

Institut de Formation en Soins Infirmiers de Châteaubriant-Nozay-Pouancé

PROMOTION 2014-2017

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

# **Aller contre ses valeurs, un échec pour l'alliance thérapeutique ?**

Mauger Ophélie

Directrice de mémoire : Boulet Nelly

UE 5.6 S.6 Analyse de la qualité et  
traitement des données scientifique et  
professionnelles

Juin 2017







Institut de Formation en Soins Infirmiers de Châteaubriant-Nozay-Pouancé

PROMOTION 2014-2017

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

# **Aller contre ses valeurs, un échec pour l'alliance thérapeutique ?**

Mauger Ophélie

Directrice de mémoire : Boulet Nelly

UE 5.6 S.6 Analyse de la qualité et  
traitement des données scientifique et  
professionnelles

Juin 2017



« L'expérience ne produit aucun fruit, si la réflexion ne la rend pas utile. »

*David Augustin de Brueys*



## Mes remerciements

Aux professionnels qui ont partagé leurs expériences.

A ma directrice de mémoire, Nelly Boulet pour m'avoir accompagnée et éclairée.  
Ces quelques échanges furent d'une grande richesse.

A ma référente pédagogique, Anne-Claire Papin qui m'a accompagnée et soutenue tout au long de ma formation.

A Anne-Laure Vétillard pour sa patience et sa gentillesse.

Aux courageux Maud, Marie et Clément qui m'ont supporté durant ces trois années. Vous avez illuminé ma vie d'étudiante.

A Maeva, toujours plus loin mais toujours aussi présente.

A ma famille et surtout à toi maman pour m'avoir montré la richesse du prendre soin.



## Sommaire

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | INTRODUCTION.....                           | 13 |
| 2     | PROBLEMATISATION.....                       | 15 |
| 2.1   | Situation d'appel.....                      | 15 |
| 2.2   | Questionnement.....                         | 16 |
| 3     | PHASE CONCEPTUELLE.....                     | 17 |
| 3.1   | Valeurs.....                                | 17 |
| 3.1.1 | Définition.....                             | 17 |
| 3.1.2 | Prévalence.....                             | 17 |
| 3.1.3 | Influence sociale.....                      | 18 |
| 3.2   | Alliance thérapeutique.....                 | 20 |
| 3.2.1 | Définition.....                             | 20 |
| 3.2.2 | Aspects fondamentaux.....                   | 21 |
| 3.2.3 | Autres facteurs.....                        | 24 |
| 3.3   | Comportement.....                           | 25 |
| 3.3.1 | Définition.....                             | 25 |
| 4     | PHASE D'EXPLORATION DE TERRAIN.....         | 27 |
| 4.1   | Méthodologie d'investigation.....           | 27 |
| 4.2   | Population cible.....                       | 27 |
| 4.2.1 | Prévisions.....                             | 27 |
| 4.2.2 | Difficultés et réajustements.....           | 28 |
| 4.3   | Modalité de réalisation des entretiens..... | 28 |
| 4.4   | Analyse.....                                | 29 |
| 4.4.1 | Alliance thérapeutique.....                 | 29 |
| 4.4.2 | Valeurs.....                                | 30 |
| 4.4.3 | Agir contre ses valeurs.....                | 32 |
| 4.4.4 | Limites.....                                | 34 |
| 5     | CONCLUSION.....                             | 36 |
| 6     | BIBLIOGRAPHIE.....                          | 40 |
| 7     | TEXTES DE LOIS.....                         | 43 |
| 8     | TABLE DES ANNEXES.....                      | 45 |



## 1 INTRODUCTION

Lors de mes stages j'ai été confrontée à des situations qui ont heurtées mes valeurs. Elles ont remis en question qui je pensais être et comment je me représentais le prendre soin. Loin d'en fuir le souvenir, je considère ces situations comme précieuses. Elles m'ont appris quelle professionnelle je souhaite devenir. Grâce à elles, la jeune « exécutrice » de soin que j'étais en début de formation, a été remplacée par une étudiante et future infirmière, à la posture professionnelle affirmée.

Je me souviens que l'un de nos premiers cours portait sur les valeurs. A ce moment de ma formation je n'en comprenais pas la complexité. Respecter ses valeurs semblait aller de soi, après tout je me formais à un métier en adéquation avec les miennes. Pourtant je me suis souvent questionnée sur mes valeurs et de façon naturelle, celles-ci ont évoluées. Elles se sont complexifiées et affinées.

Au moment de la rédaction de ce mémoire, la question des valeurs et du soin sont des faits d'actualités. Le 25 novembre 2016 paraissait le code de déontologie infirmier. Ce code pose certaines valeurs comme des devoirs infirmiers (compétence, dignité, respect...). Pour autant législation, société et réalité sont-elles en accord ? Ces derniers mois de nombreuses manifestations infirmières ont eu lieu : 8 novembre 2016, 24 janvier 2017, 7 mars 2017... Les réclamations sont nombreuses et ce que je retiendrais ici, c'est la façon dont les infirmiers parlent de leurs conditions de travail : manque d'humanité dans les soins, manque de temps, qualité des soins impactée, sécurité non assurée, relationnel oublié... Ce sont autant de maux mis en mots par ces professionnels. Des maux souvent à l'opposé de leurs valeurs infirmières.

Etre infirmier c'est aussi travailler avec l'autre. L'autre, c'est le patient, son entourage mais aussi tous les professionnels impliqués dans la prise en soin. Etre infirmier c'est évoluer dans une grande toile relationnelle, une toile complexe et primordiale. On parle d'alliance thérapeutique et cela me questionne. Qu'est ce qui se joue dans cette relation si particulière et pourquoi est-elle si importante ? Qu'est ce qui la menace ? Est-ce moi ? Ma façon de parler ? D'agir peut être ?

D'ailleurs je m'interroge sur ce qui motive nos comportements, notre « agir ». Parfois on réagit à quelque chose, on fait appel à notre moi « émotionnel ». Parfois nos comportements sont plus subtiles, mêmes imperceptibles. Je me demande alors si nos valeurs influencent nos comportements et si nos comportements ont une influence sur l'alliance thérapeutique.

J'aime analyser et comprendre cette part impalpable du soin. On peut facilement comprendre ce qui ne fonctionne pas lors d'un geste technique, ce qui est compliqué c'est tout ce qui l'entoure. Tenter d'analyser et de comprendre les mécanismes en jeu dans la prise en soin d'un patient me semble essentiel, pour devenir une professionnelle réflexive et améliorer mon savoir-être.

La situation que j'évoque dans ce mémoire correspond à la première fois où j'ai appliqué une prescription médicale allant contre mes valeurs. C'était aussi la première fois où je me suis demandée comme je souhaite aborder les soins. Cette situation a été un point clé de ma formation. Il me semble que c'est d'elle, que ma posture réflexive et mon identité professionnelle sont nées.

Dans un premier temps je présenterais ma situation de départ accompagnée du questionnement qu'elle m'a suscité. Je travaillerai alors autour de trois concepts principaux : valeur, alliance thérapeutique et comportement. Je compléterai cette étude par l'analyse de trois entretiens semi-directifs réalisés auprès d'infirmiers

## 2 PROBLEMATISATION

### 2.1 Situation d'appel

Lors de mon stage de semestre deux en service de soins de suite et réadaptation (SSR), j'ai été amenée à m'interroger sur mes valeurs lors de la réalisation d'une prescription médicale auprès d'un patient en soins palliatifs. M. H est atteint d'un cancer généralisé en phase terminale et présente une anasarque<sup>1</sup>. Cet œdème s'écoule par de multiples brèches cutanées, le laissant dans une humidité constante, malgré le changement au moins trois fois par jour, de pansements hydrocellulaires, américains et de protection absorbante sous ses membres.

M. H a un risque élevé de présenter une maladie thromboembolique dû à un phénomène de stase et de compression veineuse, d'hypercoagulabilité et d'inflammation liés à son cancer, ainsi qu'au port d'une chambre implantable. Le médecin a donc prescrit la réalisation d'une injection d'anticoagulants en préventif par jour.

J'ai l'occasion de réaliser ce soin et je constate un écoulement dès le retrait de l'aiguille. Cet écoulement perdure et nécessite la pose d'un nouveau pansement hydrocellulaire. Je transmets au médecin mes observations et mes doutes quant à l'efficacité de l'injection. Les brèches créées par les injections ne cicatrisent pas. Elles sont sources d'inconfort pour le patient, car elles provoquent des écoulements permanents nécessitant de nouveaux soins. Je me sens impuissante face à cette situation. L'équipe paramédicale ne trouve pas de solutions pour que M. H soit confortable.

Le médecin du service décide de faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs pour avoir un avis quant à la poursuite de ces injections. Il est alors décidé la poursuite de cet anticoagulant, bien que déclaré inutile par l'équipe médicale, pour se prémunir d'éventuelles poursuites judiciaires en cas de décès du patient d'une maladie thromboembolique. Je suis surprise de cette peur vis-à-vis de cette famille qui a toujours été aidante. Le patient et sa famille n'ont pas été consultés.

Désormais ces soins ne sont plus faits dans l'intérêt du patient, mais dans celui du médecin. Je suis mal à l'aise, presque en colère face à cette situation, j'ai l'impression de faire quelque chose de mal. Pourtant, je continue à faire ce soin et les pansements se multiplient.

---

<sup>1</sup> Anasarque: œdème généralisé du tissu cellulaire sous-cutané avec épanchement dans les cavités séreuses. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anasarque/3284?q=anasarque#3279>, consulté le 17 décembre 2016

## 2.2 Questionnement

Les premières questions que je me suis posées ont porté sur l'attitude du médecin. Pourquoi continuer à prescrire un soin qu'il disait inutile ? N'allait-il pas à l'encontre de ses valeurs personnelles et professionnelles ? Pourquoi « me » forcer à réaliser un tel soin, à aller contre mes valeurs ?

J'ai alors compris que ma réflexion prenait une mauvaise direction. Certes, le médecin prescrivait un soin, mais c'est moi qui le réalisais. Je me suis donc demandée si je n'allais pas moi-même contre mes valeurs. Aurais-je pu refuser de réaliser ce soin ? Pourquoi ne pas en rediscuter avec le médecin ? Pourquoi ne pas informer M. H de mes observations ? Pourquoi ce mal être face à ce soin ?

Je me demande si cette situation a impacté la relation de soin que j'entretenais avec M. H. Avais-je la même qualité d'écoute, la même empathie ? Est-ce qu'une relation de confiance restait possible alors que je n'étais pas honnête envers M. H ? Cette situation aurait-elle pu mettre en jeu la confiance et l'alliance thérapeutique que nous avons construites ? Que ressentait M. H ? Sur quoi repose l'alliance thérapeutique ?

Je prenais conscience de ma responsabilité tout en la fuyant. J'avais une attitude réflexive, mais je ne mettais rien en place. J'étais en colère car je m'en voulais. Je réalisais un soin qui me semblait aller contre l'intérêt du patient et contre mes valeurs. Pire, je prenais conscience que j'allais aussi contre mes valeurs en dehors du moment du soin. Puis-je accepter d'exercer le métier d'infirmier si je vais contre mes valeurs ?

C'est pourquoi je pose la question de départ suivante : **En quoi, agir à l'encontre de ses valeurs professionnelles infirmières, peut avoir des répercussions sur l'alliance thérapeutique ?**

### 3 PHASE CONCEPTUELLE

#### 3.1 Valeurs

##### 3.1.1 Définition

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales<sup>2</sup> (CNRTL), la valeur est la « Qualité physique, intellectuelle, morale d'une personne qui la rend digne d'estime ». C'est la « qualité intrinsèque d'une chose qui, possédant les caractères idéaux de son type, est objectivement digne d'estime ». L'importance de cette qualité est évaluée de façon subjective. Pour le dictionnaire Larousse<sup>3</sup>, les valeurs correspondent à « Ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre ». Elles font partie de l'identité de chaque individu. Elles vont définir sa façon d'être, d'agir et de penser. « La plupart du temps, elles orientent l'action du sujet en lui fixant des buts et des idéaux, en lui soumettant une morale de l'action afin qu'il puisse juger de ses actes tout en lui permettant de se construire une éthique personnelle. »<sup>4</sup>

La question des valeurs, leurs origines et leurs implications, a interrogé des philosophes de renom tels Kant, Rickert, Nietzsche... Ils ont développé l'axiologie. C'est-à-dire « l'étude ou théorie (en grec : *logos*) de ce qui est digne d'estime (en grec : *axion*), de ce qui vaut, de ce qui peut être objet d'un jugement de valeur. [...] L'axiologie est synonyme de "philosophie des valeurs" »<sup>5</sup>. Cette science vise à classer les valeurs. Elles peuvent être : personnelles, professionnelles, esthétiques, morales, sociales, absolues ou relatives...

##### 3.1.2 Prévalence

Une étude<sup>6</sup> de l'Isfahan University of Medical Science a été réalisée en Europe, Asie et Amérique du Nord auprès de 3 000 infirmiers. Elle met en avant 10 valeurs partagées par les infirmiers : la dignité humaine, l'altruisme, la justice, l'autonomie dans la prise de décision, la précision et la pertinence de la prise en soin, la responsabilité/l'engagement, les relations humaines (confiance et respect), la

---

<sup>2</sup> <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/valeur>, consulté le 6 janvier 2017

<sup>3</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valeur/80972>, consulté le 17 décembre 2016

<sup>4</sup> PÉOCH N., CEAUX C. *Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse*, Recherche en soins infirmiers, 1/2012, n°108, p. 53-66.

<sup>5</sup> <http://www.universalis.fr/encyclopedie/axiologie/>, consulté le 13 janvier 2017

<sup>6</sup> SHAHRIARI M, MOHAMMADI E, ABBASZADEH A, BAHRAMI M. *Nursing ethical values and definitions: A literature review*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2013;18(1):1-8.

compassion, la confiance, l'honnêteté et les compétences individuelles et professionnelles.

Cette étude, après avoir interrogé un large panel d'infirmiers dans le monde, permet d'identifier quelles sont les valeurs infirmières prédominantes. Elle pointe toutefois des différences entre les pays dans la priorisation de ces valeurs. N'existant pas d'étude française à ce sujet, il me semble intéressant de mettre ces résultats en parallèle avec le code de déontologie infirmier. Il en ressort alors les valeurs suivantes (cf annexe A): dignité, responsabilité, compétence, respect des droits du patient – justice – équité, recherche de l'intérêt du patient, humanité, intégrité morale.

Le code de déontologie relève des valeurs non transgressives par les infirmiers et auxquelles ils doivent adhérer. « Le risque est grand alors d'accoucher de valeurs qui ne seraient que les plus petits dénominateurs communs des valeurs de chacun. Chaque infirmière ayant par ailleurs ses propres représentations, il n'est pas sûr qu'elle adhère à des valeurs qui lui seraient comme imposées.»<sup>7</sup>

Choisit-on alors le métier infirmier pour ses valeurs professionnelles ? Ou bien nos valeurs personnelles évoluent-elles pour s'ajuster aux valeurs de la profession d'infirmier ? Il est difficile de faire la part des choses. Suivre une cohorte de personnes, du concours infirmier jusqu'à la fin de leur exercice infirmier nous aurait peut être donné des éléments de réponse. Nous pouvons toutefois nous attarder sur le concept d'influence sociale.

### 3.1.3 Influence sociale

Elle correspond à la pression que la société ou qu'un groupe exerce sur l'individu. C'est une pression basée sur le désir d'appartenance ou sur la peur du rejet, une notion d'intensité est présente. Elle permet au groupe et à l'individu de se situer par rapport aux autres groupes.<sup>8</sup> Il existe divers phénomènes constitutifs de cette influence :

- Le principe de consonance : l'individu agit en accord avec ses valeurs.
- Le principe de dissonance : c'est le décalage entre l'individu et le groupe. Ce décalage va créer un conflit, un déséquilibre que l'individu va tenter de réduire. Il va alors changer son mode de pensée, ses valeurs pour être en adéquation avec ses actes. Il peut choisir de se dissocier, de se déresponsabiliser de ses actions.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> GRUAT F., *Les valeurs en crise*, Recherche en soins infirmiers 2009/1 n°96, p. 5-7

<sup>8</sup> Mme XXX, *Concepts de base en psychologie sociale*, cours IFSI CHATEAUBRIANT-NOZAY-POUANCE, 2015

<sup>9</sup> VAIDIS D, HALIMI-FALKOWICZ S. *La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle*. Revue électronique de Psychologie Sociale, 2007, n°1, pp. 9-18.

- Le principe de conformisme : l'individu cherche à s'ajuster, à répondre juste aux croyances et comportements qui sont imposés par le groupe. L'individu participe alors à la cohésion du groupe et donc à la pérennité de ce dernier. L'impact de la pression exercée par les pairs sur le jugement et l'individualité d'une personne, a été mis en avant par l'expérience de Asch<sup>10</sup>.
- La comparaison sociale : l'individu s'évalue par rapport à des références propres à son groupe d'appartenance. Cette évaluation peut renforcer le sentiment d'appartenance au groupe, déclencher des moments d'incertitude et de tension. L'individu peut alors se rapprocher des autres (évolution), tenter de rapprocher les autres de lui (influence), exclure ceux qui sont trop différents, changer de groupe de référence.
- La soumission : elle renvoie au rapport d'obéissance de l'individu à des demandes, des ordres donnés par celui qui représente l'autorité. On peut alors faire référence à l'expérience de Milgram<sup>11</sup>.

Nous retrouvons cette question de l'influence et de la pression sociale dans de nombreux articles professionnels. Dans un article sur les valeurs, Michel Val dit que « la professionnalisation des personnels de santé passe par l'acceptation de quelques valeurs tellement installées que personne ne peut les remettre en question »<sup>12</sup>. On peut alors se demander où s'arrête cette influence. Ces valeurs admises par les infirmiers, ne risquent-elles pas d'être imposées ou opposées au patient ? Nous pouvons nous interroger sur une toute puissance, même inconsciente, de l'infirmier qui va défendre des valeurs qu'il pense dans l'intérêt du patient, tout en oubliant la singularité de ce dernier.

