



HAL
open science

Le consentement dans la pratique infirmière: “ Qui ne dit mot, consent ” ?

Mélanie Dagneaux

► **To cite this version:**

Mélanie Dagneaux. Le consentement dans la pratique infirmière: “ Qui ne dit mot, consent ”?. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-01835025

HAL Id: hal-01835025

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01835025>

Submitted on 11 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Institut de formation en soins infirmiers
Nancy-Brabois**

Université de Lorraine

**Le consentement dans la pratique
infirmière :**

« Qui ne dit mot, consent » ?

**Travail personnel de fin d'études
Année de soutenance : 2015**

**Dagneaux Mélanie
Promotion 2012 - 2015**

**Institut de formation en soins infirmiers
Nancy-Brabois**

Université de Lorraine

**Le consentement dans la pratique
infirmière :**

« Qui ne dit mot, consent » ?

**Travail personnel de fin d'études
Année de soutenance : 2015**

**Dagneaux Mélanie
Promotion 2012 - 2015**

Remerciements

En préambule, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide et leur soutien, et qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de recherche.

Je souhaite ajouter un remerciement tout particulier à Mme Louis Isabelle, mon guidant de mémoire, qui m'a soutenu, accompagné et encouragé. Qui a su faire preuve de patience, d'écoute, de disponibilité et sans qui je n'aurais pas su mener l'ensemble de cette réflexion.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe des formateurs référents de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois et particulièrement Mr Rispaill Dominique.

Un grand merci aux six infirmières qui ont bien voulu participer aux entretiens et ainsi contribuer à l'élaboration de ce travail de fin d'étude. Un remerciement aussi à Mme Mangin, cadre de santé qui m'a gracieusement accueilli au sein de son service.

Enfin, un énorme remerciement à mon conjoint qui m'a soutenu, non sans peine, durant ces trois années d'études et qui m'a aidé dans ma démarche de réflexion, de rédaction et de mise en forme de ce travail.

Sommaire

1 – Introduction	1
2 – Problématique	2
2.1 <i>Thème de la recherche</i>	3
2.2 <i>Pré-enquête</i>	6
2.3 <i>Problème général</i>	7
2.4 <i>Lectures spécifiques</i>	7
2.5 <i>Problème spécifique à l’aspect de ma recherche</i>	11
2.6 <i>Interrogations</i>	11
2.7 <i>Question de recherche</i>	12
2.8 <i>Moyens concrets</i>	12
2.9 <i>Hypothèses / objectif</i>	12
2.10 <i>Variables</i>	13
3– Modèle d’analyse	14
3.1 <i>Cadre théorique</i>	14
3.2 <i>Cadre conceptuel</i>	24
3.3 <i>Cadre d’analyse</i>	34
4- Méthodologie de la recherche	14
4.1 <i>Participants</i>	36
4.2 <i>Présentation de l’outil</i>	38
4.3 <i>Déroulement de la collecte</i>	41
5- Analyse des données	42
5.1 <i>Méthode d’analyse des données</i>	43
5.2 <i>Résultats</i>	43
6. Interprétation des données recueillies	64
7- Conclusion	66

1 – INTRODUCTION

Alors qu'au cours de ma formation théorique, l'accent était mis sur la prise en compte du patient et de son consentement, plusieurs situations vécues en stage m'ont fait me poser des questions sur cette demande de consentement et sur la manière dont elle était formalisée par les professionnels de santé.

De plus, on évoque souvent le consentement aux soins dans les textes légaux dans le cas d'une impossibilité pour le patient de le donner pour des raisons de santé ou dans le cas d'actes opératoires conséquents. Cependant, aucun texte ne rapporte, ni ne précise les modalités de ce devoir dans les actes de soin de l'infirmier(ère). Pourtant, ces soins peuvent-être douloureux et contraignants pour le patient et touchent directement à l'intégrité physique du patient (principe d'inviolabilité du corps humain de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme).

J'ai donc choisi d'orienter ma réflexion sur la pratique du consentement dans les soins quotidiens infirmiers.

Je situe le contexte de ce mémoire dans la pratique des soins quotidiens infirmiers réalisés au sein de service de soins généraux. On entendra par service de soins généraux, une structure remplissant la fonction de prestataire de soins de santé sans distinction d'une spécialité particulière. Par conséquent, tous les types de pathologies et de soins peuvent y être rencontrés.

Je souhaite ainsi principalement concentrer cette pratique envers la réalisation de soins techniques comme une prise de sang, une pose de cathéter veineux périphérique, une réfection de pansement, la pose d'une sonde naso-gastrique ou d'une sonde urinaire, l'administration de thérapeutique médicamenteuse orale et/ou intraveineuse. Je qualifierai ces actes de « soins infirmiers sur prescription médicale », en rapport aux règles professionnelles du Code de la Santé Publique.

Enfin, je me placerai dans le cas d'une demande de consentement envers un patient que l'on considère comme libre de ses choix, conscient et indépendant de toute pression extérieure.

Je suis parti du constat de départ que le consentement avant la réalisation d'un soin infirmier est peu pratiqué ou qu'il l'est de manière implicite.

J'ai choisi de cibler mon thème de recherche sur la demande de consentement suite à une information préalable avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale et l'analyse à ce moment précis des pratiques professionnelles des infirmiers(ères) au sein d'un service hospitalier.

L'enjeu de ma recherche est d'appréhender le ressenti et l'expérience des professionnels sur le sujet, susciter la réflexion sur cette pratique professionnelle d'un point de vue éthique et comprendre pourquoi le consentement dans ce cas particulier est peu pratiqué.

Ma question de départ est : **Pourquoi dans la pratique des soins quotidiens infirmiers, le consentement aux soins libre et éclairé est-il peu pratiqué dans les services de soins généraux?**

Ma démarche s'inscrit dans une étude de type qualitative car je souhaite comprendre un aspect de la pratique professionnelle qui n'est pas quantifiable.

C'est une démarche inductive car l'objectif est de comprendre pourquoi celui-ci est peu pratiqué. Cette recherche se définit comme exploratoire car elle est élaborée à partir de faits réels qui ont été observés au cours de mes stages professionnels.

J'envisage ainsi de réaliser la méthode d'entretien semi-directif auprès de professionnels infirmiers(ères) sur leur lieu d'exercice.

2 – PROBLEMATIQUE

2.1 Thème de la recherche

J'ai retenu le thème du consentement aux soins car j'ai été confronté à une situation interpellante au cours de mon troisième stage. Elle a eu lieu dans un service de médecine cardiologique. Ce service accueillait principalement des patients pour des examens invasifs tels que une coronarographie, la pose ou le changement de pace-maker, un choc électrique externe, une ablation de flutter...

