c'était pour son bien, alors la confiance n'est pas rompue car comme l'indique sa définition : "c'est le fait d'attendre d'autrui des comportements favorables."

Si l'on reprend la phrase citée ci-dessus : "la non-vérité rompt la confiance", cela voudrait dire que même si le patient est fragile psychologiquement et que son état physique s'aggrave, il faut le lui dire ?

Je ne suis pas tout à fait d'accord. Prenons l'exemple d'une personne qui a une escarre au sacrum (qui ne peut donc pas la voir). Cette altération de l'état cutané lui fait faire du souci, elle n'a pas le moral et s'affaiblit de plus en plus. Elle demande, lors de la toilette, quelle évolution y-a-t-il ? Nous voyons bien que l'escarre n'est pas en voie de guérison et que l'état s'aggrave. Sachant que cette personne ne va pas bien psychiquement, il ne me semble guère judicieux de lui dire que l'évolution va dans le mauvais sens. Alors comme le dit une infirmière dans un entretien, "on bifurque, on reste vague." Et pourtant, lorsqu'on y réfléchit, on peut se dire "je n'ai pas menti, mais je n'ai pas dit la vérité non plus."

Dans certaines de mes recherches et de mes entretiens effectués, je retrouve la même idée : le fait de ne pas tout dire sur l'état de santé du patient lorsque cela peut l'affaiblir, ce qui n'aide en rien à le soigner. Il est même dit qu'il est "criminel de lui asséner la vérité"³⁸ dans une situation comme telle.

³⁷ CHNEIWEISS (Laurent) – Les soignants face à la psychologie des maladies – Paris, Lamarre, 1999.

³⁸ ROY (Claude) – La fleur du temps – Paris, Gallimard, 1988.

Dans une partie de mes recherches théoriques, il est dit qu' "à chaque nouvel épisode de la maladie, à chaque complication, il est bon de donner une information au malade qui le souhaite"²⁵ afin de redéfinir une "stratégie de combat". Je retrouve la même proposition dans un entretien où l'infirmière mentionne que savoir la vérité sur son état de santé permet de se battre contre la maladie.

En effet, je pense que le malade qui sait ce qu'il a peut être motivé et décidé à guérir. Comme le dit une infirmière interrogée, la dernière des choses est, je crois, l'incertitude. Le fait de savoir et en même temps de ne pas être sûr de savoir est vraiment déstabilisant. D'où l'importance de répondre quoiqu'il en soit aux questions du malade. Opinion confirmée dans la théorie : "une information claire, même si elle apporte des nouvelles graves est plus rassurante que le non-dit [...]"²⁵

Alors, si le patient ne sait pas tout sur son état de santé, que se passe-t-il dans la relation soignant-soigné ?

Tout d'abord une infirmière a précisé que la relation ne changera pas au niveau du soin mais au niveau relationnel.

D'autre part, deux infirmiers m'ont expliquée que notre comportement pouvait changer, que l'on pouvait être plus sur nos gardes, gêné envers le patient et parfois même démuni.

Je retrouve la même opinion dans mes recherches théoriques où est exprimé qu'il peut arriver que "des jeunes infirmier(e)s se trouvent désarmés [...] préférant se retrancher derrière les soins techniques et ignorer la détresse du patient qui n'est pas ou mal informé."⁴⁴

Un infirmier m'a fait part du fait qu'il y ait lieu de non-dit, la relation n'est donc plus ouverte. Ainsi, je comprends le fait d'être sur nos gardes et de faire attention à ce que l'on dit.

Du côté théorique, il est mentionné que si le droit à la vérité n'est pas respecté, "la relation soignant-soigné se dénaturera pour se voir réduite à la négation, la déshumanisation de l'autre [...]"³⁴

Certes, les infirmier(e)s interrogés évoquent un changement dans le comportement du soignant lorsque le patient ne sait pas tout sur son état de santé, donc un changement dans la relation soignant-soigné, mais ne vont pas jusqu'à utiliser le terme de "déshumanisation".