---

<sup>10</sup> *Expérience d'Asch*, URL : <https://explorable.com/fr/experience-dasch>, consulté le 11 janvier 2016.

Seul un participant « sujet naïf (SN) » n'est pas au courant de la finalité de cette expérience et pense passer un test ophtalmique. Au début tous les participants répondent juste, puis les complices se mettent à donner unanimement la mauvaise réponse. Dans un grand nombre de cas le SN va finir par se conformer à la réponse des complices. Ce résultat est renforcé par le nombre de complices et diminué si un ou plusieurs complices continuent à donner la bonne réponse.

<sup>11</sup> GUEGUEN N. *Stanley Milgram (1933-1984). La soumission à l'autorité*, La grande histoire de la psychologie, revue sciences humaines, hors série n°7, septembre/octobre 2008

Un « sujet naïf (SN) » a pour ordre de délivrer des décharges électriques à chaque fois que le sujet (acteur qui hurle et supplie) qu'il interroge se trompe. Un expérimentateur incite le SN à punir le sujet. Si le SN souhaite arrêter, l'examineur le pousse à continuer. Au fur et à mesure des réponses fausses, le SN augmente la puissance des décharges jusqu'à une dose mortelle. Un nombre important de SN va jusqu'à une dose mortelle, ceux-ci justifient leur geste en rejetant la responsabilité sur l'expérimentateur faisant figure d'autorité.

<sup>12</sup> VIAL M. *Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser*, Soins cadre n°53, p.33-36, février 2005.

## 3.2 Alliance thérapeutique

### 3.2.1 Définition

Le terme d'alliance thérapeutique est apparu dans le milieu psychanalytique au début du 20<sup>ème</sup> siècle. Pour Freud, il s'agit « d'un pacte avec l'*ego* du patient, d'un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute.»<sup>13</sup> Depuis, ce concept s'est étendu à tous les secteurs du soin. S'il est désormais connu de tous les professionnels du soin, il n'en reste pas moins difficile à définir. On ne peut que s'approcher d'une définition générale qui ne saurait faire consensus.

D'après le dictionnaire Larousse<sup>14</sup> :

- Alliance : désigne un accord, un engagement mutuel, une union.
- Thérapeutique : relatif au traitement des maladies, étymologiquement il correspond à l'art de prendre soin.

L'alliance thérapeutique correspond donc à un accord entre un patient et un soignant concernant sa prise en soins.

En 1979 Bordin<sup>15</sup> propose un modèle axé sur trois dimensions constituant l'alliance thérapeutique :

- Les buts (goals) : il s'agit de définir des objectifs communs entre le patient et le soignant.
- Les tâches (task) : le soignant propose une prise en soin au patient. Le patient doit être informé afin d'en voir la pertinence et pouvoir s'engager dans sa prise en soin.
- Le lien (bond) : repose sur la part affective de la relation entre le soignant et le patient. Il est basé sur l'engagement, la confiance, la sympathie, la compréhension et la sollicitude de ces partenaires.

---

<sup>13</sup> MATEO MC., *Alliance thérapeutique in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières*, ARSI « Horscollection », 2012, p. 64-66.

<sup>14</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alliance/2376?q=alliance#2379> , <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/th%C3%A9rapeutique/77749> , consultés le 17 décembre 2016

<sup>15</sup> BORDIN E. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1979, vol. 16, 252-260.

L'alliance thérapeutique « concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute et se compose, au moins, de quatre aspects fondamentaux :

- la négociation : pour être d'accord sur le cadre thérapeutique ;
- la mutualité (pour agir de concert et se coordonner, de Roten, 2000) ;
- la confiance ;
- l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient) (Beitman et Klerman, 1991). »<sup>16</sup>

J'ai souhaité développer ces quatre aspects fondamentaux car ils reprennent et complètent les précédentes définitions.

### 3.2.2 Aspects fondamentaux

#### 3.2.2.1 *La négociation*

« La négociation est un processus de communication et d'échanges entre au moins deux parties dont l'objet concerne l'organisation d'une relation ou le règlement d'une problématique entre celles-ci. »<sup>17</sup> La négociation « fonctionne comme un " accordeur" des perceptions, des attentes et des actions des partenaires, en particulier concernant les tâches à accomplir au cours de la thérapie et les buts que celle-ci se fixe »<sup>18</sup>. « Dans les soins infirmiers ce sont les méthodes de négociation à prédominance coopérative qui sont utilisées. Et principalement la "négociation raisonnée" fondée sur la prise en compte des intérêts des différentes parties (approche gagnant/gagnant). Il existe une série de justifications morales au fait de privilégier la négociation raisonnée : respect de l'autre, dépassement de la loi du plus fort et enrichissement mutuel. »<sup>19</sup>

Limiter la question de la négociation au refus de soin serait réducteur. L'alliance thérapeutique, le « contrat » passé avec le patient sur sa prise en soin passe par une négociation qui débute dès l'accueil du patient et la réalisation d'un recueil de données (article R4311-1 et R4311-2 du CSP). Les résultats de ces négociations pourront faire l'objet de transmissions ciblées et seront formalisées dans le projet de soins infirmiers (article R4311-3 du CSP).

---

<sup>16</sup> Op. cit.

<sup>17</sup> <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1620>, consulté le 13 décembre

<sup>18</sup> ROTEN Y, MICHEL L, PETER D. *Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique*, *Psychothérapies*, 1/2007 (Vol. 27), p. 37-45.

<sup>19</sup> MARGOT T. *Négociation*, in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI « Horscollection », 2012, p. 220-222.

### 3.2.2.2 *La mutualité*

« C'est le plus généralement en termes de *collaboration mutuelle* ou de partenariat (*sense of partnership*) entre le patient et le thérapeute que se définit l'alliance. La mutualité [...] correspond aux différents « accordages affectifs » – ou intersubjectifs – sur lesquels se construit un lien affectif. »<sup>20</sup>

La mutualité est donc un processus dynamique qui requiert un engagement mutuel et estimé équitable entre deux parties. Contrairement à la négociation dont les accords peuvent être transcrits de façon concrète, la mutualité se base sur l'aspect subjectif du lien entre la personne soignée et le soignant. Il existe un échange de sentiments (respect, compréhension...), de valeurs, de représentations autour d'un but commun.

### 3.2.2.3 *La confiance*

« Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence. »<sup>21</sup>

La confiance dans la relation de soin est parfois perçue comme étant à sens unique. Pourtant comment espérer « gagner » la confiance du patient si le soignant lui-même n'est pas prêt à s'investir dans cette relation, à se fier à la personne soignée. Accorder sa confiance, n'est pas anodin, c'est accepter d'être atteint par l'autre.

« Donner sa confiance au soignant c'est accepter la démarche clinique, permettre à ce même soignant de travailler. Accorder sa confiance au malade c'est, entre autre, comprendre sa demande de soins, la respecter. Demander la confiance du malade sans lui donner la sienne serait pernicieux et délétère à cette relation fragile. [...] Ne pas faire confiance à celui qui est partie prenante dans cette relation la rendrait à sens unique et perdrait de fait son sens d'échange. [...] La confiance s'inscrit comme un postulat bilatéral de bienveillance à l'égard de l'autre, permettant de s'ouvrir à l'autre. »<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Op. cit.

<sup>21</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/confiance>, consulté le 8 décembre 2016

<sup>22</sup> SANTA A, *La relation de soin : une question de confiance ?*, Espace éthique : région île de France, 7 mai 2009, [en ligne] consulté le 21 décembre 2016, URL : <http://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

Faire confiance au patient, c'est lui reconnaître la possibilité de participer au processus de soin. La loi du 4 mars 2002<sup>23</sup> a mis en avant la place du patient dans le soin. Respecter son droit à l'information, viser son adhésion tout en respectant son refus de soin, c'est permettre d'accroître la confiance du patient dans le processus de soins.

Avoir confiance ne veut pas dire être dans une posture de soumission. Il est possible pour le patient de remettre en question une prise en soin, d'exprimer sa colère, son incompréhension, sans pour autant briser le lien de confiance établi dans la relation de soin.

*« La paix n'est pas l'absence de guerre, c'est une vertu, un état d'esprit, une volonté de bienveillance, de confiance, de justice. » Baruch Spinoza*

Ce qui pourrait être perçu comme des éléments négatifs dans la relation, est au final la preuve d'un échange et d'une complicité avec le soignant. Ce sont les sentiments de trahison, de négligence et de ne pas pouvoir s'exprimer qui risquent de provoquer une rupture dans la relation, une incapacité à coopérer et à construire une relation de soin.

#### 3.2.2.4 *L'influence*

« Action (généralement graduelle et imperceptible, parfois volontairement subie) qui s'exerce sur les dispositions psychiques, sur la volonté, [...] ses opinions morales, intellectuelles de telle personne. »<sup>24</sup>

L'influence dans la relation n'est pas spécifique aux soins mais la situation particulière du patient la rend plus présente et aisée. Le patient est une personne qui vit un moment de vulnérabilité. Il se retrouve confronté à la maladie, au soin. Cette vulnérabilité est d'autant plus forte que le patient est hospitalisé. Il est alors de passage dans un environnement inconnu et appartenant aux soignants. Il ne faut toutefois pas minimiser l'influence que peut avoir le patient sur le soignant.

Le risque de cette influence est de créer une relation délétère : soumission du patient, toute-puissance du soignant, manipulation, culpabilité... Il est donc de la responsabilité du soignant de prendre conscience de cette influence afin d'analyser et travailler sa relation à l'autre.

---

<sup>23</sup> Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>, consulté le 17 décembre 2016

<sup>24</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/influence>, consulté le 21 décembre 2016

### 3.2.3 Autres facteurs

En dehors de ces aspects fondamentaux, des facteurs vont pouvoir favoriser ou faire obstacle à l'établissement et à la pérennisation de l'alliance thérapeutique comme :

- La qualité de la **communication verbale** (ce qui est dit) et **non verbale** (langage corporel, proxémie, ton...). La communication c'est « transmettre quelque chose à quelqu'un, c'est le fait d'établir une relation avec autrui »<sup>25</sup>. Le non-verbal ou paralangage représente 90% de la communication. Cet aspect de la communication est à double tranchant : il donne des indications au soignant sur les ressentis du patient et peut l'aider à adapter sa relation à l'autre, mais il peut aussi trahir le soignant en exprimant des informations qu'il ne souhaitait pas transmettre au patient.
- Le **cadre thérapeutique** : «Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin. »<sup>26</sup> Le cadre à plusieurs dimensions :
  - Il doit apporter une sécurité : il est à mettre en relation avec le concept de Holding de Winnicot (rôle contenant).
  - Il doit être capable de résister et de contenir les attaques du patient. Il va faire obstacle à la toute-puissance du patient, lui créer un sentiment de frustration. Il va l'aider à se confronter et à percevoir la réalité, lui permettant ainsi une croissance psychique.
  - Il va organiser le positionnement soignant. Il va poser des limites, imposer une distance entre lui et le patient, limiter les risques d'envahissement, de toute-puissance, de culpabilité.
  - Il s'appuie sur la permanence de l'institution ; règles, lieux, personnes.
- Les **facteurs intrinsèques aux soignants et aux personnes soignées** (personnalité, valeurs, expériences...) ainsi qu'aux **transferts** qui s'opèrent dans leur relation.

---

<sup>25</sup> MONCORPS F. *Théorie des soins relationnels : la communication*, IFSI CH CHATEAUBRIANT-NOZAY-POUANCE, 09/02/2015

<sup>26</sup> *Le cadre thérapeutique*, Bulletin de Santé mentale n°172, novembre 2012

### 3.3 Comportement

Ce concept fait le lien entre les valeurs et l'alliance thérapeutique. En effet, les valeurs s'expriment au travers de nos actions, elles influencent nos comportements. L'alliance thérapeutique quant à elle est influencée par nos comportements : actions, communication verbale et non verbale, attitudes relationnelles...

#### 3.3.1 Définition

Selon Doron et Parot, ce concept a deux dimensions, l'une physique et l'autre psychologique :

1. « Dans un sens restreint la notion de comportement se limite aux activités directement observables de l'organisme, ce qui exclut les états de conscience, les pensées, les sentiments, les représentations et autres activités intérieures.
2. Dans un sens plus large que défendent certains behavioristes, la notion s'étend aussi bien à ces activités intérieures et rejoint celle de conduite. Le caractère observable n'est pas tenu pour un critère important, la psychologie se donnant, entre autre, pour tâche de dépasser les conditions d'observation »<sup>27</sup>.

Les comportements ne sont pas toujours volontaires, ils peuvent trahir l'activité inconsciente de la personne, notamment lorsqu'elle est en proie à des conflits psychiques. Il n'existe pas d'absence de comportement. Ne pas agir, c'est déjà agir.

Parfois, les soignants vivent des situations conflictuelles. Leurs comportements deviennent trop éloignés de leurs valeurs. Ils peuvent aussi se sentir dépassés et ne plus savoir comment agir. Dans ces situations se produit un état de tension psychique. Cette tension est d'autant plus forte que la personne participe (proximité) à la prise en soin avec laquelle elle est en conflit ou qu'elle se sent isolée et démunie. *A contrario*, il est plus facile pour le soignant d'agir contre ses valeurs quand il ne se sent pas impliqué : il se dédouane de toute responsabilité car il ne fait qu'obéir à un ordre<sup>28</sup>, il ne participe pas directement au soin (un collègue réalise le soin, le patient change d'unité...). L'arrangement psychique du soignant est alors facilité ce qui lui permet de baisser sa tension psychique et d'accepter la situation. Il est à noter que jusqu'à l'apparition du code de déontologie infirmier, seule la clause de conscience (CSP art. L 2212.8) reconnaissait

---

<sup>27</sup> Doron R, Parot F. Dictionnaire de psychologie, Ed PUF, 1991 repris par Monique Formarier, « Comportement », in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI « Horscollection », 2012, 2012 (), p. 115-117.

<sup>28</sup> Mme XXX, *Concepts de base en psychologie sociale*, IFSI CHATEAUBRIANT-NOZAY-POUANCE, 2015

le droit pour un infirmier de ne pas agir contre sa conscience. Cette clause était restrictive et ne concernait que l'interruption volontaire de grossesse. Depuis novembre 2016, l'infirmier se dote de nouveaux droits « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle. » (art. R4312-12 du code de déontologie des infirmiers)

Les conflits et dilemmes auxquels les soignants peuvent être confrontés sont aussi sources de débats éthiques (transmissions, staff, procédure collégiale, intervention du comité d'éthique...<sup>29</sup>). Ces différentes instances permettent : de clarifier la situation, de à chaque professionnel de s'exprimer, d'aboutir à une prise en soin « unique » autour d'un patient. Cette prise en soin peut à nouveau aller à l'encontre des valeurs des soignants. Cependant, sans être en harmonie avec cette décision, le soignant peut l'accepter. Cette acceptation est favorisée par le fait qu'il a pu participer à la prise de décision, qu'il n'a pas été impuissant (il a pu agir en donnant son point de vue), qu'il a compris la décision qui a été prise et qu'il peut s'appuyer sur l'équipe pluridisciplinaire.

---

<sup>29</sup> Cours UE 1.3 S2 et 1.3 S4 : Législation, éthique, déontologie

## 4 PHASE D'EXPLORATION DE TERRAIN

### 4.1 Méthodologie d'investigation

J'ai fait le choix des entretiens semi-directifs pour cette phase exploratoire. Je ne veux pas me contenter de comparer les dires d'infirmiers avec ma phase conceptuelle. Ce qui me semble intéressant c'est de rechercher des données que je n'ai pu trouver au niveau théorique. Que pensent les infirmiers ? Ont-ils des expériences à partager ? Théorie et réalité coexistent-elles ?

L'entretien a pour avantage de proposer des questions précises, tout en permettant au soignant interrogé, de nuancer et d'affiner ses propos. En effet, mon guide d'entretien n'est qu'un fil conducteur. Il me laisse la possibilité de m'adapter à la personne interrogée. L'entretien a pour avantage de prendre en compte le paralangage de l'interlocuteur, ce qui n'est pas anodin lorsque l'on sait que le non-verbal correspond à 90% du message émis. En le prenant en compte je serai en mesure de relancer plus facilement les infirmiers.

### 4.2 Population cible

#### 4.2.1 Prévisions

Ce mémoire étant centré sur les infirmiers, je fais le choix de réaliser l'ensemble de mes entretiens avec ces professionnels. Mon souhait est d'interroger quatre infirmiers de secteurs différents (réanimation, psychiatrie, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD, libéral). Je me demande si les valeurs, les obstacles à nos valeurs et la question de l'alliance thérapeutique diffèrent en fonction du lieu et du mode d'exercice. Il me semble intéressant de pouvoir comparer et analyser leurs réponses.

J'ai aussi pour critère de n'interroger que des infirmiers ayant au moins cinq ans d'expérience dont deux dans leur service actuel. Si je me fie au modèle de Dreyfus d'acquisition de compétence adapté aux infirmiers<sup>30</sup>, je devrais rencontrer des professionnels qui sont à minima au stade trois dit « stade compétent », c'est-à-dire capable d'analyser et de prioriser les éléments d'une situation donnée. J'espère ainsi rencontrer des infirmiers ayant une expérience riche et une capacité à prendre du recul sur leur vécu

---

<sup>30</sup> BENNER P. *De novice à expert – excellence en soins infirmiers*, Masson, 2003

Dernier critère et non des moindres, les infirmiers interrogés devront être prêts à parler d'au moins une situation où ils ont agi contre leurs valeurs.

#### 4.2.2 Difficultés et réajustements

La recherche de professionnels s'est révélée bien plus compliquée qu'espérée. En effet, lors de mes prises de contact, les infirmiers me disaient ne jamais avoir vécu de situations allant contre leurs valeurs. L'un des cadres dont j'ai sollicité l'accord pour la réalisation de mes entretiens, m'a répondu que ce type de situation ne pouvait pas se passer dans son unité.