Souvent adressé par leur médecin traitant ou leur cardiologue, les patients intègrent l'unité par une consultation auprès du cardiologue du service. Préalablement à cette consultation, des examens biologiques et physiques se rapportant à sa pathologie sont souvent effectués. Lors de cette consultation, le patient vient avec les résultats de ses examens antérieurs et s'entretient dans le bureau avec le médecin cardiologue qui réalisera l'examen ou l'opération nécessaire. Lors de cet entretien, le médecin explique généralement les raisons de la nécessité d'un tel examen ou d'une telle opération. Il donne aussi des explications sur le déroulement de ceux-ci ainsi que sur l'hospitalisation à venir.

L'hospitalisation est alors programmée en accord avec le patient dans un délai plus ou moins court en fonction de son état clinique et de ses résultats biologiques.

Un entretien d'accueil est alors réalisé par l'infirmière à l'entrée du patient dans le service.

J'ai ainsi eu à réaliser l'entretien d'entrée d'un patient âgé d'une soixantaine d'année. Son hospitalisation était programmée pour la réalisation d'une coronarographie le lendemain. Je lui ai demandé s'il savait pourquoi il devait être hospitalisé et s'il savait quel examen il allait subir.

Il m'a répondu d'un air détendu qu'il venait à l'hôpital parce que le cardiologue du service qu'il avait rencontré lui avait demandé. J'ai insisté pour savoir si le médecin lui avait donné d'autres explications.

J'ai demandé :

« Monsieur, connaissez-vous la raison pour laquelle vous êtes hospitalisé ? »

« Savez-vous quel examen que vous allez subir et en quoi cela consiste ? »

A mon grand étonnement, le patient qui ne semblait pas avoir de problème cognitif me dit n'avoir aucune information supplémentaire et n'a su répondre aux questions posées. J'ai donc procédé à l'explication du but et du déroulement de l'examen. Le patient paru un peu surpris par

mes dires. Il semblait découvrir, d'un air stupéfait, les raisons de son hospitalisation et n'avait vraisemblablement pas compris qu'il allait subir une coronarographie le lendemain.

A la fin de l'entretien je lui ai donné la fiche d'information sur l'examen en lui détaillant les termes médicaux posant problème. Je l'ai ensuite informé que pour réaliser cet examen, il devait signer la fiche de consentement. J'ai ainsi laissé ces documents dans sa chambre pour qu'il prenne le temps de réflexion nécessaire.

A cette époque, j'étais étudiante en début de deuxième année et je n'avais encore jamais été confronté à un patient qui n'avait reçu aucune information sur la nécessité ou les raisons de son hospitalisation.

Suite à l'exposition de cette situation, j'ai constaté que le médecin n'avait pas respecté les devoirs et principes éthiques d'information préalable à l'obtention d'un consentement libre et éclairé.

Puis, lors de mon stage suivant au sein d'une unité d'entrée d'un service psychiatrique, je me suis donc logiquement intéressé au consentement et à la manière dont celui-ci pouvait-être demandé.

Je me rappelle d'une patiente âgée d'une trentaine d'années et atteinte d'une déficience mentale présentant des troubles du comportement. Elle était hospitalisée à temps plein dans une unité pour malades déficitaires. Cette hospitalisation était faite à la demande d'un tiers car elle présentait depuis quelques jours une agressivité physique envers les résidents de l'unité et les membres de l'équipe soignante. Une phase observatoire et un possible réajustement des traitements médicamenteux étaient envisagés. Le lendemain de l'hospitalisation, un bilan sanguin avait été prescrit. Une infirmière et moi-même avons donc informé la patiente de la nécessité de réaliser une prise de sang. La patiente a alors exprimé son refus face à la réalisation de ce soin. Malgré des explications renouvelées, la patiente ne semblait pas en comprendre l'intérêt en raison de capacités cognitives restreintes. Nous avons quand même préparé un chariot de soin avec le matériel nécessaire mais devant l'agitation physique de la patiente et son refus exprimé oralement, nous avons choisi avec l'accord du médecin de ne pas réaliser la prise de sang et de la reporter au lendemain, ceci malgré l'obligation de soin.

Contrairement aux pratiques observées lors de stages précédents et certainement en raison du caractère imprévisible des patients hospitalisés sous contrainte, les infirmiers(ères) de l'équipe mettaient un soin tout particulier à la recherche du consentement du patient lors d'actes de soins infirmiers comme par exemple, une prise de sang, l'administration des thérapeutiques en

intramusculaire ou par voie orale. L'accord du patient avant la réalisation de ces actes de soin était systématiquement recherché pour pouvoir réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles.

Suite à ces expériences, je me suis posée ces questions :

- Qu'est-ce que le consentement libre et éclairé? Dans quel cadre légal est-il appliqué ?
- La qualité de l'information est-elle suffisante pour permettre un consentement libre et éclairé ? Quelle est la place accordée à cette information ?
- Le patient est-il demandeur d'une information préalable au soin ?
- Pourquoi une si grande différence entre éthique et pratique ?
- Existe-t-il des dispositions spécifiques préconisées par la législation sur ce point ?

Suite à ces interrogations, je rappelle ma question de départ : **Pourquoi dans la pratique des soins quotidiens infirmiers, le consentement au soin libre et éclairé est-il peu pratiqué dans les services de soins généraux?**

Pour explorer mon thème de recherche et ma question de départ, j'ai d'abord réfléchi à ma posture professionnelle. En ayant un statut d'étudiant, on est sans cesse dans l'explication et l'information auprès du patient concernant les soins infirmiers qui vont être réalisés. La recherche d'un consentement oral du patient est la suite logique à l'information donnée.

Le fait de n'être qu'étudiant et non infirmier(ère) diplômé déstabilise parfois davantage le patient avant la réalisation d'un soin. Le patient nous questionne davantage comme pour vérifier au préalable que nous avons les compétences requises pour réaliser ce soin.

Cette situation est compréhensible et d'ailleurs au cours de mes différents stages, il n'était pas rare que l'infirmière demande elle-même le consentement oral du patient avant que je réalise un soin. Ce qui n'excluait pas que je lui redemande son consentement avant la réalisation du soin. Mais alors pourquoi ce consentement n'est-il pas forcément demandé au patient par les infirmiers(ères) en service ?

Ensuite j'ai davantage ciblé mon attention sur la pratique des infirmiers(ères) en service pour savoir comment était donnée l'information avant la réalisation d'un soin et si le consentement du patient était clairement demandé par ceux-ci. **J'ai en même temps analysé ma**

pratique en service sur ce sujet. J'ai ainsi pu observer les diverses réactions des patients face à la demande explicite d'un consentement avant la réalisation d'un soin.