Selon moi, il est certain que notre comportement change. On est plus vigilant par rapport à nos propos mais comme l'indique une infirmière interrogée, on ne parle pas que de la maladie même si on est à l'hôpital. Peut-être que l'on sera plus distant mais le but sera toujours le même : celui de soigner. Et même si le patient ne sait pas tout sur son état de santé, il reste une personne que l'on doit respecter.

Du côté du patient, des auteurs citent que le malade qui n'est pas au courant de son état de santé peut se renfermer sur lui-même, voire être agressif. D'autres disent qu'il y a une augmentation de l'angoisse, qu'il peut sur-dramatiser la situation.

Lors des entretiens, les soignants n'étant pas à la place des patients, n'ont pas exprimé d'idées à ce sujet. Celles-ci sont bien sûr tirées d'analyses faites par des auteurs (médecins en général).

Je pense aussi que le malade change d'attitude dans ces cas là. Il s'imaginera sûrement certaines choses qu'il ne sait pas et qui sont peut-être fausses.

²⁵ RICHARD (Marie-Sylvie) – *Soins* – n° 573/574, Juin-Juillet 1993, p.16

⁴⁴ CHARNAY-SONNEK (Françoise) – Les annonces au cours de la maladie chez un patient atteint de cancer – *Pratique infirmière*, bulletin infirmier du cancer, Vol. 4, Octobre-Novembre-Décembre 2004, p.20-21

³⁴ PAYCHENG (Odile) et SZERMAN (Stéphane) – L'éthique dans les soins, de la théorie à la pratique – Heure de France, 1998.

En conclusion, si les attitudes du patient et du soignant changent, la relation est donc modifiée.

CONCLUSION

Ce travail m'a permis de comprendre que la relation soignant-soigné prenait une place importante dans notre métier ainsi que tout ce qu'elle comporte. En effet, nous avons vu que l'attitude, la communication et l'écoute que le thérapeute a envers un patient peut modifier cette relation. Plus particulièrement, en ce qui concerne la communication, le manque d'information peut avoir des conséquences sur le soignant ainsi que sur le soigné.

De plus, j'ai conclu qu'il était important de ne pas laisser le patient dans l'incertitude. L'information est donc très importante. Mais "dire", "révéler", n'est pas toujours évident. Le capital est que la relation soignant-soigné soit présente et que le patient puisse se confier de tous ces problèmes et le soignant l'écouter afin de le conseiller et de le rassurer. Le tout est de comprendre ce que veut le patient. Il ne faut pas se poser la question "qu'est-ce que je fais ?" ou "qu'est-ce que je dis ?" si le patient demande quelque chose mais plutôt "pourquoi me demande-t-il cela ?" J'ai compris qu'il fallait chercher à comprendre au lieu d'agir tout de suite.

L'observation et la connaissance de son patient sont donc primordiales.

Mais, si je reprends ma question de départ qui était : en quoi la relation soignant-soigné est-elle modifiée lorsque le patient ne connaît pas la vérité sur son état de santé ? , je peux répondre, grâce à l'analyse que j'ai réalisé, que cette relation est modifiée par le changement de comportement du soignant et du patient lorsque celui-ci n'est pas au courant de son état de santé.

Comme nous l'avons vu, le changement de comportement peut être une gêne envers le patient ou une angoisse qui se révèle chez lui. Alors, après avoir étudié ce sujet, je me suis interrogée : en quoi ce changement de comportements du soignant et du soigné peut-il avoir comme conséquences sur le processus de la maladie et l'état psychologique du patient ?