Face à ces nombreux refus, j'ai changé de méthodologie. J'ai réalisé deux entretiens d'infirmières travaillant en EHPAD et en libéral n'ayant d'après elles jamais rencontré ce type de situation. J'espérais via l'utilisation de techniques relationnelles et d'un guide d'entretien adapté, les aider à évoquer des situations où elles avaient agi contre leurs valeurs. Après mûre réflexion, j'ai fait le choix de réaliser un entretien sur un de mes anciens lieux de stage, le court séjour gériatrique (CSG). Ce choix a été difficile, car réaliser un entretien auprès d'une personne me connaissant peut influencer ses réponses et donc créer un biais méthodologique. Cependant, j'étais sûre que les infirmières de ce service avaient déjà été confrontées à ma problématique et c'est ce qui a motivé ma décision.

Ce n'est pas sans raison que j'ai cru que ces infirmières auraient matière à témoigner. Lors de mon stage en réanimation, les infirmiers sollicités pour participer à un entretien répondaient ne pas avoir vécu de telles situations. Pourtant, lorsque je les interrogeais de façon informelle, ils étaient en mesure de répondre<sup>31</sup> aux questions de mon guide d'entretien. De plus, mes collègues de promotion, malgré leur faible expérience, ont aussi pu me relater ce type de situation.

#### 4.3 **Modalité de réalisation des entretiens**

J'ai réalisé un guide d'entretien général (cf annexe B) que j'ai utilisé lors des trois entretiens. Ce guide est divisé en quatre parties principales. J'ai choisi de commencer mon entretien par le concept d'alliance thérapeutique. Il me semble que c'est un concept parlant pour les infirmiers. Il permet donc de les mettre à l'aise pour la suite de l'entretien. Je n'ai d'ailleurs pas souhaité leur demander une définition brute de l'alliance thérapeutique. En effet, après discussion avec ma directrice de mémoire, je me suis rendu

---

<sup>31</sup> Par respect pour le choix de ces infirmiers à ne pas faire partie de ma population inspectée, les résultats de ces entretiens informels ne seront pas communiqués dans ce mémoire.

compte qu'une question aussi frontale aurait pu mettre mes interlocuteurs en difficulté. J'ai alors fait le choix de remplacer ce concept par les termes de « prise en soin ». Ma deuxième partie porte sur les valeurs des professionnels. Ces deux premières parties doivent permettre aux infirmiers d'aborder plus facilement la troisième partie. Celle-ci porte sur une situation allant contre leurs valeurs. J'ai conclu cet entretien par le recueil de données socioprofessionnelles.

Avant d'entamer mon exploration de terrain, j'ai réalisé un pré-test auprès d'une étudiante et d'une infirmière. Ce pré-test n'a donné lieu à aucune modification de mon guide d'entretien.

J'ai réalisé mon premier entretien auprès de Charlie (cf annexe C), infirmière libérale (IDEL) depuis 3 ans. Avant d'ouvrir son cabinet, Charlie a été remplaçante dans de nombreux services. Elle a aussi été aide-soignante en EHPAD avant d'entamer sa reconversion professionnelle.

Mon deuxième entretien (cf annexe D) s'est déroulé en présence de deux infirmières exerçant en EHPAD. Laurence a travaillé exclusivement en EHPAD. Elle exerce depuis cinq ans dans cet établissement. Clémence est diplômée depuis six ans. Elle a débuté sur un pool de neurologie avant de travailler à domicile. Elle est infirmière dans cet EHPAD depuis deux ans. Cet entretien avec deux infirmières en simultané a été mûrement réfléchi. J'ai conscience que sur un échantillon si faible, réalisé deux entretiens individuels et un en binôme s'avère être un biais méthodologique. Néanmoins, il m'a semblé intéressant de pouvoir tester le concept d'influence sociale de cette façon.

J'ai réalisé mon dernier entretien auprès de Nolwenn (cf annexe E) diplômée depuis 5 ans. Elle a débuté sa carrière en travaillant 3 ans dans le pool de son établissement avant d'être stagiairisée en court séjour gériatrique.

## 4.4 Analyse

### 4.4.1 Alliance thérapeutique

Les piliers de l'alliance thérapeutique diffèrent d'une infirmière à une autre. D'après l'IDEL « Pour bien prendre en charge un patient [il] faut déjà le **connaître** et **l'apprivoiser** et qu'il nous connaisse aussi bien-sûr et puis qu'il ait **confiance** ». Son approche de l'alliance comprend une notion de mutualité. La connaissance se fait de l'infirmier vers le patient et du patient vers l'infirmier. Cette mutualité est à la base d'une relation de confiance. Je me demande si l'on peut mettre cette vision de l'alliance thérapeutique, en parallèle avec l'exercice libéral de Charlie. En effet, lors de plusieurs

restitutions de stage, des étudiants ayant été en libéral ont beaucoup parlé de la connaissance du patient. Si la connaissance du patient est importante quel que soit son lieu d'exercice, elle revêt un caractère particulier en libéral. En effet, le libéral est un exercice où l'on entre dans l'intimité du patient. De plus, les IDEL ont souvent peu d'informations sur leurs patients. La recherche de ces informations devient donc un point central de leur prise en soin. En libéral les patients choisissent leur infirmier. « Apprivoiser » un patient et établir une relation de « confiance », ne sont-ils pas nécessaires à la pérennité de leur prise en soin ?

La vision de l'alliance thérapeutique des infirmières d'EHPAD se rapproche du modèle de Bordin. On retrouve :

- Les buts (goals) avec des « soins qui sont **adaptés** » aux « **souhais** » du patient.
- Les tâches (tasks) : le soignant propose un soin « qu'on [il] pense qui est le mieux pour lui [le patient] » auquel le patient peut donner son « **accord** » et où l'on cherche son « **adhésion** ».
- Le lien (bond) avec le fait d'arriver à « établir une **relation de confiance** ».

Comme les autres infirmières, Nolwenn évoque l'importance du « climat de confiance ». Elle parle aussi de se rendre « disponible » et d'être « agréable », ainsi que de faire attention « au premier contact ». Elle semble donc mettre en avant le savoir-être pour favoriser l'alliance thérapeutique. Nolwenn est aussi la seule infirmière à parler de savoir-faire en évoquant la notion de « compétence ».

D'après les infirmières, cette alliance permet au patient d'être coopérant et de faciliter les soins. Pour l'infirmière de CSG, l'alliance thérapeutique est aussi un moyen de rendre le patient « acteur » de sa prise en soin.

#### 4.4.2 Valeurs

La question sur leurs valeurs a mis en difficulté les infirmières. La définition du concept de valeur leur semble floue. Je me demande, si les infirmiers ayant répondu n'avoir jamais vécu de situation allant contre leurs valeurs, avaient les mêmes difficultés. En effet, comment penser à une telle situation si leurs valeurs ne sont pas définies ? J'avais l'impression que la question des valeurs était très présente dans le monde paramédical et mon pré-test ne m'avait pas révélé cette gêne. Je pensais donc poser une question simple.

Cependant, les personnes interrogées lors du pré-test connaissaient bien le sujet de mon mémoire, ce qui a pu constituer un biais.

Les infirmières ont toutefois pu me citer leurs valeurs. Pour l'IDEL il s'agit du « respect », de l'« empathie » et de la « confiance ». Elle se demande toutefois si la confiance est une valeur. Pour les infirmières en EHPAD, il y a « l'empathie », la « bienveillance », la « bientraitance », le « prendre soin », la gestion de la douleur et « l'écoute ». Je me suis demandé, si les valeurs de ces infirmières correspondaient aux valeurs promues par leur établissement. J'ai donc demandé un exemplaire du projet d'établissement de cet EHPAD. On y retrouve ce passage sur les valeurs : « Chaque membre du groupe s'est interrogé personnellement sur les valeurs de son métier ainsi que sur celles importantes pour l'établissement. L'échange qui a succédé à cette réflexion a révélé l'importance donnée à l'écoute, la tolérance, le partage, la liberté, l'autonomie et le respect. ». Ce projet comporte aussi tout un travail autour de la gestion de la douleur. Si l'on remarque une certaine indépendance des valeurs de ces infirmières face à leur établissement, elles n'en restent pas moins en accord.

L'infirmière en CSG parle de ses valeurs comme d'une façon d'être qui pourrait faire penser à une évocation de qualités : « Je suis quelqu'un qui est à l'**écoute**, qui me rend **disponible**. » A ces valeurs-qualités, elle rajoute « la rigueur ». Je trouve que cette dernière valeur se rapproche de la notion de « compétence » qu'elle évoque pour l'alliance thérapeutique.

Lorsqu'elles sont en accord avec leurs valeurs, les infirmières utilisent des termes positifs pour décrire leur travail. L'IDEL dit qu'elle s'« épanouit » dans son travail, que ses patients sont « contents » et qu'elle est « bien ». Les infirmières en EHPAD parlent d'aller faire les soins « l'esprit léger ». Etre en accord avec ses valeurs semble être un facteur de bien-être au travail. Au contraire, lorsqu'elles doivent agir contre leurs valeurs, elles utilisent des termes propres au stress professionnel<sup>32</sup> : « on fait notre travail mais à contre cœur », « en s'excusant, à reculons », « ça devenait insupportable pour nous », « je me suis pris la tête avec un patient ». Si mon mémoire s'intéresse principalement aux répercussions sur l'alliance thérapeutique, je ne peux ignorer celles sur le soignant. Agir contre ses valeurs semble pouvoir être source de mal-être pour le soignant.

---

<sup>32</sup> MONCORPS F. La gestion du stress professionnel, IFSI CHATEAUBRIANT-NOZAY-POUANCE, 2017

#### 4.4.3 Agir contre ses valeurs

Les différentes situations rapportées par les infirmières ont des points communs. Tout d'abord, on y rencontre un mal-être des patients : un patient recevant peu de visites de sa femme et malheureux d'être en maison de retraite, une centenaire ayant la maladie d'Alzheimer qui pleure à cause des douches, une patiente qui se renferme à cause de prises de sang fréquentes, une patiente en fin de vie chez qui l'on pose une sonde nasogastrique. Les infirmières ne sont jamais isolées dans ces situations, il y a toujours plusieurs acteurs qui y participent (médecin, aide-soignant, infirmier).

Les infirmières évoquent plutôt des situations précises (douches, prise de sang, sonde nasogastrique) que des problèmes plus généraux ou institutionnels. Seule l'IDEL parle d'une situation relationnelle problématique. Ces quelques éléments d'analyse me rappellent une discussion avec ma directrice de mémoire. Nous nous demandions s'il existait une différence entre agir directement ou être plus passif dans une situation. Se sent-on autant impliqué ? Est-ce que nous nous questionnons autant ?

J'ai alors demandé aux infirmières si ces situations avaient eu des conséquences sur la façon d'être du patient. Elles m'ont parlé des pleurs, du « refus », de « l'agressivité », d'une « femme très froide ». Les infirmières en EHPAD ajoutent des insultes de la part de la résidente. Elles disent aussi avoir peut-être « perdu sa confiance. » et que « la blouse blanche ça [ne] passait plus. ». Au vu de ces comportements, on peut parler de rupture de l'alliance thérapeutique. Cette rupture s'opère pendant un soin donné mais peut aussi avoir des répercussions sur la prise en soin globale. Cependant, il serait mal venu de conclure que c'est le fait d'aller contre ses valeurs qui engendre cette rupture. D'ailleurs l'infirmière de CSG ne parle pas de répercussions négatives dans sa relation avec les patients. Au contraire, elle y trouve du positif. Elle évoque le fait d'être plus « attentionnée », d'avoir envie de « faire encore plus [et] bien ». Elle pallie le mal-être provoqué par cette situation en cherchant à prodiguer des soins apaisants. En faisant cela, fait-elle appel au mécanisme de défense qu'est la réparation ? « La réparation fonctionne comme une partie du système des défenses maniaques, elle acquiert les caractéristiques maniaques du déni, du contrôle et du mépris. Il est essentiel que [les soignants] puissent élaborer ce qui les conduit à être soignants. Ils risquent dans le cas contraire d'être pris dans des pièges relationnels qui les contraindraient à réparer toujours plus des patients qui iraient toujours plus mal.»<sup>33</sup> Si je pense à ce mécanisme de défense, c'est qu'à plusieurs moments dans son entretien, Nolwenn semble à la limite entre empathie et

---

<sup>33</sup> [http://www.serpsy.org/formation\\_debat/defense.html](http://www.serpsy.org/formation_debat/defense.html), consulté le 08/04/2017

transfert. « Moi en tout cas, je me mets forcément à la place de la famille et je me dis : si c'était ma grand-mère. Je, j'aurais été outrée en fait de voir une prise en charge comme ça. Mais, après forcément, ça interfère sur nos sentiments ».

Est-ce que résoudre ces situations a eu un effet positif sur les personnes prises en soin ? Après avoir compris les raisons de la froideur de l'épouse et de son comportement, l'IDEL explique que « ça se passait mieux [...] on accompagnait le monsieur [résident] différemment, elle [son épouse] aussi et puis elle avait moins la boule au ventre quand elle allait voir son mari. Elle allait le voir beaucoup plus souvent », « ça a tout recréé, une dynamique totalement différente ». Les douches de la patiente centenaire ont été arrêtées. « Après ça se passait très bien. Elle [n']a plus jamais pleuré cette femme ». Les infirmières en EHPAD expliquent que les prises de sang ont été supprimées et la prise en soin changée. « [la résidente] était en accord avec ces soins-là [...] par la suite [il] y'a toujours des petits moments de refus de sa part mais [il n']y avait plus d'agressivité comme avant. » Une fois la situation résolue, on observe un mieux-être du patient et/ou de l'entourage. L'alliance thérapeutique s'en trouve alors renforcée.

Au-delà des situations présentées par chaque infirmière, celles-ci ont évoqué ce qui pouvait les amener à travailler contre leurs valeurs. L'IDEL évoque les situations de « maltraitance », le manque de temps institutionnel, aller à l'encontre du « respect de la personne ». Les infirmières d'EHPAD parlent de situations à risques comme les « contentions », « l'acharnement », les familles qui peuvent mettre « en porte-à-faux » et faire « pression ». Pour l'infirmière en CSG, ce sont les « prescriptions médicales » et notamment lorsqu'elles conduisent à des situations d'« acharnement thérapeutique ».

Peut-il être positif d'agir contre ses valeurs ? Les réponses sont tout d'abord unanimes, « non ». Pourtant, en poussant la réflexion au-delà d'un premier choc d'autres réponses apparaissent. Ce type de situations pousse le soignant à une attitude réflexive. L'IDEL a cherché des informations « on a creusé, on a essayé de savoir », les infirmières en EHPAD des alternatives à la prise en soin « ça nous interroge ». Pour Nolwenn, ce type de situation peut amener l'infirmier à « se remettre en question » et à s'« améliorer ». Elle évoque aussi la possibilité d'« anticiper » sur une situation et d'améliorer la « communication avec le médecin » pour éviter de reproduire une telle situation. Dans la situation que j'évoque, la problématique de la communication avec le médecin mais aussi avec le patient est très présente. Mon stage s'est fini peu de temps après cette situation et je n'ai pas eu de recul nécessaire pour voir si il y a eu des changements dans les pratiques du service. En revanche, je connais l'influence qu'elle a eue sur ma propre pratique. J'ai

compris à quel point il est important de communiquer et de questionner les médecins, mais aussi d'anticiper au maximum les situations complexes. Au-delà de l'infirmière, c'est la manière de prendre en soin d'un service qui peut évoluer. Le travail effectué autour d'une situation problématique pourrait profiter à d'autres patients et résidents. Pour cela, faut-il encore se pencher sur ces situations et ne pas les oublier. C'est dans cette optique que certains établissements proposent des temps d'analyse de pratique ou des temps plus informels lors de situations complexes.

J'ai trouvé intéressant d'interroger Laurence et Clémence ensemble, car ce double-entretien apporte d'autres éléments d'analyse en lien avec le concept d'influence sociale. Lorsque Clémence et Laurence évoquent leurs valeurs et idées lors de cet entretien, elles ne se contredisent jamais. Soit elles approuvent ce que dit l'autre, soit elles semblent se compléter. Je me demande donc quelle aurait été la teneur de leurs réponses en entretien individuel. Si cette influence a peu de répercussion lors d'un entretien, qu'en est-il dans les relations de travail ? Nos collègues peuvent-ils influencer notre vision des soins et des situations vécues ? Ce qui nous semblait inacceptable, peut-il devenir acceptable sous le regard de l'autre ? Ce sont des questions complexes que je n'avais pas soulevées lors de ma première analyse. Savoir que d'autres soignants réalisaient les mêmes soins que moi auprès de M.H, ne les rendaient-ils pas plus faciles ? Aurais-je été interrogée le médecin sur sa prise en soin si les autres infirmiers avaient approuvé sa démarche ?

#### 4.4.4 Limites

Trois entretiens ne sauraient être représentatifs de ce que pensent et vivent les infirmiers. L'analyse précédente est donc à nuancer. J'ai souhaité réaliser ces entretiens dans différents secteurs afin de recueillir des points de vue différents. Si je ne regrette en rien cette démarche, elle a toutefois ses limites. Je me suis parfois interrogée sur le lien entre les réponses données et le secteur dans lequel travaille la personne interrogée. Or avec un seul entretien par secteur, je ne peux pas approfondir ces hypothèses. Si j'ai apprécié réaliser ces entretiens, je reste une novice dans l'art de les conduire. Je regrette de ne pas avoir approfondi certaines questions. Ce n'est qu'à l'analyse, après avoir eu quelques jours de recul, que je me suis rendu compte que j'aurais dû relancer mes interlocuteurs à certains moments. J'ai aussi pu influencer les personnes interrogées et ce d'autant plus lorsque mes questions les ont mises en difficulté (valeurs, trouver une situation, trouver du positif).