Dans la pratique des soignants j'ai pu constater à plusieurs reprises que l'information donnée au patient avant la réalisation d'un soin était parfois négligée. Les buts et raisons de ce soin n'étaient que partiellement évoqués sauf si le patient demandait davantage d'explication et attendait des réponses immédiates de la part de l'infirmier(ère).

Le consentement n'était pas demandé ou exprimé explicitement comme dans cet exemple : *« je dois réaliser une prise de sang, c'est le médecin qui l'a prescrit, je vais préparer le matériel et je reviens pour vous la faire, hein ? »*

J'ai aussi constaté diverses réactions de patient face à une demande explicite de consentement de ma part. Le patient adopte une position de soumission ou exprime de façon verbale ou non verbale son étonnement suite à la question posée.

Lorsque je pose la question : *« Etes-vous d'accord pour que je réalise ce soin ? »*

Le patient répond : *« De toute façon je n'ai pas le choix ! » « Faites, je vous fais confiance ! » « Faites tout ce qu'il y a à faire, je suis là pour être soigné. »*

2.2 Pré-enquête

Pour élargir mon exploration sur le thème choisi et ma question de départ, j'ai réalisé quelques entretiens exploratoires auprès d'infirmiers(ères) et j'ai questionné mon entourage.

Le thème et la question de départ semblaient intéresser les professionnels.

De ces entretiens j'ai pu mettre en évidence certains propos.

Une cadre de santé d'une structure d'hospitalisation à domicile relate que le consentement avant la réalisation d'un soin infirmier se pose principalement lorsque le patient refuse que le soin soit pratiqué. Une réflexion professionnelle s'en suit alors sur l'information ou le manque d'information donné au patient.

A l'inverse une infirmière d'un service de chirurgie cite le médecin comme sujet principal pour la délivrance d'information et la demande de consentement. Elle part du principe que lorsque le patient accepte de se faire hospitaliser c'est qu'il accepte de se faire soigner. C'est en ce sens

que son choix est déjà libre et éclairé. Elle mentionne aussi que le manque d'information et de demande de consentement de la part des médecins et des infirmiers(ères) peut poser problème, elle m'indique que c'est le cas dans son service.

Et enfin, deux infirmières d'un service de réadaptation relatent que le consentement avant la réalisation d'un soin infirmier n'est pas demandé alors qu'effectivement il devrait l'être. Elles ciblent l'information préalable au soin comme enjeu principal qui donne lieu à un consentement implicite de la part du patient si l'information est correctement comprise.

Pour elles, le consentement donné par écrit par le patient pour son hospitalisation lors de l'entretien d'entrée inclut la réalisation des soins infirmiers quotidiens même si ceux-ci n'y sont pas décrits. Une des deux infirmières émet l'idée de proposer lors de l'entrée du patient un « contrat de soin infirmier » écrit, qui expliquerait les soins qui pourront être réalisés au sein du service et en fonction de l'état du patient. Mais la deuxième infirmière voit une limite à l'élaboration d'un « contrat de soin infirmier » car il pourrait formaliser la relation soignant/soigné et donc l'entraver.

2.3 Problème général

Le consentement « libre et éclairé » est un des sujets majeurs abordé en cours d'éthique, de législation mais aussi dans le partage d'expérience lors de tables rondes ou lors d'analyses de pratique. Pourtant, il apparaît que lors des soins quotidiens infirmiers, ce consentement est peu pratiqué ou néanmoins pas de manière explicite.

2.4 Lectures spécifiques

Une chronique publiée sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et dans la revue Le Journal décrit *les modalités de l'obligation d'obtenir le consentement* du « client » avant de recevoir des soins infirmiers. Une définition du consentement libre et éclairé est donnée. En m'intéressant davantage aux documents édités par cet Ordre, j'ai pu accéder à un guide

concernant *les directives professionnelles des infirmiers(ères) sur le consentement* qui s'appuie sur les principes de leur Code de Déontologie et des *lois adoptés en 1996 sur le consentement aux soins de santé et sur la prise de décisions au nom d'autrui*. Ce guide décrit ainsi *les étapes que doivent suivre les infirmiers(ères) pour obtenir le consentement* des « clients ». Le terme « client » est volontairement cité dans ce chapitre car il est de plus en plus utilisé au Canada depuis les années 90. Les personnes hospitalisées dans les établissements de santé québécois sont donc considérés contre des « patients-clients ».

J'ai par la même occasion consulté *leur Code de Déontologie* afin de le comparer à nos textes réglementaires de l'exercice de la profession du Code de la Santé Publique.

Pour tard, par l'intermédiaire d'un autre travail de recherche, j'ai pu avoir accès aux travaux du Dr Helen Aveyard, Professeur en Philosophie. L'article intitulé « Informed consent prior to nursing care procedures » publié dans *Nursing Ethics* en 2005, présente une étude qualitative *qui explore la manière dont les infirmiers(ères) obtiennent le consentement préalable à la réalisation des soins* au sein de deux hôpitaux universitaires britanniques. Des entretiens ont été réalisés auprès de 50 infirmiers(ères) ayant au moins un an d'expérience professionnelle.

Il en ressort que, le consentement préalable du patient à la réalisation d'actes des soins infirmiers est quasi-inexistant dans la pratique des soignants. Dans la plupart des cas, les soins sont réalisés après une information minimale ou absente. Le consentement est considéré comme implicite par les professionnels et se traduirait par un langage corporel ou la non opposition au soin par le patient. La compliance du patient au soin serait alors considéré comme un consentement préalable. De même, les participants admettent ne pas considérer le consentement comme un préalable essentiel à la réalisation des soins.

J'ai aussi pu brièvement *explorer la thèse de cet auteur qui s'est intéressé plus largement aux représentations psychologiques et sociologiques des soignants face au consentement au soin*.

Un deuxième article rédigé par Claire Cole et intitulé « Implied consent and nursing practice : ethical or convenient ? » est aussi basé sur une étude qualitative. Elle est infirmière de formation, titulaire d'un master et d'un doctorat et a mené cette étude sur une journée dans une unité de soin en procédant à l'interview d'infirmier(ères). Cette recherche met en évidence que *les infirmières utiliseraient régulièrement le consentement implicite dans leur pratique quotidienne des soins infirmiers*. La suite de cet article a pour but d'examiner si le consentement implicite soutient ou entrave l'autonomie du patient. Ce qui m'a intéressé dans cet article c'est la *définition qu'est donné au consentement implicite* qui serait basé sur l'observation du comportement d'une personne qui serait d'accord pour un soin, sans autorisation verbale ou écrite formellement donnée. Il est alors reconnu que la plupart des soins infirmiers dispensés relèveraient d'un consentement implicite après une information minimaliste donné au patient. Ce consentement

implicite serait l'expression d'un consentement impliqué entre le soignant et le patient pour les soins infirmiers dit ordinaires.