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A. – La relation soignant-soigné – Paris, Lamarre, 1995.
- BIOY A. – Communication soignant-soigné : repères et pratiques – Paris, Bréal, 2003.
- FROMENT (Alain). – Maladie, souffrance et médecine soignante – Les Archives Contemporaines, 2001.
- LLORCA G. – Communication médicale – Paris, Ellipses Marketing, 1994.
- RISPAIL (Dominique) – Mieux se connaître pour mieux soigner – Paris, Masson, 2002.
- SABOURIN R. – Les 5 sens de la vie relationnelle – Belgique, Erasme Bouge, 1999.
- SALOME (Jacques) – Relation d'aide et formation à l'entretien – Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2006.
- LIEGEOIS (Maurice) – L'entretien de soutien psychologique – Paris, Lamarre, 2007.
- BIOY (Antoine) et FOUQUES (Damien) – Manuel de psychologie du soin – Rosny-sous-Bois, Bréal, 2002.
- BESANCENEY (J.-Cl.), HONO (R.), MICHOT (P.) et al. – Pratiquer... L'éthique et les soignants – Paris, Lamarre, 1996.
- DAUBECH (Lin) – Le malade à l'hôpital – Eres, 2000, p.207.
- JOMAIN (Christiane) – Mourir dans la tendresse – Paris, Centurion, 1984.
- PAYCHENG (Odile) et SZERMAN (Stéphane) – L'éthique dans les soins, de la théorie à la pratique – Heure de France, 1998.
- CHNEIWEISS (Laurent) – Les soignants face à la psychologie des maladies – Paris, Lamarre, 1999.
- ROY (Claude) – La fleur du temps – Paris, Gallimard, 1988.
- SPITHAKIS (Roger) – La vérité et le cancer – Paris, Resma, 1973, p.29, p.63.
- BRUAIRE (Claude) – Une éthique pour la médecine – Paris, Fayard, p.53-57, 1978.

Articles :

- FROMENT (Alain) – "Elaborer la décision avec le soigné" – In *Prescrire*, Décembre 1999, p.201.
- FABREGAS (Bernadette) – "La relation soignant-soigné." – In *Soins* n°680, Novembre 2003, p.29.

PAULIN TCHASSOU (Dieudonné) – "La logique du malade ou le droit à la différence, un essai de compréhension socioculturelle de soins" – In *Recherche en soins infirmiers* n°22, Septembre 1990.

DUPONT (Bernard-Marie) – "La relation soignant-soigné" – In *Soins* n°680, Novembre 2003, p.33.

GROUSSET (Sylvie) – "Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique" – In *Soins* n°681, Décembre 2003, p.30.

JEAN R. et VERDELHAN-PASCAL C. – "L'expérience infirmière en unité mobile de soins palliatifs" – In *Perspective soignante*, Septembre 2003, p.17.

HOFFMANN-WILD (Emmanuelle) – "Le soin relationnel côté infirmier(e) et côté patient" – In *Soins* n°680, Novembre 2003, p.42.

In *Recherche en soins infirmiers*, n°82, Septembre 2005. Editions Mallet Conseil.

SICARD (Didier) In *La lettre de l'Espace Ethique* apr. – HP, Hiver-été 2002.

GROMB S. – "L'évolution du droit à l'information du patient" – In *Presse médicale*, 2003.

RICHARD (Marie-Sylvie) – In *Soins* – n° 573/574, Juin-Juillet 1993, p.16.

PROUST (B.), SOUTOUL (E.) et WOLF (L-M.) – "Droit à l'information et consentement aux soins" – In *Gestions hospitalières* – Janvier 2005, p.15.

LACHAUD (Y.) et AVELINE (L.) – "La responsabilité médicale pour défaut d'information : de l'évolution de la jurisprudence à une nécessaire réforme législative" – *Gaz. Pal.* n°167-169, spécial *Droit de la santé*, 16/17 Juin 1999.

SCHAERER (René) – "Contenu objectif de la vérité" – In *Jalmarv*, 1986, 7, 20-25.

MUELLER (Elizabeth) – "Quelle vérité pour quel malade ?" – In *Jalmarv*, Juin 1994 ;37, 28-37.

EVEN (Guy), médecin généraliste – "Dire ou ne pas dire la vérité" – In *Champ psychosomatique*, n°13, p.1-7, 1998.

CARO (Denise) – "Annonce d'une mauvaise nouvelle" – In *La proximologie au quotidien*, n°7957, p.11, Jeudi 11 Mai 2006.

CHARNAY-SONNEK (Françoise) – "Les annonces au cours de la maladie chez un patient atteint de cancer" – In *Pratique infirmière*, Vol. 4, Octobre-Novembre-Décembre 2004, p.20-21.