Lors de mes prises de contact, j'ai parlé succinctement de mon sujet et de mes critères pour les entretiens. J'ai aussi demandé aux cadres de ne pas transmettre mon guide d'entretien pour que les infirmiers ne soient pas influencés et restent spontanés. Avec le recul, je me demande si joindre un résumé de ma note de recherche aurait été bénéfique. En effet, ce n'était pas tant la théorie que le vécu des infirmiers qui m'intéressait. Leur permettre une meilleure compréhension de mon sujet aurait pu les aider à se préparer à ces entretiens.

J'avais choisi les entretiens semi-directifs pour pouvoir prendre en compte le paralangage des soignants. Au final, si j'ai pu me fier au paralangage au cours de l'entretien, j'ai été incapable de l'analyser par la suite. Lors des entretiens j'étais concentrée sur tout ce qui se déroulait et il m'a été difficile de prendre des notes sur ce type d'éléments. L'idéal aurait été de filmer ces entretiens pour avoir le temps de mettre en lien le verbatim et le non-verbal des personnes interrogées.

La situation évoquée par l'infirmière de CSG ne m'était pas inconnue. En effet, j'étais en stage au moment de cette prise en soin difficile. Bien que l'infirmière ne se savait pas que je connaissais la situation qu'elle évoque, j'ai pu l'influencer par mon paralangage. J'ai peut-être aussi manqué d'objectivité lors de l'analyse de cet entretien.

## 5 CONCLUSION

La situation de départ m'avait marquée et interpellée. Il était question de réaliser des soins ne respectant ni les droits ni le confort de M. H et par la même ne respectant pas mes valeurs professionnelles. Je me suis alors demandé si cette prise en soin avait eu des répercussions sur ma façon d'agir, voire sur l'alliance thérapeutique entre M. H. et moi. De cette situation a découlé la question suivante : « En quoi agir à l'encontre de ses valeurs professionnelles infirmières peut avoir des répercussions sur l'alliance thérapeutique ? » J'ai alors centré ce mémoire autour de trois concepts clefs : les valeurs, l'alliance thérapeutique et le comportement. Afin d'approfondir mes connaissances, j'ai réalisé des recherches à la fois théoriques et de terrain. Pour la théorie, je me suis d'abord appuyée sur mes cours pour ensuite m'ouvrir aux écrits professionnels, mémoires et études sociologiques. J'ai alors réalisé trois entretiens auprès d'infirmiers travaillant en EHPAD, en court séjour gériatrique ou en libéral.

Au fur et à mesure de ce travail je me suis rendu compte de la complexité de définir « ses » valeurs. Lorsque j'ai demandé à une infirmière de me définir les siennes, elle m'a répondu « ça c'est dur » et elle avait raison. De nombreuses fois défini, le concept de valeur n'en est pas moins flou pour les professionnels. Comment identifier quelque chose qui nous indéfini ? Où est la limite entre mes valeurs personnelles, professionnelles, spirituelles... et celles des autres ? Si face à tant de complexité, le professionnel peut avoir des difficultés à définir ses valeurs, elles n'en restent pas moins importantes pour lui. Cela peut aller jusqu'à orienter son projet professionnel. De plus, être en accord avec ses valeurs pourrait participer au bien-être au travail. Au contraire, travailler à leur encontre peut être source de mal-être. Se pourrait-il alors, qu'aller contre ses valeurs soit un facteur d'épuisement professionnel (burn-out) ?

Pour les infirmiers, aller contre leurs valeurs évoque une certaine violence dans les soins : « contention », « maltraitance », « acharnement », « prise de sang », « pleurs », « agressivité », « traumatique », soin forcé. Pour autant, ils n'ont pas forcément vécu les situations qu'ils évoquent comme des facteurs de risques. Qu'en est-il alors de l'imaginaire infirmier ? Doit-on se sentir protégé ou au contraire menacé selon son lieu d'exercice ?

Nous remarquons aussi que ces situations sont souvent sources de conflits entre soignants ou entre les soignants et leurs patients. Dans ma problématique, je n'avais pas précisé qui était concerné par cette alliance thérapeutique. Je ne regrette pas ce choix. Au début de la rédaction de ce mémoire, je considérais que seule l'alliance entre le patient et

l'infirmier serait impactée. Cette vision était trop réductrice. Ces situations montrent que l'alliance d'un infirmier avec ses collègues ou l'entourage du patient peut aussi être en jeu.

L'alliance thérapeutique parfois menacée ou écorchée par ces situations de soin, s'en retrouve optimisée lors de leurs résolutions. S'il n'est pas souhaitable de rencontrer ces situations, elles restent sources de réflexivité pour les infirmiers et peuvent faire évoluer une prise en soin. Je m'interroge alors sur le fait d'être en permanence en accord avec ses valeurs. S'il n'est pas question de se tourmenter, n'est-il pas nécessaire de prendre un temps de réflexion même quand tout nous semble idéal ? Cette question, je me la pose à moi-même. Une situation de soin en totale correspondance avec ses valeurs, ne doit-elle pas interroger le professionnel ? Les moments de frustrations, de tensions, de complexité dans la prise en soins du patient, facilitent la réflexivité du soignant que ce soit de manière individuelle (analyse de pratique) ou collective (réunions d'équipe, staff, partage avec un collègue...). « Un professionnel « compétent » n'est pas seulement celui qui veut bien faire ce qu'il doit faire. [...] C'est celui qui sait poser les bonnes questions sur sa propre pratique, [...] autrement dit un sujet qui auto-évalue en permanence sa pratique »<sup>34</sup>. Pourtant cette constante remise en question n'est pas si aisée. Pour Nolwenn, infirmière en CSG être en mesure de « remettre sa pratique en question » fait partie des « qualités d'un soignant ».

De ces entretiens, j'aurais aussi retenu, qu'il est souvent possible de continuer une prise en soin qui n'est pas en accord avec nos valeurs. Cependant celle-ci peut en être impactée. L'infirmier peut y aller à « reculons », repousser le moment du soin, ses « sentiments » peuvent interférer avec la prise en soin. Ces situations peuvent-elles amener l'infirmier à devenir délétère ? Quand faut-il passer la main ?

Les infirmières d'EHPAD disent avoir été « obligées » de faire le soin, ce malgré le refus du patient. Qu'est ce qui est en jeu pour qu'une infirmière se sente obligée de réaliser un soin allant à l'encontre des droits d'un patient ? Pourquoi ne me suis-je pas autorisée, ne serait-ce qu'à respecter le droit d'information de M. H ? Est-ce lié à mes représentations ? A l'influence sociale ? Avais-je peur ? J'ajouterais ce qu'a dit l'infirmière de CSG : « c'est le médecin qui a le dernier mot », « c'est prescrit donc on [les infirmières] n'avait pas forcément le choix non plus ». Qu'en est-il du jugement de l'infirmier ? Du droit des patients ? De l'éthique ? Le médecin serait-il tout-puissant ? Si

---

<sup>34</sup> VIAL M. *Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser*, Soins cadre n°53, p.33-36, février 2005.

le code de la santé publique dit que « l'infirmier applique et respecte la prescription médicale » (art. R4312-29 CSP), le code de déontologie ajoute que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle.» (art. R4312-12 du code de déontologie des infirmiers)

J'ai voulu centrer mon mémoire autour de trois grands concepts, ne pas m'éparpiller. Pourtant, je reste incapable de conclure. Je ne souhaite pas proposer de « solution » quand cette recherche ne fait que déboucher sur plus de questions et d'envies d'explorations.

Tout comme les analyses de pratiques réalisées à chaque stage, j'ai trouvé ce travail enrichissant. J'ai appris les bases de la recherche : où trouver des sources fiables, comment les croiser et les synthétiser. J'ai découvert une recherche infirmière française et internationale riche. Cette initiation m'a permis de me confronter aux difficultés du chercheur. Qu'il m'a été difficile de choisir une problématique quand mon esprit se dispersait entre maints et maints sujets. Mes sollicitations pour des entretiens, bien que souvent infructueuses, m'ont mises en contact avec de nombreux professionnels de santé. Je regrette toutefois de ne pas avoir rencontré d'infirmier ayant déjà eu à réfléchir sur ces problématiques. J'aurais apprécié pouvoir échanger avec lui et profiter de ses apprentissages. Je me suis posée énormément de questions (suis-je claire ? suis-je hors sujet ? qu'est-ce que je souhaite réellement savoir ? mon guide d'entretien est-il logique ? ... ?). Malgré l'accompagnement de ma directrice de mémoire, je me suis parfois sentie seule. J'aurais voulu demander conseil à un collègue chercheur, réfléchir avec lui sur ce mémoire et sur les stratégies d'investigation. Faire de la recherche seul me semble périlleux et demande une motivation certaine. Peut-être est-ce parce que j'ai choisi un métier où le travail d'équipe est essentiel ? Pour moi, on ne peut travailler seul. La réussite dépend de la collaboration de personnes ayant des opinions, des sensibilités, des savoirs... différents.

Ce mémoire m'a amené à me questionner sur de nombreux sujets. Il n'a fait que me convaincre de la complexité du métier d'infirmier. J'aimerais me dire que demain je ne referais plus les mêmes erreurs, que je serais une « bonne » infirmière travaillant de façon idéale... La réalité n'est pas là. C'est aussi cela ce travail de recherche. C'est savoir que les choses ne sont pas parfaites, qu'elles sont parfois complexes mais que l'on est rarement démuni. Quand on ne peut agir, on peut réfléchir. Les sciences infirmières

évoluent, le métier d'infirmier aussi. Je pense que rédiger ce mémoire c'est aussi nous aider, nous donner de nouveaux outils, ceux de l'infirmière d'aujourd'hui et de demain.

A travers cette recherche, j'ai aussi appris à mieux me connaître. On ne peut pas se questionner sur ses valeurs sans faire émerger de nouvelles questions et interroger sa prise en soin. Au cours de ma formation, je me suis souvent interrogée sur ma prise en soin, sur la raison d'agir de telle ou telle façon. Ces questionnements pouvant sembler futiles m'ont toujours intéressée. Pourquoi ne pas vouvoyer ce jeune homme ? Comment accompagner cette femme qui veut arrêter sa chimiothérapie ? Peut-être que l'analogie n'est pas simple, mais dans toutes ces analyses de pratiques, on retrouve la question des valeurs, de l'alliance thérapeutique et de l'agir. Après tout, ces concepts ne rythment-ils pas la profession infirmière ? Ils sont souvent silencieux et on y fait peu attention. Il est vrai, que c'est souvent lorsque les choses se passent anormalement, que la réflexion émerge. Ce mémoire m'aura donc appris à me méfier de l'eau qui dort. J'espère être à l'aise dans ce métier dans les années qui viennent, pour autant je ne dois pas oublier cette réflexivité. Si ce mémoire n'apporte pas de réponse, j'espère qu'il suscitera l'esprit réflexif du lecteur.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

### **Cours**

MONCORPS F. *La gestion du stress professionnel*, IFSI CH Chateaubriant-Nozay-Pouancé, 2017

### Valeurs

Mme XXX, *Concepts de base en psychologie sociale*, IFSI CH Chateaubriant-Nozay-Pouancé, XXX 2015

### Alliance thérapeutique

Cours UE 1.3 S2 et 1.3 S4 : Législation, éthique, déontologie, IFSI CH Chateaubriant-Nozay-Pouancé

*L'alliance thérapeutique*, IFSI LORIENT, 05/09/2012

MONCORPS F., *Théorie des soins relationnels : la communication*, UE 4.2 S2, IFSI CH Chateaubriant-Nozay-Pouancé, 09/02/2015

### **Internet**

Dictionnaire Larousse [en ligne], URL : <http://www.larousse.fr/>

Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) [en ligne], URL : <http://www.cnrtl.fr/>

FRIARD Dominique. *Les mécanismes de défense*, [en ligne], consulté le 10 avril 2017, URL : [http://www.serpsy.org/formation\\_debat/defense.html](http://www.serpsy.org/formation_debat/defense.html)

Legifrance : le service public de la diffusion du droit [en ligne], URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

### Alliance thérapeutique

GUEX-JORIS S, Alliance thérapeutique et prise en soins patient souffrants de douleur chronique, Bachelior en sciences infirmière, Sion, 6 juillet 2009 [en ligne], consulté le 2 décembre 2016, URL : [https://doc.rero.ch/record/16812/files/Sylvie\\_Guex-joris\\_Travail\\_de\\_bachelor.pdf](https://doc.rero.ch/record/16812/files/Sylvie_Guex-joris_Travail_de_bachelor.pdf)

*Négociation*, Perspective monde, consulté le 13 décembre 2016, URL: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1620>

SANTA A, *La relation de soin : une question de confiance ?*, Espace éthique : région île de France, 7 mai 2009, [en ligne] consulté le 21 décembre 2016, URL : <http://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

### Valeurs

*Axiologie*, Encyclopédie universalis, consultée le 13 janvier 2017, URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/axiologie/>

*Expérience d'Asch*, consulté le 11 janvier 2016, URL : <https://explorable.com/fr/experience-dasch>

SHAHRIARI M, MOHAMMADI E, ABBASZADEH A, BAHRAMI M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2013;18(1):1-8.

### **Ouvrages**

FORMARIER M. *et al. Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 220-222.

### Alliance thérapeutique

BENNER P. *De novice à expert – excellence en soins infirmiers*, Masson, 2003, 264p.

BORDIN E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, vol. 16, 252-260.

### Valeurs

DELIVRE F. *Le pouvoir de négocier : s'affronter sans violence (3°Ed)*, InterEdition, juin 2013

### **Revues**

#### Alliance thérapeutique

BAILLARGEON P., PUSKAS D. *L'alliance thérapeutique : conception, pratique*, Défi jeunesse vol XIX n° 3, juin 2013

*Dossier l'alliance thérapeutique en question*, santé mentale n°181, octobre 2013

GADEAU L, *Voies de l'alliance thérapeutique. Pacte narcissique et temporalité, Le Divan familial*, 2/2002 (N° 9), p. 137-150.

*Le cadre thérapeutique*, Bulletin de Santé mentale n°172, novembre 2012

ROTEN Y, MICHEL L, PETER D, « Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique », *Psychothérapies*, 1/2007 (Vol. 27), p. 37-45.

### Valeurs

GORZ A., « Authenticité et valeur dans la première philosophie de Sartre », *Les Temps Modernes*, 4/2005 (n° 632 à 634), p. 626-668.

GUEGUEN N. Stanley Milgram (1933-1984). La soumission à l'autorité, *La grande histoire de la psychologie, revue sciences humaines, hors série n°7*, septembre/octobre 2008

GRUAT F., « Les valeurs en crise », *Recherche en soins infirmiers* 2009/1 n°96, p. 5-7.

PEOC'H N., CEAUX C. « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse », *Recherche en soins infirmiers*, 1/2012, n°108, p. 53-66.

VAIDIS D. et Halimi-Falkowicz S. (2007). *La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle*. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, n°1, pp. 9-18.

VIAL M. *Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser*, *Soins cadre* n°53, p.33-36, février 2005.

**Article L2212-8 du CSP** *Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art.*

*1* Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. [...]

**Article R4311-1 du CSP** L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

**Article R4311-2 du CSP** Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions

**Article R4311-3 du CSP** Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

**Art. R. 4312-12 du code de déontologie des infirmiers** – Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle.

**Article R4312-29 du CSP** L'infirmier applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur. [...] Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. [...] L'infirmier communique au médecin prescripteur toute l'information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.

## 8 TABLE DES ANNEXES

|  |    |
|--|----|
| ANNEXE A : Code de déontologie des infirmiers : occurrence des valeurs . . . . .     | 47 |
| et devoirs   |    |
| ANNEXE B : Guide d'entretien . . . . .   | 49 |
| ANNEXE C : Entretien n°1 : infirmière libérale, Charlie . . . . .                    | 50 |
| ANNEXE D : Entretien n°2 EHPAD, Clémence et Laurence . . . . .                       | 56 |
| ANNEXE E : Entretien n°3 : infirmière en cours séjour gériatrique, Nolwenn . . . . . | 63 |
| ANNEXE F : Modèle de l'Ecuyer . . . . .  | 67 |

**ANNEXE A : Code de déontologie des infirmiers : occurrence des valeurs et devoirs**

| <b>Valeurs</b>               | <b>Emplacement</b>  |
|------------------------------|---|
| Humanité                     | Art R. 4312-3 (Devoir d'humanité)<br>Art R. 4312-4<br>Art R. 4312-12  |
| Dignité                      | Art R. 4312-3<br>Art R. 4312-17<br>Art R. 4312-20<br>Art R. 4312-21<br>Art R. 4312-55   |
| Intimité                     | Art R. 4312-3   |
| Probité                      | Art R. 4312-4<br>Art R. 4312-54<br>P.18 Impartialité et probité de l'infirmier expert   |
| Moralité                     | Art R. 4312-4   |
| Loyauté                      | Art R. 4312-4<br>Art R. 4312-62 (Loyauté)   |
| Secret professionnel         | Art R. 4312-5<br>Art R. 4312-26<br>Art R. 4312-35<br>Art R. 4312-49<br>Art R. 4312-63<br>Art R. 4312-67   |
| Indépendance professionnelle | Art R. 4312-6<br>Art R. 4312-28<br>Art R. 4312-32<br>Art R. 4312-53<br>Art R. 4312-57<br>Art R. 4312-63<br>Art R. 4312-64<br>Art R. 4312-73<br>Art R. 4312-74<br>Art R. 4312-88 |
| Assistance                   | Art R. 4312-7<br>Art R. 4312-17<br>Art R. 4312-18<br>Art R. 4312-25<br>Art R. 4312-23   |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Intérêt du patient                | Art R. 4312-10<br>Art R. 4312-28<br>Art R. 4312-63  |
| Justice/équité/respect des droits | Art R. 4312-11 (non-discrimination)<br>Art R.4312-13 (information du patient)<br>Art R. 4312-3 (consentement du patient)<br>Art R. 4312-16 (consentement du mineur et du majeur protégé)<br>Art R. 4312-18<br>Art R. 4312-20 (prise en charge de la fin de vie) |
| Responsabilité                    | Art R. 4312-32<br>P.14 responsabilité dans le cadre du rôle propre et de ses prescriptions<br>Art R. 4312-36<br>Art R. 4312-42<br>Art R. 4312-43<br>Art R. 4312-44<br>Art R. 4312-86  |
| Compétence                        | Art R. 4312-1<br>Art R. 4312-10<br>Art R. 4312-13<br>Art R. 4312-19<br>Art R. 4312-36<br>Art R. 4312-40<br>Art R. 4312-42<br>Art R. 4312-46   |
| Qualité                           | Art R. 4312-1<br>Art R. 4312-21<br>Art R. 4312-32<br>Art R. 4312-33<br>Art R. 4312-64<br>Art R. 4312-67<br>Art R. 4312-72   |

## ANNEXE B : Guide d'entretien

- 1) Qu'est-ce qui vous semble important pour prendre en soin/faciliter la prise en soin d'un patient ? *(si difficultés à répondre, proposer relation de soin)*
- 2) Quelles sont vos valeurs professionnelles ?
- 3) Avez-vous été confronté à une situation allant contre vos valeurs ? Pouvez-vous m'en parler brièvement ? *(Avez-vous déjà effectué des soins/participé à une prise en soin avec lesquels vous n'étiez pas d'accord / que vous n'estimiez pas nécessaire ou approprié ?)*
  - a) Pensez-vous que cela ait eu une influence sur votre façon d'agir/votre relation avec le patient ?
  - b) Cette situation a-t-elle eu des répercussions sur l'alliance thérapeutique ?
- 4) Pensez-vous qu'aller contre ses valeurs puisse être positif ? Pourquoi ?
- 5) Depuis quand êtes-vous infirmier ?
- 6) Vos valeurs ont-elles eu une influence sur votre parcours professionnel ? / Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai rencontré Charlie à son cabinet après sa tournée du matin. Pendant qu'elle rangeait ses affaires, elle a souhaité que je lui reparle de mon mémoire. Cette partie n'a pas été enregistrée. Elle a aussi pu se présenter.