Malgré toutes les sources consultées, je constate qu'en France il n'existe pas d'écrits spécifiques sur la demande et sur les modalités de la mise en œuvre du consentement au soin dans la pratique des soins infirmiers. J'ai pu cependant constater que le sujet est largement traité dans le cadre de la pratique de l'exercice médical. Pourtant la recherche de consentement aux soins (compétence 6 du portfolio) fait partie des compétences professionnelles à acquérir pour l'étudiant infirmier.

Livres consultés :

Pour explorer mon thème de recherche, j'ai d'abord consulté plusieurs ouvrages sur *l'ensemble des textes juridiques et légaux en vigueur* se rapportant à l'information préalable et au consentement au soin. Pour cela j'ai consulté des sites référencés (cf. bibliographie). A cette période, *je me suis intéressée à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux pour ensuite concentrer ma recherche aux seuls professionnels infirmiers*. L'ouvrage « L'information médicale du patient – Règles et recommandations » rédigé sous la direction de Marc Dupont et Dr Alexandre Fourcade que j'ai consulté est un guide pratique réalisé par un groupe pluri-professionnel qui présente tous les textes légaux se rapportant à cette obligation. Il met en évidence toutes les obligations de l'ensemble des professionnels de santé. Il donne aussi des conseils et des recommandations pour la pratique de l'information. Il dresse ainsi un état des lieux juridique et pratique avant l'application de la loi du 4 mars 2002. De même le « Petit dictionnaire des droits des malades » de Claude Evin permet de refléter la vision de la société et du système de santé avant cette loi.

J'ai ensuite élargi ma recherche en consultant d'autres ouvrages qui proposaient une analyse descriptive de ces textes en y intégrant des exemples. Ainsi mon attention c'est concentré sur quelques ouvrages où j'ai consulté les seules parties qui se rapportait à mon thème général, à savoir comment l'information préalable devait être délivrée et comment le consentement devait- être recueilli. L'ouvrage « Les obligations de l'infirmier, responsabilités juridiques et professionnelles » de Nathalie Lelièvre donne une analyse pratique du rôle des infirmiers(ères), leur obligations avec, à l'appui, les textes juridiques s'y rapportant. Le principe du consentement aux soins et une analyse de la loi du 4 mars 2002 y est présenté. De même, l'ouvrage « Code des salles de soins » de Gilles Devers propose un recueil des textes usuels à la pratique des soins

choisis et les commente. Il propose aussi une description plus large du consentement aux soins dans des cas spécifiques (mineurs ou majeur protégé, recherche biomédicale, refus exprimé par le patient, enseignement clinique).

Un autre ouvrage consulté « Droit du patient – Information et consentement » rédigé par un collectif de professionnels et de représentants d’usagers, m’a permis d’avoir une vision explicite et détaillé des droits des patients depuis l’adoption de la loi de 2002 en les comparant aux anciens devoirs et conventions.

Enfin, pour élargir mon champ de réflexion et percevoir la dimension éthique qui s’articule autour de la recherche de consentement et du soin infirmier, j’ai consulté « Le soignant et la démarche éthique » de Philippe Svandra. En effet, cette ouvrage décrit l’évolution des techniques médicales qui s’accompagne d’une rationalisation des pratiques soignantes et pose aux professionnels de santé des questions éthiques. L’auteur s’interroge sur les valeurs qui fondent l’activité soignante en y intégrant la description de concepts afin de proposer une réflexion selon une démarche éthique. Pour cela il fait d’abord référence aux textes législatifs et déontologiques qui réglementent la pratique, pour proposer une réflexion morale visant à exclure les pensées contraires aux valeurs humanistes du soin.

Articles consultés :

J’ai aussi jugé nécessairement de consulter quelques articles de revue.

L’article de la revue Soins, intitulé « Relation thérapeutique et « consentement-confiance » », décrit les particularités de l’instauration d’une relation de confiance entre médecin et patient. Celle-ci semble malgré les évolutions historiques rester asymétrique du fait de l’élaboration de mécanismes psychiques individuels de chacun des deux individus et pourrait ainsi mettre en éclairage la possible asymétrie de la relation soignant-soigné.

Un article de La revue de l’infirmière et intitulé « Le refus de soins » cite et analyse des textes légaux et des principes déontologiques se rapportant à l’autonomie de choix des personnes concernant leur santé. Il aborde de façon spécifique les termes d’information loyale et compréhensible, de consentement libre et d’évaluation de l’autonomie du patient.

Partant du constat que 10 ans après le vote de la loi du 4 mars 2002, les personnes n’étaient pas suffisamment informées sur les droits des patients, un guide intitulé « Usagers : votre santé, vos droits » a été lancé le 4 mars 2014 par le ministère des Affaires sociales et de la Santé en collaboration avec les services du Défenseur des droits. C’est un guide pratique composé de 26 fiches, désormais accessible gratuitement en ligne, à toutes personnes désireuses d’en savoir plus sur leurs droits en matière de santé. Il est construit autour de cinq

thématiques : l'accès aux soins, le patient acteur de sa santé, l'information sur la qualité des soins, l'information sur la fin de vie, l'exercice des droits et est rédigé de façon claire et très compréhensible. Il peut-être aussi bien à l'usage des patients que des professionnels paramédicales.

Après avoir consulté toutes ces sources, j'ai pu mettre en évidence un problème spécifique en rapport à mon thème de recherche.

2.5 Problème spécifique à l'aspect de ma recherche

La vision du consentement dans la pratique quotidienne des infirmiers(ères) n'est pas unanime. Je n'ai pas trouvé de textes ou d'étude sur ce point précis dans l'ensemble de la littérature française. Cependant des travaux réalisés en Grande Bretagne et cités dans mes lectures spécifiques m'ont permis d'explorer le thème précis du consentement préalable aux soins infirmiers et de formaliser des conclusions pour l'avancé de mon travail de recherche.

2.6 Interrogations

Avant de formuler ma question de recherche, j'ai mis en évidence plusieurs de mes interrogations :

- Lorsque l'on parle de consentement, quelles valeurs professionnelles et individuelles sont en jeu ?
- Existe-t-il des freins internes au service (organisationnels, relationnels, personnels) empêchant la demande de consentement avant la réalisation d'un soin infirmier ?
- Le consentement doit-il être systématiquement explicité oralement ?
- Comment appliquer cette demande de consentement avant un soin. Si la demande est faite par des professionnels, comment celle-ci se formalise au quotidien ?
- Le personnel paramédical est-il assez sensibilisé à l'importance du recueil de consentement du patient ?
- Peut-on dire que lorsque le patient ne refuse pas un soin, il consent de fait à la réalisation de celui-ci ?