Textes législatifs :

Décret n°93-221 du 16 février 1993 du Code de Déontologie.

Décret n°2002-194 du 16 février 2002 du Code de la Santé Publique.

Charte du patient hospitalisé du 2 Mars 2006.

Article 35 du Code de Déontologie.

Article R. 4312-32 du Code de la Santé Publique

Article 11, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Article L1112-1 du Code de la Santé Publique.

Documents électroniques :

Centre d'éducation du patient, Godinne (Belgique), <URL : http://www.educationdupatient.be/cep/pages/education_patient/ep24.htm>

BROUSSET (Véronique) La relation soignant-soigné à travers le toucher, <URL : <http://perso.orange.fr/gregory.bottier> >

Site de philosophie <URL : <http://www.philagora.eu/educatif/index.php/Philo-Bac> >

Site encyclopédique <URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%A9rit%C3%A9>>

Autres :

MANTZ (Jean-Marie) et Wattel (Francis) – Importance de la communication dans la relation soignant-soigné – rapport adopté le 20 juin 2006, Académie nationale de médecine.

STROBEL (Rémy) – Le vieil homme et la mort : réflexion à propos de la vérité – Mémoire présenté dans le cadre du Diplôme universitaire de soins palliatifs et d'accompagnement des mourants, Université Claude Bernard, Lyon 1, 1998.

ANNEXES

ANNEXE VII

QUESTIONNAIRE ENTRETIEN

1. Pour vous, qu'est-ce que la relation soignant-soigné? Quels en sont les éléments essentiels?

2. Y-a-t-il une notion de confiance dans cette relation? Si oui, comment s'installe-t-elle? Grâce à quoi?

3. Qu'est-ce pour vous qu'informer un patient? Quels types d'informations? Dans quels buts?

4. Doit-on toujours tout dire sur l'état de santé du patient? Expliquez pourquoi.

Avez-vous déjà vécu une situation dans laquelle vous soignez une personne qui ne connaît pas la vérité sur son état de santé?

Qu'avez-vous observé de la relation soignant-soigné à ce moment là?

Aime l'homme malade

Homme souffrant, homme malade, je t'écoute.

Inquiet, douloureux, diminué, tu cherches soulagement, apaisement, espoir, guérison.

La maladie frappe et tu veux comprendre. Pourquoi suis-je touché, pourquoi moi, pourquoi les miens, pourquoi les autres?

Pourquoi la vie joyeuse brusquement interrompue?

Pourquoi l'espoir brisé? Pourquoi l'aventure finie?

Médecin, écoute-moi, crois-moi, guéris-moi.

Malade, je t'écoute. Tes explications sont parfois limpides, parfois embrouillées, et le fait scientifique m'impose de dire parfois erronées, mais elles sont tiennes, et pour te bien soigner, il me faut t'écouter. Ton corps est entre mes mains et tes paroles doivent guider mon examen. Je cherche et tu me guides. Nous faisons connaissance, tu espères tout, j'accepte tout. Je veux comprendre, tu veux guérir? Il ne faut pas s'irriter.

Je suis fier de savoir, je plastronne. Malade tu écoutes et mon orgueil te brise. Pardonne car je t'aime.

Je veux savoir, je cherche. La vérité est parfois dure. Elle peut être impasse, elle te condamne. Malade, tu veux savoir et je refuse. La vérité doit garder l'amour, elle peut devenir mensonge. La vérité mensonge doit laisser l'espoir toujours.

Malade, je ne sais pas et tu ne peux le croire. Tu me quittes et je ne jalouse pas l'autre. Je cherche à comprendre et je n'entretiens pas de rancune. La recherche de la vérité est tienne et mienne. Elle est difficile. Il faut chercher pour trouver, pour s'aimer.

La maladie m'intéresse, elle me justifie, elle me gonfle d'orgueil et je t'oublie. Tu souffres, tu es là, tu appelles l'amour et je réponds.

Ensemble, nous faisons route et l'amour ne disparaît jamais.

Marcel Legrain