**Je vais vous poser des questions...**

Ouai.

**Vous me répondez comme vous le sentez.**

Hum d'accord.

**Y'a pas de question piège, vous pouvez prendre le temps de réfléchir.**

D'accord.

**Me redemander comment ça marche.**

D'accord pas de problème.

**Et l'enregistrement c'est juste pour moi.**

Ouai je connais le principe, ouai ouai pas de soucis vous inquiétez pas.

**Donc première question. Qu'est-ce qui vous semble important pour prendre en soin un patient ?**

Alors, qu'est ce qui me semble important pour prendre en charge un patient. Alors déjà euh, le connaître déjà avant tout. Euh ne pas, euh fin' c'est vrai qu'après à domicile le euh, on a plus le temps c'est vrai. Euh moi je me vois pas arriver chez les gens en terrain conquis et puis euh, euh le tout enfin euh le pouvoir du soignant. Non. Moi je pense qu'il faut prendre le temps déjà, d'apprendre à l'apprivoiser. Moi je dis des fois apprivoiser les gens, c'est-à-dire que voilà y aller doucement, les connaître un minimum leur histoire de vie parce que c'est important aussi. Les gens ils naissent pas à 80 ans, ils naissent pas à 40 ans. Ils ont un vécu, ils ont une histoire derrière et souvent faut pas rêver, euh ça a ça a un lien avec euh, avec euh ce qui leur arrive au jour d'aujourd'hui, donc déjà je trouve ça super important. Pour bien prendre en charge un patient faut déjà le connaître et l'apprivoiser et qu'il nous connaisse aussi bien sur et puis qu'y ai confiance et puis avec ça en discutant comme ça avec les gens en essayant... Enfin en apprenant à les connaître et ce qu'ils nous connaissent aussi, y a une confiance qui s'installe et une fois que la confiance est installée après, bah ça roule et dans les deux sens.

**Pour vous c'est la confiance qui est le plus important...**

Ouai la confiance et puis la connaissance du patient.

**Et ça vous aide, euh de quelle façon dans votre prise en soin d'avoir créer euh...**

Cette relation de confiance, déjà euh, qu'il y ai une relation de confiance avec les gens. Quand on arrive déjà les gens ils parlent. Ils nous parlent ouvertement donc euh bah quand ça va, quand ça va pas euh et puis après quand on connaît les gens des fois... Aaaah ils nous disent, eh je sais pas comment vous expliquer. On, on a même pas besoin de nous dire. Quand on arrive chez eux, on va voir ça va, si ça va pas et puis euh le soin se déroule bien. J'ai même, quand je travaillais en service euh des gens qui pouvaient être soit agressifs soit opposants. Euh quand y'a de la confiance, quand les gens ont confiance en vous, on on retrouve pas ça. Y'a pas ça. C'est vrai que euh, même je vois que une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, parfois y'a des troubles du comportement, ou euh y ont, euh souvent l'agressivité vient, euh de, euh est générée par de l'angoisse et par euh

l'anxiété et han ça s'apaise ça, ça s'apaise. Les gens y ont confiance en vous, y savent que vous êtes là pour euh euh entre guillemets pour pour les aider.

**Hum.**

Les accompagner, eh ben le dialogue est plus facile et y'a pas d'opposition aux soins. Mais voilà, certain certains patients pour la prise des médicaments et tout et bah ça se passe beaucoup mieux.

**D'accord donc euh ça permet aussi une meilleure observance.**

Ah bah bien sûr ! Au niveau de l'observance, au niveau des patients, au niveau de l'acceptation du soin. Acceptation aussi des euh je sais pas, euh. Acceptation c'est ptete un un bien grand mot. Mais euh oui et puis qu'on rentre aussi dans leur intimité. Quand c'est une toilette, quelque chose comme ça et bah voilà, ça ça passe ça passe.

**Hum d'accord donc ça participe vraiment...**

Ah oui.

**A une prise en soins globale donc si je résume ce que vous me dites.**

Ah oui oui tout à fait. Ouai ouai c'est vraiment euh.

**Du coup euh en tant qu'infirmière ou infirmière libérale...**

Hum.

**Quelles seraient vos valeurs professionnelles, vos valeurs dans le soin ?**

Ça c'est dur, ça c'est dur à répondre. Euh euh parce que les valeurs c'est pas les qualités donc euh. Euh les valeurs pour moi, c'est déjà le respect, le respect de l'autre. Ca l'autre y'a le respect de la personne et le, le respect de euh euh sa façon de vivre et d'être... Après euh voilà faut accepter que bah les gens euh euh. Les gens ouai vivent pas comme vous. Y ont pas les mêmes euh, euh les mêmes euh, la même façon de vous de voir les choses, la même façon de vivre, la même façon de. Déjà le respect de l'autre et puis euh l'empathie. Parce que euh tout en sachant aussi mettre de la distance, parce que l'empathie faut pas non plus parce que sinon on laisse plumes hein. Donc euh faut euh savoir se mettre à la place de l'autre mais faut pas... Voilà tout en prenant une certaine distance parce que sinon bah on. Donc euh déjà le le respect et l'empathie. Ouai pour moi c'est mes valeurs professionnelles donc euh ouai.

**Du coup ça rejoint bien ce que vous m'avez dit juste avant avec la confiance.**

Avec la confiance ouai hum.

**Et, et du coup par rapport à ces valeurs, ça vous est arrivé d'être confrontée à des situations ou vous étiez en conflit avec ces valeurs, ou vous avez pas pu les mettre en place ?**

... depuis que je suis à domicile ?

**Depuis le début de votre carrière.**

Depuis le début de ma carrière. Disons que ouai euh j'ai dû travailler que deux ans en tant qu'infirmière. Avant j'étais aide-soignante, mais même en tant qu'aide-soignante on est confrontée à la même chose, faut pas se leurrer. Euh oui j'ai été confrontée à ça quand j'étais aide-soignante euh en maison de retraite. C'est pour que ça j'y, je travaille plus en maison de retraite. J'ai... parce que ouai. En en à l'encontre ouai de mes de mes valeurs et du respect de la personne. Et euh parce que y'avait de la maltraitance au sein de cet établissement et oui ça allait euh vraiment à l'encontre. Oui de euh de de euh de mes valeurs professionnelles, qui est le respect, qui est l'empathie, qui est ouai ça c'est sur. Et

euh et en tant qu'infirmière, dans les services ouai heureusement, malheureusement les obligations de service font que des fois on peut être confronté à ça. On voudrait faire plus, prendre le temps d'apprendre à connaître les gens, d'instaurer cette confiance. Mais on l'a pas et euh et des fois, on fait des choses sans forcément respecter le choix du patient et euh la personne et à domicile... C'est pour ça qu'j'ai dit j'frais du domicile parce qu'au moins j'vais travailler toute seule, j'vais travailler entre guillemets à ma façon. Euh je vais choisir les collègues avec qui j'ai envie de travailler et j'ai trouvé une collègue en or. On a la même façon, la même vision du soin et la même façon de travailler. Et donc eh bah je peux pas dire que depuis qu'on est à domicile j'ai pas rencontré ça non, j'ai pas été confronté à ça à domicile.

**Vous avez choisi le domicile justement pour être en accord avec vos valeurs.**

Avec mes valeurs professionnelles hum parce que je travaille comme j'ai envie de travailler

**Et du coup ça est ça a, est ce que vous avez vu un changement dans la relation que vous que vous pouviez avoir avec vos patients, au niveau de la façon dont vous vous sentez, de ce que vous pouvez mettre en place.**

Ouai c'est-à-dire que euh euh. Moi je vais travailler tous les matins euh. Je suis contente de travailler, quand je rentre chez moi bon y'a des jours on arrive pas toujours à faire mais là c'est plus dans les soins, euh euh à aller plus dans le soin technique. Mais pour mes valeurs à moi ouai je rentre chez moi le soir je rentre pas en me disant euh je me suis pris la euh, entre guillemet, je me suis pris la tête avec un patient. Ca, ça c'est pas bien passé, non, non je peux pas dire que depuis que je fais du domicile, ça va faire 3 ans passé depuis le premier janvier qu'on a ouvert le cabinet, euh non moi je m'épanouie dans mon boulot. Franchement je m'épanouie dans mon travail parce que je, on arrive avec N. à bosser comme on a envie de travailler. On prend les patients en charge comme on a. On pense, qu'on pense pas qu'on fait mieux que les autres et qu'on a la science infuse. Mais euh je pense le retour des gens nous conforte, dans dans ce que nous renvoie les gens. Le confort dans dans dans dans dans ça dans oui. Euh on est pas on est pas déconnant avec ce qu'on fait et avec ce qu'on est. Parce qu'on a un bon retour, parce que les gens sont contents, parce que les gens nous rappellent parce que voilà. Donc euh ouai non moi euh je suis bien dans mon boulot.

**Ca fait plaisir d'entendre ça.**

Oh oui je suis bien. \*rire\*

**Donc euh je vais revenir à votre expérience avant d'être IDEL.**

Ouai.

**Est-ce que vous pourriez me parler d'une situation en particulier, qui vous aurait marquée parce que vous iriez contre vos valeurs en tant qu'infirmière mais aussi en tant qu'aide-soignante si ça vous parle plus euh.**

Ouai ouai en tant qu'infirmière euh en service... Je peux, non. Y'a... Si je creusais un peu je pense que je trouverais. Mais c'est des ouai plus, ouai. Ce qui m'a le plus marqué dans ma carrière, c'était ouai en tant qu'aide-soignante dans cette maison de retraite où euh témoin de maltraitance. Euh je me rappellerais toujours euh c'était euh une femme elle avait 80 ans elle avait la hum ah ouai je sais même pas si je. Je vais plutôt vous parler quand je vous parle de la connaissance du patient de l'histoire de vie des gens. On avait une euh femme qui est arrivée avec son mari, son mari avait été obligé, euh son mari avait été obligé de rentrer en maison de retraite parce que elle, à domicile ne pouvait plus s'en occuper alors que elle paraissait valide cette dame. Voilà elle paraissait valide elle paraissait euh voilà. Elle était. Son mari avait la maladie de parkinson, lui était en fauteuil

roulant bon il marchait encore un peu il avait quand même des difficultés et le euh ce monsieur était d'une gentillesse mais d'une gentillesse. Euh, euh c'est vrai qu'avec nous il était adorable et euh il était malheureux et tout d'être en maison de retraite et euh plus à domicile et euh donc elle l'accompagne euh on l'installe dans sa chambre. Elle part. Et lui il nous dit j'ai pas télé, j'ai pas ci j'ai pas ça mais bon quand on voyait sa femme faudrait aussi que vous lui emmeniez ci que vous lui emmeniez ça. Et puis ça prenait toujours du temps à venir et puis elle venait, qu'elle venait un peu en courant d'air et euh et puis elle était très froide avec nous. Euh on se disait purée elle est pas sympa elle a pété son mari, elle. Euh on l'a, on l'a vraiment jugée cette femme. On se dit ouai elle a pété son mari là, elle s'en est débarrassé et puis elle maintenant voilà. Elle euh vient rarement le voir et puis quand elle vient c'est hop, elle a la belle vie quoi entre guillemets on a vraiment eu un jugement de valeur envers c'te femme. Un jour elle vient voir son mari, bonjour, yeux baissés passer devant nous, bonjour, elle va voir son mari. Elle ressort une demie-heure après. Elle passe aussi, elle pleurait. Tien, qu'est ce qui s' passe moi chuis aller la voir je dis « je vois que vous êtes pas bien, y'a eu un soucis ? Y'a un problème ? Vous voulez qu'on en parle et tout ? ». Et là c'te femme m'a vidé son sac. Son mari c'était l'ancien boulanger du coin, du village où était la maison de retraite et donc connu par tout le monde comme quelqu'un de super gentil. Sauf que là elle m'a vidé son sac en me disant que son mari quand il vivait à la maison, qu'il était encore valide, il la frappait, il la trompait. Elle avait deux enfants qui venaient jamais voir leur père, surtout qu'on avait pas compris parce que ça faisait bien deux mois qu'il était là. Il frappait ses enfants et quand elle venait le voir. Alors qu'avec nous je vous dis, c'était l'homme super gentil. Quand la porte de la chambre était fermée, eh bah la pauvre \*frappe son poing contre sa main\* hein, fallait voir c'que et on connaissait pas l'histoire de vie, justement de euh de ce couple, on connaissait pas ce monsieur, euh pour nous il était charmant. On avait eu un jugement de valeur et c'est vrai que euh, euh et bah on a vu les choses différemment et le monsieur on l'a pris en charge lui aussi et on a pris sa femme en charge, on les a accompagné tous les deux. Parce qu'en fin de compte c'était super difficile aussi pour sa femme et euh c'est là qu'on s'est dit euh, euh, euh, parce qu'en fin de compte avec elle on était froides. On était aussi...

**Hum hum.**

On a eu un jugement de valeur et euh aussi bien que et ben elle on a changé notre fusil d'épaule euh par rapport au regard qu'on avait sur elle, sur lui aussi donc euh. On était déjà ptete un ptit peu moins dans la plainte avec lui en, le pauvre monsieur et on l'a accompagné autrement. Alors c'est vrai qu'on avait pas de conflit avec lui mais le fait de connaître cette histoire de vie et tout ça et de connaître ce qu'elle avait vécu elle aussi, ça nous a permis bah de l'accompagner lui parce que pour lui. Souvent quand on accompagne une personne, on accompagne pas que la personne, on accompagne aussi l'entourage. Mais ça, voilà, ce qui fait qu'avec elle tout doucement ça se passait mieux et puis ben elle a, quand elle venait elle laissait la chambre ouverte parce qu'elle savait qu'on savait. Donc j'lui disais, laissez la porte de cette chambre ouverte quand vous allez rendre visite à votre mari. C'est dommage mais voilà. Et on accompagnait le monsieur différemment, elle aussi et puis elle avait moins la boule au ventre quand elle allait voir son mari. Elle allait le voir beaucoup plus souvent. Donc quelque part ça a rendu service aux deux mais comme quoi, de connaître le vécu des gens et euh et tout en restant voilà euh le monsieur on l'a pas jugé on est resté dans le respect aussi mais, on a pris des distances. Donc la connaissance de l'entourage comme quoi des fois faut se méfier.

**Oui.**

Faut être super vigilant avec l'histoire de vie des gens.

**Oui. C'est super intéressant comme histoire.**

Ouai c'est super. C'est très important de connaître un minimum, un minimum là, la vie des gens pour pouvoir bien les accompagner.

**Bah du coup ma deuxième question vous y avez déjà répondu. Je voulais vous demander les répercussions sur l'alliance thérapeutique mais là fin' on voit bien du coup que ça a tout recréé.**

Ça a tout recréé une dynamique complètement différente et euh et euh et oui c'est. Je dis, quand une fois que les gens ont confiance, quand vous connaissez, vous connaissez leurs habitudes de vie, vous connaissez leur vécu, ça coule de source après. Bah après moi ça me paraît d'une simplicité, c'est euh voilà, c'est et puis y'a des choses qui sont super importantes à savoir, y'a des petites choses toutes bêtes. Je vais vous donner même un autre exemple. On avait une femme-là, j'étais infirmière j'ai travaillé en USLD soins palliatifs médecine gériatrique, de plus de 100 ans que les aides-soignantes faisaient prendre une douche deux fois par semaine, que la pauvre petite mère qui était non communicante parce qu'elle avait la maladie d'Alzheimer c'est euh au stade sévère donc euh qu'était grabataire, non communicante qui pleurait à chaque fois et tout ça, et c'était quelqu'un qui n'avait jamais été marié donc s'était jamais exposée nue \*tappe ses genoux\* devant euh. Elle était vieille fille elle n'avait que des neveux et nièces mais qu'avaient un âge euh déjà bien avancé. Euh et qui euh qui ne s'était jamais exposée nue et qui ne s'avait pas ce qu'était une douche avant d'arriver à l'hôpital et euh bah pour elle on l'agressait quoi, quand on lui faisait prendre et j'ai dit aux filles. Mais cette femme quand je suis arrivée dans le service, ça faisait déjà quelques temps qu'elle était là et on a creusé on a essayé de savoir par des gens qui venaient et on a su tout ça et on a bien compris que et puis, que euh qu'elle être nue, elle des pieds à la tête devant des inconnus ça lui était jamais arrivé avant ses 100 ans et c'était super violent on a arrêté les douches et après ça se passait très bien. Elle a plus jamais pleuré cette femme, on a arrêté les douches.