2.7 Question de recherche

Pourquoi le consentement aux soins, obligation légale, principe éthique et règle de bonne pratique est-il si peu demandé avant la réalisation d'un soin quotidien infirmier sur prescription médicale, par les professionnels, dans les services de soins généraux ?

2.8 Moyens concrets

En suivant le modèle d'analyse de la méthodologie de la recherche enseigné à l'IFSI et suite à l'élaboration de ma question de recherche, je dispose pour mon étude exploratoire de quatre méthodes (récit de vie, étude de cas, étude sur le terrain, méthode historique). J'ai choisi celle de l'étude de cas car l'objectif de ma recherche est d'obtenir une information exhaustive au sujet d'une situation.

J'utiliserai donc une grille d'entretien semi-directive auprès de différents professionnels infirmiers(ères) au sein de plusieurs services de soins.

2.9 Hypothèses / objectif

Suite à cette question de recherche, j'ai formulé deux hypothèses.

Premièrement, l'accord du patient à l'hospitalisation serait un accord préalable aux soins infirmiers prodigués durant celle-ci.

Deuxièmement, l'habitude, l'oubli ou la méconnaissance de l'obligation de demande de consentement aux soins seraient des explications possibles à ce manque de pratique.

Cette première hypothèse est plutôt opérationnelle car elle peut-être mesurable alors que la deuxième est plus générale.

2.10 Variables

J'ai pu distinguer trois variables indépendantes :

- * Le type de soin infirmier pratiqué (invasivité, durée, difficulté technique)
- * La pratique des professionnels en service (habitude, oubli, méconnaissance)
- * Les contraintes extérieures au soin (organisationnelles, personnelles, physiques...)

En fonction de ces variables indépendantes, on distingue la variable dépendante qui est celle de la demande de consentement aux soins.

3– MODELE D'ANALYSE

3.1 Cadre théorique

Lorsque l'on cite, de nos jours, le consentement aux soins, une seule loi nous revient en tête, celle du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé .

Pourtant, l'élaboration législative qui donne une première définition date de bien plus longtemps.

Dans ce cadre théorique, nous allons essayer de comprendre comment les institutions et les organisations hospitalières ont fait évoluer et ont influencé l'ensemble du corps médical et paramédical. Ces évolutions ont amené le patient à être acteur de sa propre santé et ont permis l'élaboration d'une réflexion éthique autour de celui-ci pour qu'il devienne le centre de la prise en charge hospitalière.

3.1.1 ASPECT HISTORIQUE DE LA PRISE EN CONSIDERATION DU PATIENT

Nous verrons dans cette partie, les grandes périodes historiques qui illustrent les mouvements conceptuels de l'hôpital et de ses missions.

Tout d'abord, la période du Moyen-Age, qui s'étend du V^{ème} au XV^{ème} siècle. Elle est dominée par le Christianisme d'Etat. C'est alors que l'idée de charité et de salut des âmes fondera les prémices des hôpitaux.

Ainsi apparaissent, entre le IV^{ème} et V^{ème} siècle, les premiers équipements hospitaliers appelés « maison d'hospitalité ». Elles ont été créées par les Chrétiens, sous l'impulsion des Evêques et sont destinés à accueillir des voyageurs, des pèlerins ou vagabonds sans emploi. Elles accueilleront par la suite les pauvres, les malades, les orphelins, les femmes isolées ou les lépreux. A cette époque, le financement de ces maisons vient de dons, de legs charitables et d'une partie des revenus des évêques.

Il faudra attendre jusqu'au IX^{ème} siècle pour que l'empereur Charlemagne édicte une loi visant à protéger le patrimoine hospitalier. Les biens de l'Eglise sont alors dissociés des dons destinés aux équipements hospitaliers. En revanche ces établissements sont de petite taille et ne peuvent accueillir en moyenne qu'une vingtaine de personnes. L'accueil et le traitement des personnes reçues sont empreints à des conceptions chrétiennes. La personne accueillie est

considérée comme un représentant de Dieu et il faut lui faire le même accueil que s'il était le fils de celui-ci.

C'est à la fin de cette époque que le terme d' « hôpital » est adopté et qu'une distinction d'hébergement dans des locaux distincts s'effectue entre les riches et les pauvres.

Puis, entre le XI et XIII^{ème} siècle, face à l'évolution des réseaux de transport et de communication, le peuple est confronté à une augmentation de la population itinérante. Ce phénomène favorise l'accroissement du nombre de personnes malades. Ce facteur associé à une période marquée par des épidémies mortelles favorisent la multiplication des institutions hospitalières.

Sous le Pontificat de Grégoire VII (1073-1085), le pouvoir laïque et religieux vont se livrer une « guerre d'influence hospitalière » en créant de multiples institutions et actions de terrain s'occupant des malades et des lépreux. On assiste alors à une ségrégation en fonction des affections.

Mais hélas une grande partie du patrimoine hospitalier sera détruit par la guerre de Cent Ans.

Dans un même temps le pays connaît un problème d'ordre public. Les policiers font la chasse à la pauvreté et à la maladie dans les rues, ce qui va inciter les municipalités à accroître leur influence dans l'administration hospitalière. Les autorités laïques vont alors développer leurs compétences et prendre en charge la maladie. L'Eglise conserve la prise charge du soin des âmes comme cela était le cas au début du Moyen Age.

On observe à la fin du Moyen Age un processus de médicalisation avec l'émergence de diagnostics élaborés et des pratiques prophylactiques. On répartit ainsi les malades selon leur maux, certains sont isolés et la notion de convalescence apparaît. Les hôpitaux s'offrent ainsi les services de médecins et de chirurgiens.

Ensuite, nous assistons à une deuxième grande période qui s'étend de la Renaissance à l'âge classique. Pour cette période on se situe académiquement entre les fins du XV^{ème} siècle et du XVIII^{ème} siècle.

Durant la renaissance, le pouvoir royal va prendre possession des institutions hospitalières qui avait été dédiée à l'Eglise.

L'évolution des mentalités sociétales va influencer négativement l'image de la personne malade. La conception du pauvre se transforme. Autrefois recueilli et soigné, il est désormais jugé comme un parasite suspect de vol et de trouble à l'ordre public.

Parallèlement la médicalisation et la spécialisation se développent au détriment de la prise en charge des pauvres.

Au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle, un dispositif hospitalier se met en place. Le pouvoir royal développe une politique d'exclusion des pauvres. L'interdiction et la répression de la mendicité vont être à l'origine de nouveaux établissements, les « hôpitaux généraux ». Dans ces établissements, la répression règne. Ainsi, les personnes qui y sont accueillies peuvent être jugées ou forcées à travailler. Mais à cette époque l'adhésion de la population et des responsables hospitaliers va à l'encontre de cette politique.

C'est à la veille de la Révolution de 1789 que le concept de charité qui règne au cours de la période du Moyen-Age laisse place au concept de bienfaisance.

A cette époque, la charité désignait à la fois l'amour de Dieu pour lui-même et du prochain comme créature de Dieu. Elle représentait ainsi un devoir personnel, religieux et d'obéissance à un commandement divin.

La bienfaisance, à l'inverse, est inspirée par l'amour de l'homme. Il s'agit alors d'être bon envers autrui et de ne pas nuire à celui-ci. La bienfaisance représente un devoir du souverain et donc un droit pour ceux qui doivent en bénéficier. C'est alors que l'intervention du pouvoir central (La Nation) dans l'organisation de l'assistance devient légitime. C'est ce principe qui a été à l'origine de la démarche éthique soignante sous la forme du paternalisme médical.

Ces deux principes étaient cependant encore emprunt à une visée théologique. D'ailleurs l'architecture hospitalière ressemble davantage à une Eglise qu'à un établissement de soin.

Il faut alors attendre la fin de La Révolution pour que les notions de charité et de bienfaisance laissent place à celle d'assistance.

L'assistance devient une obligation sociale à travers ses principes d'égalité et de solidarité. Elle se définit alors comme le devoir pour la nation de porter secours à ceux qui sont dans le besoin. On assiste donc à la transformation du devoir individuel de charité ou de bienfaisance à une obligation collective dont l'Etat va être garant.

Ce bouleversement sociétal aboutira à la création d'un service public hospitalier changeant ainsi le statut juridique de l'hôpital.

Mais une certaine ambiguïté s'installe dans la période qui s'étend de la Révolution à la Seconde Guerre Mondiale. D'un côté les hôpitaux se développent pour acquérir une dimension technique et

de l'autre, on assiste à une modification de la place accordée à la personne hospitalisée. Elle sert d'élément de démonstration à l'enseignement médical.

Le « colloque singulier » qui peut aussi se définir par la rencontre malade-médecin dans une sphère intime et protégée, perd ainsi de son sens et de sa confidentialité au profit du colloque collectif et collégial¹.

Au cours du XIX^{ème} siècle l'indigent va devenir objet de savoir clinique en fournissant les corps nécessaires à la dissection pathologique².

Le malade ne fait ainsi plus que l'objet de possibilités diagnostics à travers ses différents symptômes.

Entre 1851 et 1941, les établissements d'accueil médical se transforment en établissements sanitaires. Les hôpitaux se spécialisent en fonction des personnes accueillies et de leur besoins. Ils se médicalisent de façon considérable et des innovations en matière diagnostique et thérapeutique peuvent être observées.

La politique d'humanisation des hôpitaux date de la fin des années 1920 avec l'ouverture des hôpitaux aux classes moyennes. En effet l'hôpital était un lieu de soins gratuits, uniquement réservé aux indigents et aux nécessiteux. Le gouvernement a ensuite pris conscience du problème d'accès à la santé pour les classes moyennes, trop aisées pour être accueillies à l'hôpital mais pas assez pour se soigner en clinique privée.

Durant la Seconde Guerre mondiale les besoins sanitaires se sont multipliés et les pouvoirs publics ont décidé que l'hôpital serait dorénavant chargé de soigner l'ensemble de la population : La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils fait de l'hôpital un service public ouvert à l'ensemble de la population. Ce texte sera rendu effectif avec le décret du 17 avril 1945.

De même, l'arrêté du 20 mai 1944 fixe les conditions techniques et hygiéniques des hôpitaux. Les salles communes où cohabitaient parfois jusqu'à 50 malades sont supprimées et remplacées par des chambres de 6 lits au maximum. C'est aussi dans cet arrêté que le terme « usager » est employé pour la première fois. On constate alors une réelle envie de la part de l'Etat

¹ Louis Portes parle du colloque singulier comme de « la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». Le colloque singulier comprend l'ensemble des aspects de la pratique médicale et protège ainsi le secret médical. Les leçons cliniques sous forme de « leçon-consultation » comme celles données par Jean Martin Charcot et illustrée par un tableau peint par Brouillet, intitulé « Une leçon clinique à la Salpêtrière » donne une représentation réaliste du colloque collectif et collégial.

² D'ailleurs le livre de Michel Foucault intitulé « La naissance de la clinique » publié en 1963 retrace l'histoire de la dissections de cadavres malades dans le but de faire évoluer la médecine diagnostique et par la suite thérapeutique.

d'améliorer les conditions d'hospitalisation et par conséquent la prise en charge de la personne hospitalisée.

Ce désir d'humanisation s'accompagne de circulaires et d'ordonnances.

La circulaire du 5 décembre 1958 formalisera le texte de base sur l'humanisation des hôpitaux. Il vise à adapter les « conditions d'hospitalisation des malades aux exigences de la vie moderne et à l'évolution du niveau de vie moyen » et cherche à donner « à l'hôpital un visage plus clair et plus humain ». Cette circulaire formulera alors des recommandations sur les visites, la présence des familles, l'accueil...

Dans le même temps, le professeur Robert Debré à l'origine des ordonnances (de 1958) confie aux hôpitaux la formation des futurs médecins. En effet, les médecins étaient jusqu'à présent des professionnels libéraux qui étaient considérés comme « des visiteurs » et qui n'étaient présents que quelques heures durant la journée.

Ainsi on assiste à l'institutionnalisation des centres hospitaliers universitaires et à l'élaboration d'une véritable fonction publique hospitalière.

La deuxième moitié du XX^{ème} siècle marque l'apparition d'un nouveau concept, celui de la qualité de vie qui vient renforcer le mouvement qui prédomine à cette époque. Les rapporteurs des VII^{ème} Assises nationales de l'hospitalisation publique présentent ce nouveau concept comme ceci « l'hôpital, lieu où sont combattues souffrance et maladie, s'est trouvé confronté à cette bouillonnante aspiration au bonheur, à la santé, au travail rendu moins pénible, à l'équilibre naturel, à l'harmonie sociale, familiale et professionnelle, bref à la recherche d'une nouvelle qualité de vie »³.

Mais peu après les années 70, on peut faire le constat d'une prise en charge déshumanisée du sujet malade.