**D'accord donc ça avait vraiment tout un impact parce qu'elle pleurait et pour les autres soins pareil ?**

Non. C'était vraiment pour la douche, le fait d'être nue voilà. D'être nue puis d'avoir je pense que ouai, c'est pas que je pense, c'est que cette femme n'avait pas toutes les commodités chez elle qui faisait qu'elle n'avait jamais vu une douche de sa vie. Donc euh.

**On voit l'importance...**

Ouai de la connaissance de la personne et euh de voilà oui ok vous voulez pas, vous voulez pas prendre de douche, vu n'avez jamais vu de douche. On respecte ça. On respecte ça. C'est parce qu'on est en institution qu'il faut que tout le monde soit briqué. On respecte ça, surtout à ces âges-là. Un minimum de respect pour ce qu'ils sont.

**Deux situations qui je trouve, qui qui imagent bien ce vous dites. Je vais vous poser quelque chose qui est complètement euh, à l'opposé de ce que je vous dis, euh ce que je vous demande depuis tout à l'heure. Est-ce que vous pensez que des fois faire des choses qui vont contre vos valeurs ça peut être positif, ou c'est toujours quelque chose de négatif ?**

Après moi je pense que dans les valeurs que moi je vous ai évoqué, qui est respect, l'empathie euh la confiance enfin je sais pas si la confiance est une valeur enfin c'est pas grave. Moi je je vois pas comment travailler sans. Franchement euh pouvoir travailler, trouver du positif sans respecter l'autre et sans euh, je vois pas comment on peut faire.\*rire\*Je vois, je vois pas comment ça peut apporter un côté positif.

**D'accord.**

Je vois pas euh, euh, franchement j'arrive pas à imaginer qu'on puisse euh, ne pas respecter la personne qu'on a en face de soi et faire en sorte que ça apporte du positif. Ouai non.

**D'accord, je voulais juste avoir votre avis.**

Ouai je euh et travailler sans, sans la confiance, je vois bien au début quand on prend au tout début les gens en charge où justement cette confiance elle est pas là, bah il faut y aller doucement, on marche sur des œufs. C'est là que c'est compliqué, parce que ouai on tâtonne, on s'apprivoise nininin et euh c'est super compliqué alors j'arrive pas à voir si euh... Après c'est très intéressant. Cette période-là justement est très intéressante, mais ouai non, je vois pas ce qu'on peut retirer de positif si on respecte pas l'autre. Ouai non je vois pas \*rire\*. Je peux pas vous donner, ouai non, j'ai du mal à imaginer la chose.

**Ouai voilà c'est tout, c'est votre avis qui m'intéresse. Euh bah voilà. Je vous remercie parce que j'avais plein de questions mais vous avez répondu à tout avant même que je vous les pose.**

C'est très bien, c'est foormidable. \*rire\* Bah écoutez y'a pas de problème.

Une phase de présentation s'est déroulée avec au sein de l'infirmierie. Nous sommes alors allées dans le bureau du médecin afin d'être au calme et de ne pas interférer avec la vie de l'infirmierie.

**Qu'est-ce qui vous semble important pour euh prendre en soin un patient ?**

Clémence : Euh bonne question.

Laurence : Pour moi c'est euh l'accord de euh de la personne et puis aussi euh le fait qu'on arrive à établir une relation...

C : De confiance.

L : De confiance ouai.

C : L'adhésion de la personne, la relation de confiance qu'on met en place...

L : Avoir des soins qui sont adaptés aussi, oui à ses souhaits puis à ce qu'on pense qui est le mieux pour lui quoi.

**Et du coup en quoi ça... ces éléments ils facilitent votre prise en soin ?**

C : Parce que la personne va être coopérante au moment du soin. Bah si t'as quelqu'un qui est pas coopérant au moment du soin ou si la personne refuse constamment tu peux pas faire ton soin. Y'a un moment... ou alors si c'est traumatique, si t'es toujours dans le, dans la recherche d'adhésion constamment parce que la personne refuse ou si t'es, enfin si tu fais un soin que la personne veut pas. Enfin tu vois, tu peux pas aller contre la personne si à un moment y'a un refus de soin tu peux pas le faire.

L : Non, parce que ça va à l'encontre aussi de notre façon de travailler et de nos valeurs. Parce que quand on fait un soin auquel nous on croit pas ou quelqu'un qui refuse les prises de sang et qu'on est obligée de la piquer et qu'au final on se dit bah ouai elle veut pas, est ce qu'elle en a besoin ? Eh puis voilà on fait notre travail mais à contre cœur quoi.

**Hum... et du coup vous parlez de vos valeurs et hum comment vous définiriez vos valeurs professionnelles enfaite ?**

L : L'empathie.

C : Ouai l'empathie.

L : Et hum...

C : La bienveillance envers les personnes.

L : La bienveillance.

C : Ouai.

L : Le prendre soin hum mais aussi qu'il a toute la gestion tout ce qui est la douleur. Après je sais pas si ça va dans une valeur, mais l'entente de la douleur la prise en compte de la douleur et du mal être de la personne ça fait vraiment parti de...

C : Ouai c'est ça, l'écoute, l'écoute que ce soit la douleur ou pas la douleur, après l'écoute de la personne de ce qu'elle te dit, de ce qu'elle transmet

**D'accord, donc c'est le respect aussi de ce qu'elle dit.**

C/L : ouai

**D'accord. Donc tout à l'heure vous parliez de situations ou vous faisiez des prises de sang avec lesquelles vous étiez pas trop d'accord. Est-ce que vous avez une situation en particulier, chacune de vous, où euh vous avez été contre vos valeurs dans la prise en soin d'un patient ?**

L : Y'avait cette situation... Madame V une dame qui était sous anticoagulants où il fallait souvent faire des prises de sang et qui était dans le refus de ses prises de sang.

C : Ouai.

L : Et qui un jour s'est totalement, totalement euh renfermée. Euh et enfaite on a été un peu, a un moment on a été obligé de faire le soin, parce que avec le médicament on était obligé de faire la prise de sang mais on y allait en s'excusant, à reculons en contournant le problème, en reculant la prise de sang pour le lendemain.

C : Ouai.

L : Et du coup voilà et à un moment on a trouvé une solution à ce problème. On a fait en sorte que la situation s'arrête ! Parce que ça devenait insupportable pour la personne et puis aussi...

C/L : Et pour nous ouai.

L : C'était une situation qui était plus gérable quoi.

C/L : Hum ouai voilà.

**Et euh du coup dans cette situation, est ce que vous avez vu une différence avec votre relation avec la personne au moment du soin, mais aussi sur les autres moments, euh de votre prise en soin ?**

C : Ouai.

**Est ce que vous pouvez m'en parler un petit peu ?**

C : C'est vrai que cette dame quand on y allait elle ne voulait pas, elle était dans le refus et l'agressivité. Fallait pas qu'on insiste pas trop parce que elle devenait... Au niveau de son comportement elle était plus renfermée aussi. Euh...

L : Refus de se lever.

C : Ouai refus de se lever. Y'avait un refus... Enfaite finalement ce refus là il rejoignait d'autres refus qui étaient autour. Après y'avait peut-être pas que la prise de sang. C'était peut-être pas la prise de sang qui était responsable de ça mais en tout cas ça engendrait d'autres refus sur la toilette, sur euh le repas elle refusait de manger, elle refusait de se lever...

**Hum d'accord et quand vous avez fait en sorte que ça s'arrête, vous avez vu un changement dans son comportement aussi, dans votre façon d'agir avec elle ?**

L : Ouai, déjà elle était en accord pour euh, pour les choses qu'on a mis en place pour ça, les rendez-vous. Ca a dû... Euh, elle était en accord avec ces soins là... Et euh par la suite y'a toujours des petits moments de, de refus de sa part mais euh l'agressivité, mais y'a pu d'agressivité comme avant.

C : Ouai c'est ça puis tu y vas plus pour faire un soin où toi t'es pas d'accord. Enfin où finalement la personne veut pas, où toi tu te dis bah là ce que je fais, ça va pas, parce, parce y'a un refus de sa part.

L : Hum.

C : Mais si il faut le faire, parce qu'elle est sous anticoagulants, parce qu'il faut un dosage et, et y'a pas le choix mais...

L : Nous on va avec le même état d'esprit dans la chambre aussi, on y va avec l'esprit léger.

C : Ouai.

L : En sachant qu'on va faire quelque chose de... qui est recevable pour elle donc euh l'entente est quand même meilleure.

C : Hum hum...

**Et du coup par rapport à ce que vous me disiez au début. Vous avez perdu euh la confiance à cette dame là ? Vous disiez que c'était important pour la prise en soin ?**

C : Euh... Oui et non. Je sais pas si on a perdu sa confiance... Enfin, ouai, en même temps elle nous voyait, du coup c'est vrai que... Elle nous voyait comme le mauvais objet. On venait pour l'embêter. Ouai. On venait, du coup pour notre prise de sang. Elle nous disait... Je crois qu'elle nous disait « vous m'emmerdez avec ça » en plus. Ouai c'était un peu...

L : Ouai, ouai c'était vraiment, c'était clair.

C : Ouai ouai quand elle nous voyait arriver, peut-être qu'on a perdu sa confiance.

L : Oui à un moment quand c'était la période la plus aigüe là, là c'était pas. La blouse blanche ça passait plus.

C : Oui voilà.

L : Ouai.

C : Hum.

**D'accord. Et du coup vous me parlez de situations où c'est euh, des soins techniques qui vont contre vos valeurs. Est-ce que y'a hum, en dehors des soins techniques, des choses qui peuvent aller contre vos valeurs dans votre prise en soin où c'est vraiment basé sur les soins techniques ?**

C : ... Bah t'entends quoi par autre chose ?

L : L'alimentation par exemple ?

**Bah oui voilà ça peut être ça, ça peut être euh la toilette euh, enfin hum la prise en soin globale enfaite, en dehors du soin technique pur.**

L : Hum.

C : Bah nous la toilette ça va pas trop nous concerner. L'alimentation t'façon les gens à partir du moment ils mangent pas on... On met en place des choses mais... Avec...

L : Pas d'acharnement.

C : Ouai avec la diététicienne avec des choses. On essaie de leur demander ce qu'ils aiment. D'adapter les repas mais on va pas mettre une sonde quoi.

**D'accord.**

C : On met pas une sonde parce que c'est pas...

L : Parce que aussi c'est pas les valeurs de l'établissement...

C : Ouai c'est ça c'est dans la politique de l'établissement....

L : La politique de l'établissement dans le non acharnement thérapeutique et euh.

C : Après on nous demanderait de mettre une sonde chez quelqu'un qui refuse de manger, c'est vrai qu'on se poserait la question de...

*\*sonnerie téléphone professionnel de L\**

C : On se poserait la question. On se poserait la question du à quoi ça sert, est ce qu'elle en a vraiment besoin.

**D'accord.**

C : c'est vrai que pour la toilette les filles ça leur arrive de faire des toilettes alors que la personne est dans le refus mais euh, y'a des refus aussi chez des personnes des fois qui sont, qui ont des troubles, des maladies neurodégénératives. Après y'a des approches aussi. Mais ça arrive aussi d'avoir des refus et de devoir faire une toilette, que ce soit compliqué, de se faire taper, de se faire mordre. Ça ça arrive. Mais tu vois ça c'est plus le côté aide-soignant parce que nous on a pas trop ce côté-là quand même.

**D'accord.**

*\*arrêt de l'enregistrement jusqu'au retour de L\**

**C'est reparti. Et euh, est-ce que vous pensez que ça peut être positif à un moment d'aller contre ses valeurs ?**

C : Que ce soit bénéfique pour la personne au final enfaite, si le soin est bénéfique pour la personne. Bah...

**Ou plus largement...**

C : Hum, hum. Bah, euh, alors à partir du moment où la personne n'adhère pas c'est compliqué de se dire que ça va être positif.

L : Ouai, ouai. Après on peut voir les exemples de contention où on est, où on est des fois un peu démuni. Alors pas au sein de notre établissement parce qu'ici y'a peu de contentions, y'a pas de contention. Mais à l'hôpital quand y'a vraiment de la contention main, pied, etcétera et qu'on voit qu'y a quand même un effet bénéfique sur la prise en charge au final parce qu'y a pas de mise en danger. On se dit bon d'accord mais euh c'est

difficile de revenir sur ce qu'on ressent vraiment nous et sur voilà. Non... c'est difficile, difficilement positif.

**Hum, mais du coup je vais étayer un petit peu par rapport à ça. Est-ce que des fois ça peut vous permettre de euh. vVoilà vous avez situation qui est compliquée du coup, ça vous permet d'en parler plus équipe et d'en ressortir bah des nouveaux soins qui seraient mieux pour la personne ? Positif dans ce sens-là par exemple, est ce que ça vous est arrivé.**

C : A partir de... Souvent du moment où on a une situation compliquée en fait on doit revoir en équipe. C'est souvent euh au niveau des contentions, d'un refus d'alimentation, un refus de soin. En fait on revoit en équipe euh avec le médecin co et euh, on réévalue la situation.

L : Hum.

C : Après sur plus que le refus de soin est positif mais euh parce que ça, parce que ça nous réinterroge, mais après on va pas à l'encontre des gens. Mais parce qu'ici on est dans un établissement pour personnes âgées que souvent on passe sur des soins palliatifs, des soins de confort quand ils sont pas bien. On est pas dans l'acharnement, c'est vrai que c'est pas forcément le même principe qu'à l'hôpital avec des gens qui sont malades où avec des pathologies et qui peuvent être soignées quoi.

**Donc c'est un lieu de travail qui vous permet d'être bien avec votre vision du soin.**

C/L : Ouai.

**Du coup des questions un peu plus factuelles. Est-ce que vous pouvez me dire depuis quand vous êtes infirmières et puis un peu votre parcours à toutes les deux ?**

C : Ça va faire 7 ans cette année, j'ai travaillé en EHPAD 2 ans avant et ça fait 5 ans que je suis en EHPAD ici.

**D'accord donc un parcours que en EHPAD.**

L : Moi ça va faire 6 ans cette année. J'ai commencé sur un pool de remplacement de neurologie au CHU à Nantes, après j'ai fait du domicile et ça fait un peu plus d'un an et demi, 2 ans que je suis ici.

**Et si c'est pas indiscret, il y a une raison à ce changement ?**

L : Euh c'est des raisons de euh vie personnelle et après des raisons de contrat.

**D'accord.**

L : Voilà, c'est les joies des postes de contractuelles mais hum moi j'aime bien bouger, faire d'autres choses, tant que j'ai la possibilité, découvrir de nouveaux horizons.

**Ok, donc moi j'ai fait le tour de ce que je voulais savoir. Est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles vous voudriez revenir ? Des choses qu'on aurait pas abordées ?**

C/L : Hum non.

L : Après, c'était plus pas curiosité sur quel sujet, enfin hum à partir de quelle situation tu as en fait, tu as euh ?

**Alors hum moi j'ai eu deux situations. Mais y'en a qu'une que je parle dans mon mémoire c'est un monsieur qui est en soins palliatifs euh qui allait décéder dans les semaines à venir et qui avait un œdème généralisé et enfaite euh, enfaite on lui faisait des injections d'anticoagulants dans le ventre mais son œdème était tellement important que ça créait des écoulements et euh voilà... En continu et ça se refermait jamais et du coup on en a parlé au médecin pour l'arrêter. Et le médecin nous a dit qu'en effet ça servait plus à rien de faire ça mais que lui il avait peur que la famille porte plainte et du coup il fallait continuer. Et euh du coup c'était un peu compliqué parce que on allait voir le patient, ça lui créait plein de nouveaux soins et on était pas vraiment honnête avec lui, on respectait pas ses droits non plus. C'était par rapport à ça.**

L : Mais les familles des fois elles nous mettent en porte à faux.

A: Ouai.

B: On a des situations de familles ici.

A: Ouai c'est ça.

L : Qui appellent le médecin euh pour se plaindre de prise en charge. Du coup euh... alors que la personne ici n'est pas forcément dans la demande... Elle nous dit pas.

C : Ouai c'est ça. Là tu vois, là on a une dame qui refuse les traitement, tous les traitement en bloc, enfin c'est les antidouleurs surtout. Et enfaite la famille euh... On sait pas ce qu'elle dit à sa famille, mais sa famille elle appelle le médecin en lui disant mais vous faite rien pour ma mère. Enfaite il y a la pression de la famille sur les médecins. Mais là tu vois en étant sur la formation soins palliatifs la semaine dernière, ils disent bien que c'est ce que le patient désire et exprime qui prime.

L : Hum.

C : Normalement la famille même pour la diagnostic la famille est pas obligée d'être informée c'est le patient qui doit être informé de son diagnostic. La famille c'est à côté normalement. Mais souvent ils interfèrent dans...

L : Et ça ils interfèrent souvent.

A/L : hum, ouai ouai.