La personne hospitalisée est trop souvent victime de la douleur et la solitude, de plus, les traits de cette déshumanisation se surajoutent à des considérations structurelles et organisationnelles internes à l'hôpital comme celle de la diminution du temps de travail, l'augmentation des effectifs ou la spécialisation accrue des professionnels.

La multiplication de nombre de professionnels évoluant autour du patient va entraîner une perte de la qualité du lien relationnel auprès du patient. De même, la technicisation médicale entraîne une dépersonnalisation de la personne malade.

³ « L'hôpital et la qualité de vie – L'environnement et les libertés » 7^e Assises Nationales de l'Hospitalisation Publique à Paris, Revue Hospitalière de France n° 307 – Tome II – Janvier 1978 – pages 377 à 444.

Enfin, l'enseignement médical à cette époque joue un rôle dans la perception péjorative que les malades peuvent avoir de l'hôpital du fait de l'utilisation de leur propre corps comme un objet de savoir.

Malgré ce constat, la politique d'humanisation des hôpitaux va convaincre l'ensemble de l'opinion publique. Les pouvoirs politiques et hospitaliers vont alors œuvrer pendant plus de vingt ans vers une démarche plus éthique considérant la personne hospitalisée comme un individu à part entière avec des besoins spécifiques et surtout des droits qui lui sont propres.

C'est ainsi que nous allons aborder un deuxième aspect du cadre théorique en nous concentrant sur le cadre juridique actuel, ses origines et son évolution. Nous comprendrons alors davantage la mise en application du consentement aux soins dans la pratique quotidienne de l'infirmier(ère).

3.1.2 ASPECT JURIDIQUE DE L'INFORMATION PREALABLE ET DU CONSENTEMENT AUX SOINS

Rappelons que 400 ans avant notre ère, Hippocrate (460-356 av. J.C), médecin et scientifique grec a été à l'origine d'un serment qui est encore d'actualité et que les jeunes médecins prononcent avant d'entrer dans leur fonction. Ce serment a été traduit et par la suite modifié en 1945⁴ avec la création d'un Ordre des Médecins. On parle de nos jours de serment médical plutôt que d'Hippocrate. Il marque une vision plus sociale et humaniste du devoir du médecin. D'ailleurs il est cité « *Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté...* » et « *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.* ».

Rappelons également ce qui fonde le principe du consentement scientifique et médical : à la fin de la Seconde Guerre mondiale, des médecins allemands ont été jugés à Nuremberg par un tribunal militaire américain. Ils ont été jugés coupables d'atteinte à la dignité humaine car ils avaient mené des expérimentations sur des déportés des camps de concentration. Le déroulement de ces expérimentations n'avaient aucune justification scientifique sérieuse et ont été pratiquées par des personnes non qualifiées. De plus, elles ont été imposées par la force et ont abouti à la mort de la plupart des sujets.

⁴ Ordonnance du 24 septembre 1945, signée par M. Billoux, ministre de la santé à cette époque.

Le code de Nuremberg fut alors créé en 1947. Il a permis de réglementer toute expérimentation médicale sur l'homme.

Il y est cité comme premier principe « **Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel**. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de **capacité légale totale pour consentir** : qu'elle doit-être **laissée libre de décider, sans intervention** de quelque élément **de force**, (...) et qu'elle doit avoir une **connaissance et une compréhension suffisantes** de ce que cela implique, de façon à lui permettre de **prendre une décision éclairée** (...) ». On voit ainsi apparaître une première définition du consentement libre et éclairé. De même la suite de la rédaction de ce premier principe décrit les prémices de ce qu'on appellera par la suite l'information préalable au consentement.

C'est avec le code de déontologie médical publié le 28 juin 1947 que l'on commence à avoir de réelles directives et limites face au devoir d'information et au recueil du consentement qui incombe au médecin. A l'article 35 et 36⁵, une description de ces principes fixe un socle commun et national. L'article 35 précise que l'information préalable doit-être « claire, loyale et appropriée » sur l'état de santé du patient, les investigations et les soins proposés. Il cite que cette information n'est pas unique, elle doit-être donnée tout au long de la maladie et renouvelée autant que nécessaire. De même, le médecin « tient compte de la personnalité du patient dans ses explications » et veille à la compréhension des informations données.

C'est désormais au médecin de s'adapter au patient lorsqu'il délivre des informations le concernant et non l'inverse. Le dualisme sur un mode paternaliste que l'on décrivait avant la période d'humanisation des hôpitaux semble révolue.

L'article 36 fixe la règle que le consentement au soin « doit-être recherché dans tous les cas ». Les commentaires de l'Ordre National des Médecins sur ces articles fixent des directives et des mesures sur la façon de recueillir le consentement du patient aux soins. Le consentement devient donc le corollaire du droit à l'information. Le patient faisant suite, par une réponse, à l'information qui lui a été délivrée par le médecin.

Le désir d'humanisation des hôpitaux qui fait suite à l'amélioration des conditions d'hospitalisation se concrétise avec la publication de la circulaire du 18 décembre 1970 qui reprend les mesures préconisées en 1958 (cf. aspect historique ci-dessus) et y ajoute des considérations relatives à l'accueil, l'information, aux consultations externes, à l'identification du personnel médical et non médical, aux questionnaires de sortie et aux décès.

⁵ Articles insérés dans le Code de la Santé à l'article R.4127-35 et R.4127-36.

S'en suit le décret du 14 janvier 1974 ⁶ relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux. Le règlement intérieur type qui lui est annexé donne une valeur réglementaire aux relations du patient avec l'hôpital et aux modalités d'accueil. D'ailleurs, l'article 40 fixe les conditions d'obligation d'informer le malade sur l'identité des professionnels qui sont amenés à réaliser des soins et l'article 41 fixe celles de l'information auprès du malade de son état de santé et des traitements et soins proposés à celui-ci.

On constate dans ce décret, que le terme patient n'y est pas encore employé, on utilise plutôt les termes malade ou hospitalisé. Parfois même on fait référence à un ensemble de personnes « les hospitalisés » (article 40), « les malades » (article 38), « les malades tuberculeux » (article 37), « les malades alcooliques » (article 36), « les toxicomanes » (article 34) . La personne hospitalisée n'est pas nommée comme un individu singulier et autonome dans ses choix. Ce décret ne parle pas non plus de façon explicite de consentement aux soins et on cite le médecin ou le chef d'établissement comme seul garant de l'information. De même, le refus de soin n'est pas admis.

Puis une circulaire du 20 septembre 1974 fixe la première charte du malade et proclame ainsi des droits qui lui sont propres. L'idée étant de considérer la personne malade non plus seulement comme « un objet de soins mais aussi un sujet de droit »⁷.