**Et ça vous arrive d'avoir à cacher des choses à un patient parce sa famille vous dit « je veux surtout pas qu'il sache ! ».**

C : Alors quand ils demandent enfaite on, souvent, on renvoie vers la psychologue ou on dit « non là on peut pas votre parent doit être informé ». Mais qu'ils aient une maladie, une démence, une maladie d'Alzheimer. Peu importe faut informer mais après dans ces cas là quand la famille veut pas on renvoie souvent à la psychologue. Pour qu'elle voit la famille quelle leur dise la démarche, quelle les accompagne aussi, que ce soit le décès d'un proche, que ce soit le diagnostic d'une maladie. Enfin c'est pas possible de ne pas informer les gens.

L : Sauf si situation exceptionnelle où la personne était trop anxieuse pour qu'on lui dise que c'était plus grave que prévu.

C : Ouai mais au final.

L : Mais...

C : Mais au final ça lui a été dit.

L : Ca... Ouai voilà. Ca a été dit plus tard.

C : Ca a été dit plus tard mais ça a été dit, hum ouai.

L : Sinon oui c'est vrai on annonce toujours. Et puis y'a des fois la famille elle veut des choses mais le médecin à pas dit ça et, et on applique nous ce que dit le médecin mais pas. On va pas suivre toutes les demandes des familles. Enfin c'est pas eux qui sont prescripteurs, c'est le médecin et si c'est comme ça, c'est comme ça quoi.

C : Mais ouai, ouai le médecin là qui a peur, ça nous on peut l'entendre ouai. On l'entend souvent, même les médecins traitants ici des fois, hum, des fois ils font les choses parce que la famille elle a appuyé. Hum.

Cet entretien s'est déroulé juste à l'extérieur du service dans un bureau privé.

**Alors qu'est ce qui te semble important pour bien prendre en soin un patient ?**

Pour bien prendre quoi ?

**En soin un pati...**

Un patient. Euh bah euh le premier contact avec la personne. Euh être disponible, agréable euh. Comment... mettre un climat de confiance avec le patient pour que lui soit pas non plus réticent aux soins ou euh. Euhhhh du coup oui voilà. Et hum... oui après avoir des compétences aussi pour euh réaliser le soin. J'ai répondu à ta question ?

**Et pourquoi ça te semble important du coup tout ça ? De bien l'accueillir, la confiance, euh la compétence.**

Bah justement pour créer un lien avec le patient, parce qu'on va quand même le suivre pendant son hospitalisation et si le patient est inquiet et en plus n'a pas confiance avec les soignants, bah c'est une prise en charge qui est plus difficile. Difficile de euh... il sera peut-être pas compliant dans les soins, oui voilà il va pas oser nous poser les questions qu'il aura sûrement. Ouai, je pense que ouai. Il faut instaurer le climat de confiance. Euh bien expliquer le soin qu'on va faire et euh bien expliquer les choses et pourquoi on le fait pour que le patient soit aussi acteur un peu dans le soin aussi quoi.

**Ok. Est-ce que tu pourrais me dire quelles sont tes valeurs professionnelles ?**

Euh je dirais, bah j'ai euh... Je suis quelqu'un qui est à l'écoute, qui me rend disponible. Euh après, je dirais aussi la rigueur, important dans le travail quoi.

**Ok. Et du coup, question suivante, est ce que il t'est déjà arrivé d'être confrontée à une situation, dans ce service où ailleurs, qui allait contre tes valeurs ?**

Bah après on est pas toujours d'accord avec la prise en charge ou la décision du médecin mais euh. On essaye d'en discuter avec le médecin, de voir, d'expliquer un peu notre point de vue. Après bah on travaille sous euh les prescriptions médicales donc euh c'est le médecin qui a le dernier mot mais bon si y'a quelque chose qu'on est pas forcément d'accord, on essaye quand même d'en discuter euh. De voir aussi le euh, les péjoratifs, les euh côtés positifs et péjoratifs de ce qu'on va faire au patient. Après euh nous c'est déjà arrivé plein de fois. Nous parfois on trouve que c'est de l'acharnement thérapeutique dans certains cas et...

\*la porte s'ouvre, le médecin commence à entrer puis se rétracte et ressort\*

L'acharnement thérapeutique dans certains cas et c'est là où euh, oui c'est difficile.

**Hum, est ce que tu coup tu aurais une situation en particulier, que tu pourrais témoigner ?**

Ouai, euh une patiente vraiment euh, plus consciente, hum, en fin de vie, pour nous on le remarquait bien de jours en jours elle se dégradait et le jour où elle n'était même plus consciente n'y rien, le médecin voulait qu'on pose une sonde nasogastrique pour la nourrir. Pas du tout d'intérêt je trouve, parce qu'en plus la dame est décédée dans la fin

d'après midi et on avait posé la sonde. Enfin voilà on s'était mis un peu à l'encontre du médecin, on était plusieurs infirmières. Hum, on avait un peu au début refusé de poser la sonde, puis après de toute façon c'est prescrit donc on avait pas forcément le choix non plus. Là pour le coup ça a vraiment été à l'encontre de nos valeurs. C'était pas respecter aussi la patiente qui était entrain de décéder et lui mettre un poche d'alimentation alors qu'elle était plus consciente y'avait pas trop d'intérêt. Ca allait pas la sauver et je pense que le médecin le savait très bien. Et euh elle est décédée l'après-midi et euh c'était une prise en charge qui était pas avec, à l'encontre de nos valeurs, pas avec ce qu'on imagine : des soins de confort, des euh voilà. Quand on voit qu'une personne euh, elle se dégrade de jours en jours et que même le traitement n'y fait plus rien, je vois pas ce que l'alimentation va lui faire et euh et on espère quand même, fin' moi si j'étais à la place de la famille qu'elle décède dans des conditions sans douleur, sans euh de confort. Juste des soins qui peuvent euh l'apaiser mais là mettre une sonde nasogastrique, surtout quelque chose de euh traumatique et euh voilà comme situation par exemple.

**Du coup j'allais te demande si ça a eu une influence sur ta façon d'agir, et sur ta relation avec ta patiente mais là si elle était inconsciente...**

Bah là elle était pas consciente mais moi en tout cas je me suis sentie mal de faire soin parce que je trouvais que c'était de l'acharnement et limite pas de la torture mais fin' mais je trouve que quelqu'un... ouai elle est décédée 2-3h après. C'était vraiment la preuve que ça allait pas la sauver quoi. Sachant qu'en plus la sonde a même pas été contrôlée donc l'alimentation a même pas été mise au final donc elle servait à rien la sonde. Ca a été ouai, je trouve qua dans ses dernières heures même si elle était pas consciente, voilà on peut pas savoir ce que ressent la personne mais euh c'est pas un soin...

**C'est quelque chose qui a eu un impact sur la relation d'équipe ?**

Bah des tensions un peu avec le médecin. Parce que du coup forcément le médecin ça lui pas plu que nous on veuille pas poser la sonde et euh, elle nous a bien fait comprendre que de toute façon on avait pas le choix et que c'était sa prescription et que oui on est là pour appliquer les prescriptions du médecin c'est sur mais... Après dans la limite du raisonnable forcément. Donc du coup oui ça a créé des petites tensions mais après euh voilà on est grand \*inaudible\* les jours suivants.

**Hum, vu que, que t'avais d'autres situations en tête, je me permets de reposer la même question. Est-ce que euh dans d'autres situations où tu as été contre tes valeurs t'as senti une influence sur ta façon d'agir ou ta relation avec le patient... qui serait conscient du coup.**

Hum... Après c'est, ouai ça peut être euh des fois des sorties qui sont programmées pour des gens que l'on trouve qu'il y a un retour à domicile qui serait dangereux pour eux même. On a vu faire sortir des gens qui étaient complètement confus et euh, y'aurait pu avoir une mise en danger à domicile. C'est déjà arrivé une fois, après je me souviens plus quand exactement. C'est déjà arrivé pour un patient et euh... Là c'est pareil ça... Bah c'est plus je dirais avec le médecin, parce qu'avec le patient j'ai pas remarqué. Après on va être peut être plus attentionné quand on a des situations difficile, ou justement ça va à l'encontre de nos valeurs on va peut du coup euh. On a une part de nos sentiments, on a des sentiments malgré mais si on dit voilà qu'il faut rester professionnelle du coup on s'occupe des patients donc on a quand même un lien un petit peu avec qui se crée quand même. Quand on s'en est occupé 15 jours c'est vrai que, quand voilà on a des, des

situations où ça va à l'encontre de nos valeurs, bah on a envie de faire encore plus euh, comment dire, bien les choses pour ce patient. Oui y'a quand même une part de euh, sentiments qui interfèrent quand même avec le patient. Je sais pas si je réponds à ta question mais euh

**Si si. Donc pour toi ça aurait presque des répercussions positives sur l'alliance que tu as ton patient...**

Bah pour moi oui je trouve. OUAH. Bah je reprends l'exemple de la dame tout à l'heure pour moi. Fin' je vais le dire avec mes mots comme ça, mais euh... Moi ça m'a fait mal au cœur de voir la dame. Fin' voilà elle était inconsciente mais de devoir faire des choses comme ça et... On se met forcément... Moi en tout cas, je me mets forcément à la place de la famille et je me dis si c'était ma grand-mère. Je, j'aurais été outrée enfaite de voir une prise en charge comme ça. Mais après forcément ça interfère sur nos sentiments, et là, la petite dame bah du coup c'est vrai qu'après bah on a envie d'essayer, de la. Oui elle est pas consciente mais on se dit, ouai aussi elle peut avoir aussi... Même si elle est pas consciente elle peut ressentir quand même des choses, de la douleur, des choses comme ça donc t'as envie, je sais pas des massages, des choses un peu plus apaisantes pour faire passer un peu la chose quoi. Après oui euh, bah moi personnellement, je prends quand même les choses... On est humain on a des sentiments donc euh...

**Du coup ce genre de situations ça peut aussi avoir des répercussions sur le soignant. Parce que euh, j'ai l'impression que t'es encore en colère alors que ça fait peut-être quelques années...**

Oui ouai, bah oui oui quand même ouai. Y'a des choses... C'est aussi le faire de remettre sa pratique enfaite en question. C'est important aussi pour un professionnel de se dire est ce que j'ai bien fait mon soin ? Est-ce que la patient aussi ça c'est bien passé pour lui ? Quelqu'un qui vient juste de faire son soin qui s'occupe pas du patient et de comment il l'a fait et comment il pourrait l'améliorer euh. Bah c'est pas forcément la chose euh... Enfin pour un, un bon, moi au moins, je dirais pas pour un bon soignant. Ca fait aussi parti des qualités d'un soignant de pouvoir se remettre en question et d'améliorer toujours ses soins et effectivement de se rappeler de certaines situation qu'on a pas forcément envie de revivre ou de choses comme ça.

**Euh... oui du coup tu parles de situations qu'on veut pas forcément revivre. Est-ce que ça amène parfois des modifications dans les prises en soin futures de d'autres patients ?**

Hum hum... pardon. Oui, oui bah peut être que cette dame là ça a été un peu rapidement, mais je pense qu'après on va peut-être plus euh anticiper les choses peut être ? Par exemple si on voit qu'il y a quelqu'un qui se dégrade on va peut-être... Déjà en parler plus avec le médecin, comment de la prise en charge après. Qu'est-ce que elle, elle envisage. Parce que des fois, c'est un manque de communication des fois aussi avec le médecin de pas savoir vers quoi elle se dirige ; est ce que la prise en charge on est toujours dans le médical, dans l'action ou alors une prise en charge palliative et des fois y'a pas cette discussion. Et nous des fois on comprend pas forcément les soins s'ils sont pas expliqués, qu'il y a pas de communication avec le médecin. On va peut-être pas comprendre quel était son but enfaite et euh du coup euh on peut être un peu frustré aussi de euh faire le soin. Après on peut poser des questions. Mais t'as peut-être aussi des médecins qui sont plus abordables que d'autres aussi donc euh. Après oui, non dans des

situations futures peut être que pour certaines situations on essaiera d'anticiper ouai les choses. Après je reprends toujours l'exemple de la dame euh. Peut-être qu'on aurait pu demander l'EMSP avant si on voyait qu'elle dégradait et peut être que l'EMSP aussi aurait eu un poids aussi vis-à-vis du médecin pour vivre la situation différemment.

**Quelque chose qui n'a pas grand-chose à voir. Je voudrais revenir sur ton parcours professionnel. Ca fait combien de temps que tu es infirmière ?**

Euh ça fait depuis 2012 donc ça fait 5 ans.

**Et quel a été ton parcours depuis ton diplôme ?**

Euh moi je suis diplômée au XX et je suis revenue ici parce je connaissais un peu, j'avais fait deux stages dans l'hôpital et je m'étais bien plué. Euh je suis arrivée direct en juillet 2012 et j'ai été sur le pool, j'ai tourné dans pleins de services. A peu près tous les services sauf les soins et j'ai pas été au bloc. Là ca fait deux ans et demi que je suis au CSG

**ANNEXE F : Modèle de l'Ecuyer**

| Catégorie | Unité de sens                   | Verbatim (légende : [IDEL] [EHPAD] [CSG])  |
|-----------|---------------------------------|--|
| Valeurs   | Valeurs professionnelles        | <p>« le <b>respect</b>, le respect de l'autre. Ca l'autre y'a, le respect de la personne et le, le respect de euh euh sa façon de vivre »</p> <p>« <b>l'empathie.</b> »</p> <p>« savoir se mettre à la place de l'autre »</p> <p>« le respect et l'empathie ouai pour moi c'est mes valeurs professionnel donc euh ouai. »</p> <p>« mes valeurs professionnelles qui est le respect qui est l'empathie »</p> <p>« Après moi je pense que dans les valeurs que moi je vous ai évoqué, qui est respect, l'empathie euh la <b>confiance</b> enfin je sais pas si la confiance est une valeur enfin c'est pas grave. »</p> |
|           |                                 | <p>« <b>l'empathie</b> »</p> <p>« la <b>bienveillance</b> envers les personnes »</p> <p>« la <b>bientraitance</b> »</p> <p>« Le <b>prendre soin</b> hum moi aussi qu'il a toute la gestion tout ce qui est la douleur. Après je sais pas si ça va dans une valeur, mais l'entente de la douleur la prise en compte de la douleur et du mal être de la personne ça »</p> <p>« <b>l'écoute</b> de la personne de ce qu'elle te dit, de ce qu'elle transmet</p>   |
|           |                                 | <p>« Je suis quelqu'un qui est à <b>l'écoute</b>, qui me rend <b>disponible</b>. Euh après, je dirais aussi la <b>rigueur</b>, important dans le travail quoi. »</p>   |
|           | Aller contre ses valeurs        | <p>« à l'encontre ouai de mes de mes valeurs et du respect de la personne et euh parce que y'avait de la maltraitance au sein de cet établissement »</p> <p>« des fois on fait des choses sans forcément respecter le choix du patient et euh la personne »</p>  |
|           | Orientation professionnelle     | <p>« Euh oui j'ai été confrontée à ça quand j'étais aide-soignante euh en maison de retraite c'est pour que j'y, je travaille plus »</p> <p>« c'est pour ça qu'j'ai dit j'frais du domicile parce qu'au moins j'vais travailler toute seule, j'vais travailler entre guillemets à ma façon euh je vais choisir les collègues avec qui j'ai envie de travailler et j'ai trouvé une collègue en or, on a la même façon la même vision du soin et la même façon de travailler et donc eh bah je peux pas dire que depuis qu'on est à domicile j'ai pas rencontré ça non, j'ai pas été confronté à ça à domicile. »</p>    |
|           | Etre en accord avec ses valeurs | <p>« euh je suis contente de travailler »</p> <p>« Mais pour mes valeur à moi ouai je rentre chez moi le soir je rentre pas en me disant euh je me suis pris la euh entre guillemet je me suis pris la tête avec un patient ça, ça c'est pas bien passé »</p>  |

|                        |                      |  |
|------------------------|----------------------|--|
|                        |                      | <p>« je m'épanouie dans mon boulot, franchement je m'épanouie dans mon travail »</p> <p>« je pense le retour des gens nous conforte »</p> <p>« on a un bon retour parce que les gens sont contents parce que les gens nous rappellent parce que voilà »</p> <p>« Oh oui je suis bien *rire* »</p>  |
| Alliance thérapeutique | Facteurs favorisants | <p>« le connaître déjà avant tout »</p> <p>« je me vois pas arriver chez les gens en terrain conquis »</p> <p>« on a plus le temps »</p> <p>« prendre le temps déjà d'apprendre à l'appivoiser »</p> <p>« y aller <b>doucement</b> »</p> <p>« ils ont un vécu, ils ont une histoire derrière et souvent faut pas rêver euh ça a ça a un lien avec euh avec euh ce qui leur arrive au jour d'aujourd'hui »</p> <p>« Pour bien prendre en charge un patient faut déjà le <b>connaître</b> et <b>l'appivoiser</b> et qu'il nous connaisse aussi bien sur et puis qu'il y ai <b>confiance</b> » [...]enfin en apprenant à les connaître et ce qu'ils nous connaissent aussi y a une confiance qui s'installe et une fois que la confiance est installée après bah ça roule et dans les deux sens. »</p> <p>« la confiance et puis la connaissance du patient »</p> <p>« c'est très important de connaître un minimum, un minimum la, la vie des gens pour pouvoir bien les accompagner. »</p> <p>« . Je dis quand une fois que les gens ont confiance, quand vous connaissez, vous connaissez leurs habitudes de vie, vous connaissez leur vécu, ça coule de source après. »</p> |
|                        |                      | <p>« l'<b>accord</b> de euh de la personne et puis aussi euh le fait qu'on arrive à établir une relation de <b>confiance</b> »</p> <p>« l'<b>adhésion</b> de la personne, la relation de confiance qu'on met en place »</p> <p>« avoir des soins qui sont <b>adaptés</b> aussi, oui à ses <b>souhais</b> puis à ce qu'on pense qui est <b>le mieux pour lui</b> quoi »</p>   |
|                        |                      | <p>« le <b>premier contact</b> avec la personne. Euh <b>être disponible, agréable</b> euh. Comment... mettre un <b>climat de confiance</b> avec le patient [...] avoir des <b>compétences</b> aussi »</p> <p>« Il faut instaurer le climat de confiance. Euh <b>bien expliquer</b> le soin qu'on va faire et euh bien expliquer les choses et pourquoi on le fait »</p>  |
|                        | Avantages            | <p>« ils nous parlent ouvertement »</p> <p>« on a même pas besoin de nous dire quand on arrive chez eux on va voir ça va si ça va pas »</p> <p>« le soin se déroule bien »</p>   |

|              |                             |  |
|--------------|-----------------------------|--|
|              |                             | <p>« des gens qui pouvaient être soit agressifs soit opposant euh quand y'a de la confiance, quand les gens ont confiance en vous on on retrouve pas ça. »</p> <p>« personne atteinte de la maladie d'Alzheimer parfois y'a des troubles du comportement ou euh y ont euh souvent l'agressivité vient euh de euh est générée par de l'angoisse et par euh l'anxiété et han ça s'apaise ça, ça s'apaise. »</p> <p>« Les gens y ont confiance en vous, y savent que vous êtes là pour euh euh entre guillemets pour pour les aider. »</p> <p>« Les accompagner eh ben le dialogue est plus facile et y'a pas d'opposition aux soins mais voilà certain certains patients pour la prise des médicaments et tout et bah ça se passe beaucoup mieux. »</p> <p>« Ah bah bien sur au niveau de l'observance au niveau des patients au niveau de l'acceptation du soin acceptation »</p> |
|              |                             | <p>« la personne va être coopérante »</p> <p>« Bah justement pour <b>créer un lien avec le patient</b> »</p> <p>« pour que le <b>patient soit aussi acteur</b> un peu dans le soin aussi quoi. »</p>   |
|              | Pas d'alliance conséquences | <p>« si t'a quelqu'un qui est pas coopérant au moment du soin ou si la personne refuse constamment tu peux pas faire ton soin. [...] ou alors si c'est traumatique [...] tu fais un soin que la personne veux pas. Enfin tu vois tu peux pas aller contre la personne si à un moment ya un refus de soin tu peux pas le faire »</p> <p>« si le patient est inquiet et en plus n'a pas confiance avec les soignants, bah c'est une <b>prise en charge qui est plus difficile</b>. Difficile de euh... il sera peut-être <b>pas compliant</b> dans les soins, oui voilà il va <b>pas oser nous poser les questions</b> qu'il aura surement. »</p>  |
| Comportement | Situation                   | <p>« témoin de maltraitance »</p> <p>« On avait une euh femme qui est arrivée avec son mari, son mari avait été obligé euh son mari avait été obligé de rentrer en maison de retraite Et lui il nous dit j'ai pas télé, j'ai pas ci j'ai pas ça mais bon quand on voyait sa femme [...] ça prenait toujours du temps à venir et puis elle venait qu'elle venait un peu en courant d'air et euh et puis elle était très froide avec nous euh on se disait purée elle est pas sympa »</p> <p>« On avait une femme-là [...] De plus de 100 ans que les aides-soignantes faisaient prendre une douche deux fois par semaine, que la pauvre petite mère qui était non communicante parce qu'elle</p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>avait la maladie d'Alzheimer[...] communicante qui pleurait à chaque fois et tout ça, [...] euh bah pour elle on l'agressait quoi quand on lui faisait prendre »</p> <p>« malheureusement les obligations de service font que des fois on peut être confronté ah, ah ça on voudrait faire plus, prendre le temps d'apprendre à connaître les gens d'instaurer cette confiance mais on l'a pas »</p> <p>« Non, parce que ça va à l'encontre aussi de notre façon de travailler et de nos valeurs parce que quand on fait un soin auquel nous on croit pas ou quelqu'un qui refuse »</p> <p>« Madame V une dame qui était sous anticoagulants où il fallait souvent faire des prises de sang et qui était dans le refus de ses prises de sang »</p> <p>« a un moment on a été obligé de faire le soin parce que avec le médicament on était obligé de faire la prise de sang »</p> <p>« C'était une situation qui était plus gérable »</p> <p>« cette dame quand on y allait elle ne voulait pas »</p> <p>« Mais si il faut le faire, parce qu'elle est sous anticoagulants, parce qu'il faut un dosage et, et y'a pas le choix mais »</p> <p>« contention »</p> <p>« acharnement »</p> <p>« les familles des fois elles nous mettent en porte à faux. »</p> <p>« y a la pression de la famille sur les médecins [...] ils interfèrent souvent »</p> <p>« le médecin là qui a peur, ça nous on peut l'entendre ouai. On l'entend souvent, même les médecins traitants ici des fois, hum, des fois ils font les choses parce que la famille elle a appuyé »</p> <p>« on est pas toujours d'accord avec la prise en charge ou la décision du médecin mais [...] on travaille sous euh les prescriptions médicales donc euh c'est le médecin qui a le dernier mot [...] Après euh nous c'est déjà arrivé plein de fois. Nous parfois on trouve que c'est de l'acharnement thérapeutique dans certains cas »</p> <p>« une patiente vraiment euh, plus consciente, hum, en fin de vie, pour nous on le remarquait bien de jours en jours elle se dégradait et le jour où elle n'était même plus consciente n'y rien, le médecin voulait qu'on pose une sonde nasogastrique pour la nourrir. Pas du tout d'intérêt je trouve, parce qu'en plus la dame est décédée dans la fin d'après midi et on avait posé la sonde. Enfin voilà on s'était mit un peu à l'encontre du médecin, on était plusieurs infirmières. Hum, <b>on avait un peu au début</b></p> |
|--|--|---|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p><b>refusé</b> de poser la sonde, puis après de toute façon c'est prescrit donc <b>on avait pas forcément le choix</b> non plus. Là pour le coup ça a vraiment été à l'encontre de nos valeurs. C'était <b>pas respecter</b> aussi la patiente qui était entrain de décéder et lui mettre un poche d'alimentation alors qu'elle était plus consciente y'avait <b>pas trop d'intérêt</b>. Ça allait pas la sauver et je pense que le médecin le savait très bien. Et euh elle est décédée l'après-midi et euh c'était une prise en charge qui était pas avec, à l'encontre de nos valeurs, pas avec ce qu'on imagine : des soins de confort, des euh voilà. Quand on voit qu'une personne euh, elle se dégrade de jours en jours et que même le traitement n'y fait plus rien je vois pas ce que l'alimentation va lui faire et euh et on espère quand même, fin' moi si j'étais à la place de la famille qu'elle décède dans des conditions sans douleur, sans euh de confort. Juste des soins qui peuvent euh l'apaiser mais là mettre une sonde nasogastrique, surtout quelque chose de euh <b>traumatique</b> et euh voilà comme situation par exemple. »</p> <p>« parce que je trouvais que c'était de <b>l'acharnement</b> et limite pas de la <b>torture</b> mais enfin' mais je trouve que quelqu'un... ouai elle est décédée 2-3h après. C'était vraiment la preuve que ça allait pas la sauver quoi. Sachant qu'en plus la sonde a même pas été contrôlée donc l'alimentation a même pas été mise au final donc <b>elle servait à rien</b> la sonde. Ça a été ouai, je trouve qua dans ses dernières heures même si elle était pas consciente, voilà on peut pas savoir ce que ressent la personne mais euh c'est pas un soin... »</p> <p>« des sorties qui sont programmées pour des gens que l'on trouve qu'il y a un retour à domicile qui serait dangereux pour eux même. On a vu faire sortir des gens qui étaient complètement confus et euh, y'aurait pu avoir une <b>mise en danger</b> à domicile. C'est déjà arrivé une fois, après je me souviens plus quand exactement. C'est déjà arrivé pour un patient et euh... »</p> <p>«Des fois, c'est un manque de communication des fois aussi avec le médecin de pas savoir vers quoi elle se dirige est ce que la prise en charge on est toujours dans le médical, dans l'action ou alors une prise en charge palliative et des fois y'a pas cette discussion. Et nous des fois on comprend pas forcément les soins s'ils sont pas expliqués, qu'il y a pas de communication avec le médecin. On va peut-être pas comprendre quel était son but enfaite et euh du coup euh on peut être un peu frustré aussi de euh faire le soin. Après on peut poser des</p> |
|--|--|--|

|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | questions. Mais t'as peut-être aussi des médecins qui sont plus abordables que d'autres aussi donc euh. »  |
| Conséquences sur le soignant | <p>« je me rappellerais toujours »<br/> « on l'a vraiment jugée cette femme »<br/> « On avait eu un jugement de valeur »<br/> « parce qu'en fin de compte avec elle on était froides. On était aussi »<br/> « on a creusé on a essayé de savoir »</p> <p>« on fait notre travail mais à contre cœur quoi. »<br/> « bah ouai elle veut pas, est ce qu'elle en a besoin ? »<br/> « on y allait en s'excusant, à reculons en contournant le problème, en reculant la prise de sang pour le lendemain »<br/> « on a trouvé une solution à ce problème on a fait en sorte que la situation s'arrête ! Parce que ça devenait insupportable [...] pour nous »<br/> « faire un soin où toi t'es pas d'accord [...] où toi tu te dis bah là ce que je fais ça va pas, parce, parce y'a un refus de sa part. »<br/> « ça nous réinterroge »</p> <p>« moi en tout cas je me suis sentie mal de faire soin »<br/> « Après on va être peut être <b>plus attentionné</b> quand on a des situations difficile, ou justement ça va à l'encontre de nos valeurs on va peut du coup euh. On a une part de nos sentiments, on a des <b>sentiments</b> malgré mais si on dit voilà qu'il faut rester professionnelle du coup on s'occupe des patients donc on a quand même un lien un petit peu avec qui se crée quand même. Quand on s'en est occupé 15 jours c'est vrai que, quand voilà on a des, des situations où ça va à l'encontre de nos valeurs, bah on a <b>envie de faire encore plus</b> euh, comment dire, <b>bien</b> les choses pour ce patient. Oui y'a quand même une part de euh, <b>sentiments qui interfèrent</b> quand même avec le patient »<br/> « [répercussions positives sur l'alliance thérapeutique] Bah pour moi oui je trouve OUI. Bah je reprends l'exemple de la dame tout à l'heure pour moi. Fin' je vais le dire avec mes mots comme ça, mais euh... Moi <b>ça m'a fait mal au cœur</b> de voir la dame. Fin' voilà elle était inconsciente mais de devoir faire des choses comme ça et... on se met forcément... Moi en tout cas, <b>je me mets forcément à la place de la famille</b> et je me dis si c'était ma grand-mère. Je, j'aurais été outrée enfaite de voir une prise en charge comme ça. Mais après forcément <b>ça interfère sur nos sentiments</b>, et là, la petite dame bah du coup c'est vrai qu'après bah on a envie d'essayer, de la. Oui elle est pas</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>consciente mais on se dit, ouai aussi elle peut avoir aussi... même si elle est pas consciente elle peut ressentir quand même des choses, de la douleur, des choses comme ça donc t'as envie, je sais pas des massages, des choses un peu plus apaisantes pour faire passer un peu la chose quoi. Après oui euh, <b>bah moi personnellement, je prends quand même les choses... On est humain on a des sentiments</b> donc euh... »</p> <p>« On va peut-être pas comprendre quel était son but enfaite et euh du coup euh on peut être un peu <b>frustré</b> aussi de euh faire le soin »</p>   |
| Conséquences sur le patient                             | <p>« renfermée »</p> <p>« ça devenait insupportable pour la personne »</p> <p>« elle était dans le refus et l'agressivité. Fallait pas qu'on insiste pas trop parce que elle devenait... au niveau de son comportement elle était plus renfermée aussi »</p> <p>« refus de se lever. Y'avait un refus... Enfaite finalement ce refus là il rejoignait d'autres refus qui étaient autour. Après y'avait peut-être pas que la prise de sang, c'était peut-être pas la prise de sang qui était responsable de ça mais en tout cas ça engendrait d'autres refus sur la toilette, sur euh le repas elle refusait de manger, elle refusait de se lever... »</p> <p>« elle nous voyait comme le mauvais objet. On venait pour l'embêter. Ouai. On venait, du coup pour notre prise de sang. Elle nous disait... Je crois qu'elle nous disait « vous m'emmerdez avec ça » »</p> <p>« peut-être qu'on a perdu sa confiance. »</p> <p>« La blouse blanche ça passait plus. »</p> |
| Conséquences sur l'équipe                               | <p>« Bah des <b>tensions</b> un peu avec le médecin. Parce que du coup forcément le médecin lui a pas plu que nous on veuille pas poser la sonde et euh, elle nous a bien fait comprendre que de toute façon on avait pas le choix et que c'était sa prescription et que oui on est là pour appliquer les prescriptions du médecin c'est sur mais... Après dans la limite du raisonnable forcément. Donc du coup oui ça a créé des <b>petites tensions</b> mais après euh voilà on est grand <i>*inaudible*</i> les jours suivants. »</p>  |
| Conséquences sur l'Alliance thérapeutique               | <p>« Bah c'est plus je dirais avec le médecin, parce qu'avec le patient j'ai pas remarqué »</p>  |
| Conséquences sur la prise en soin après arrêt situation | <p>« on l'a accompagné autrement »</p> <p>« quand on accompagne une personne, on accompagne pas que la personne, on accompagne aussi l'entourage. »</p> <p>« Mais ça, voilà, ce qui fait qu'avec elle tout doucement ça se passait mieux [...] on accompagnait le monsieur différemment, elle aussi</p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>et puis elle avait moins la boule au ventre quand elle allait voir son mari. Elle allait le voir beaucoup plus souvent. Donc quelque part ça a rendu service aux deux mais comme quoi de connaître le vécu des gens et euh et tout en restant voilà euh le monsieur on l'a pas jugé on est resté dans le respect aussi mais, on a pris des distances. Donc la connaissance de l'entourage comme quoi des fois faut se méfier. »</p> <p>« Ça a tout recréé une dynamique complètement différente »</p> <p>« et après ça se passait très bien. Elle a plus jamais pleuré cette femme, on a arrêté les douches »</p> <p>« elle était en accord pour euh, pour les choses qu'on a mis en place pour ça, les rendez-vous. Ca a du... euh, elle était en accord avec ces soins là... Et euh par la suite y'a toujours des petits moments de, de refus de sa part mais euh l'agressivité, mais y'a pu d'agressivité comme avant. »</p> <p>« On y va avec l'esprit léger [...] En sachant qu'on va faire quelque chose de... qui est recevable pour elle donc euh l'entente est quand même meilleure. »</p> <p>« C'est aussi le faire de <b>remettre sa pratique enfaite en question</b>. C'est important aussi pour un professionnel de se dire est ce que j'ai bien fait mon soin ? Est-ce que la patient aussi ça c'est bien passé pour lui ? [...] Ca fait aussi parti des <b>qualités</b> d'un soignant de <b>pouvoir se remettre en question et d'améliorer</b> toujours ses soins et effectivement de se rappeler de certaines situation qu'on a pas forcément envie de revivre ou de choses comme ça. »</p> <p>«après on va peut-être plus euh <b>anticiper</b> les choses peut être ? Par exemple si on voit qu'il y a quelqu'un qui se dégrade on va peut-être... Déjà en parler plus avec le médecin [...]Après oui, non dans des situations futures peut être que pour certaines situations on essaiera d'anticiper ouai les choses. Après je reprends toujours l'exemple de la dame euh. Peut-être qu'on aurait pu demander l'EMSP avant si on voyait qu'elle dégradait et peut être que l'EMSP aussi aurait eu un poids aussi vis-à-vis du médecin pour vivre la situation différemment. »</p> |
|--|--|---|





## RESUME

Ce mémoire, c'est d'abord l'histoire d'un soin à priori simple mais ne respectant ni les droits ni le confort du patient. Un soin allant à l'encontre de mes valeurs infirmières. Est-ce que ce type de situation a des répercussions sur le comportement du soignant et sur l'alliance thérapeutique ? C'est au travers d'écrits professionnels et d'entretiens semi-directifs, que j'ai étudié les influences possibles entre trois concepts principaux : valeur, alliance thérapeutique et comportement.

Définir ses valeurs n'est pas aisé et ce d'autant plus quand l'influence sociale s'en mêle. Quelles répercussions ont les valeurs sur nos choix, notre façon d'agir ? Pour les infirmiers, aller contre leurs valeurs est synonyme de violence, mais de violence pour qui ?

L'alliance thérapeutique se limite-t-elle à la relation soignant-soigné ? Une alliance brisée peut-elle se reconstruire ? D'ailleurs quels sont ses piliers ?

Si les comportements sont visibles, ils n'en restent pas moins complexes. Que cachent-ils ? Peut-on être néfaste pour le patient lorsque nous allons contre nos valeurs ?

Un soin technique peut sembler simple mais ce qui l'entoure est une piste sans fin de réflexions pour le soignant.

Mots-clefs : valeur – comportement – alliance thérapeutique – entretien semi-dirigé – infirmier

## ABSTRACT

This study examined the relationship between working against nursing values and the therapeutic alliances. This topic came from a clinical situation I experienced. I provided prescribed care which didn't respect the patient's right. It aroused my reflexion about my abilities to maintain the therapeutic alliance. This problem is a timely issue. Nurses were recently protesting against working conditions which didn't allow to provide care congruent to nursing values. The main question is: To what extent do the nurses act against their values and what impact does it have on therapeutic alliance?

This dissertation focuses on three central concepts: value, therapeutic alliance and behaviour. With this study I intended to show how these concepts work together and impact on each other. The literature review is based on French nursing deontological, nursing journals and a study from Isfahan University of Medical Science.

I complete and compare theoretical and conceptual knowledge with semi-structured interviews. They will be used to collect qualitative data (feeling, perceptions, meaning) and to test my hypotheses. These interviewees allow interviewed to share rich description of situations they have experienced. Four nurses are selected from different wards: resuscitation department, nursing home, psychiatric unit and independent nurse.

Keywords: value – therapeutic alliance – behaviour – semi-structured interview – nurse