La Charte du patient hospitalisé sera formalisée par la circulaire du 6 mai 1995, vingt ans plus tard (cf. annexe II). Ainsi de nouveaux droits apparaissent comme le droit pour le patient au soulagement de sa douleur, l'obligation d'un accompagnement des patients cherchant à faire valoir leurs droits sociaux. De même, une description complète est faite à propos du principe général du consentement préalable qui doit s'appliquer à tous actes médicaux (chapitre IV de la circulaire).

C'est en 1991, que l'information qui relevait par nature des professionnels médicaux s'étend à l'ensemble des professionnels paramédicaux avec l'article L1112-1 du CSP.

Elle énonce que : « les personnels paramédicaux participent à l'information des personnes soignées dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles ».

Les professionnels paramédicaux sont alors amenés à participer à l'information dans le cadre où celle-ci ne dépasse pas leur domaine de compétence. Cette association à la délivrance de l'information s'impose à eux par leur rôle propre et découle de leur pratique quotidienne dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes hospitalisées.

⁶ Décret abrogé et codifié au CSP par le décret n°2003-642 du 21 mai 2003.

⁷ Actualités JuriSanté, revue n°54, juillet 2006, Dossier réalisé par Philippe Jean, « A propos de la nouvelle charte de la personne hospitalisée (du 2 mai 2006) », p.7.

L'information et le consentement préalable aux soins devient donc une obligation légale et un devoir professionnel qui concerne l'ensemble des professionnels de santé. Un patient donnant son consentement peut se rétracter à tout moment. Le consentement doit être renouvelé à chaque acte de soin.

Concernant les règles professionnelles des infirmiers et infirmières, le **Décret n°93-221 du 16 février 1993⁸, Art. 32**, prévoit que : « l'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement ».

Mais le **Décret n°93-345 du 15 mars 1993⁹** relatif aux règles professionnelles ne précise pas les modalités de la participation des personnels infirmiers à l'information médicale. Il décrit en revanche le champ de cette participation en énonçant l'ensemble des actes auxquels sont habilités les personnels infirmiers.

Ces actes de soins infirmiers « préventifs, curatifs ou palliatifs », « de nature technique, relationnelle et éducative » doivent être précédés et accompagnés, par ceux qui les pratiquent, de toute l'information nécessaire, qu'il s'agisse notamment :

- « - d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin
- de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé (modifiée et complétée par la loi du 30 décembre 2002) regroupe tous les droits de la personne hospitalisée et proclame son droit à être représentée et défendue. Elle marque une réelle révolution dans le domaine de la santé. Le patient ne donne plus simplement son consentement mais il participe aux choix thérapeutiques le concernant avec l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge. On parle ainsi de codécision car le patient informé élabore avec les professionnels la décision concernant sa santé.

Comme l'indique Michèle Harichaux¹⁰ « Cette disposition marque un souci du législateur d'instaurer une égalité des pouvoirs du médecin et du patient pour la prise de décision concernant les soins. Le patient n'est plus celui qui, informé, donne son assentiment aux soins proposés puisque la loi indique qu'il prend avec le professionnel de santé « les décisions concernant sa santé » [...] Cette « prise de décision » qui consacre une nouvelle autonomie au patient en matière de santé suppose informations, échanges et discussions sur les diverses alternatives possibles [...] »

⁸ Abrogé par le Décret du 8 août 2004.

⁹ Abrogé par le Décret du 16 février 2002.

¹⁰ Maître de conférence à l'université de Paris-II, dans son article intitulé « Les droits à l'information et consentement de l'utilisateur du système de santé après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 ».

Les patients ont désormais accès à l'ensemble de leur dossier médical s'ils en font la demande. Un refus de soin peut-être exprimé par le patient aussi bien pour un acte de soin que pour un choix thérapeutique.

Trois ans plus tard, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie marquera une étape importante en renforçant le droit au refus de soin exprimé par le patient et en organisant les situations particulières des personnes en fin de vie ou hors d'état d'exprimer leur volonté.

Dans une volonté toujours plus grande d'affirmer ouvertement les droits du patient pour qu'ils soient connus de tous, une nouvelle **Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006** sera publiée le 15 mai au Journal Officiel. Le « patient hospitalisé » devient ainsi une « personne hospitalisée ». On constate que la volonté des législateurs est d'apporter dans ce changement de terminologie une dimension plus digne et reconnaissant de l'individu quel que soit son état de santé.

Mais le constat évoqué par le magazine « Actualités JuriSanté de juillet 2006 » laisse supposer que l'affirmation de ces droits dans la pratique hospitalière reste encore soit méconnue, soit non appliquée. Il cite « [...] il ne suffit pas de déclarer ou proclamer des droits, il faut aussi s'assurer de leur efficacité, de leur effectivité. Or, la connaissance quotidienne de la vie hospitalière nous laisse supposer – ou craindre – qu'il a existé et qu'il existe encore dans ce domaine des zones d'ombre. »¹¹

Depuis la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, les hospitalisations sans consentement font l'objet de contrôle régulier auprès du Juge des Libertés et de la Détention.

Même si le cadre légal accorde une importance particulière à la description du principe de consentement aux soins, les professionnels infirmiers restent peu cités dans ces articles. De même les modalités de recueil du consentement restent à l'appréciation de ceux-ci.

¹¹ op. cit. p.7 (7)

3.2 Cadre conceptuel

Ma question de recherche et mes hypothèses formulées dans le premier chapitre, induisent plusieurs concepts que je vais développer.

Premièrement, j'ai choisi trois concepts différents qui s'articulent de façon chronologique avant la réalisation d'un soin infirmier. Prenons un exemple, lorsque le médecin prescrit la pose d'une sonde urinaire. L'infirmière prend connaissance de cette prescription, elle prépare le matériel nécessaire. Elle va ensuite informer le patient concerné de la nécessité, du déroulement et des effets attendus de ce soin (concept d'information préalable au soin). Faisant suite à cette information, l'infirmière demande au patient s'il est d'accord pour qu'elle réalise ce soin. Le patient donne ensuite son consentement (concept du consentement au soin). Enfin l'infirmière procède à la réalisation de ce soin (concept de soin).

Cette brève explication est volontairement simplifiée et vraisemblablement pas totalement réaliste, c'est en ce sens qu'elle fait l'objet de ma recherche. De même, les éventuelles contraintes organisationnelles, matérielles et/ou humaines ne sont pas soumises à réflexion en raison d'un contexte prédéfini dans le premier chapitre de ma recherche.

Le concept de l'information préalable :

Selon le dictionnaire « Le petit Larousse », informer, c'est mettre au courant de quelque chose, avertir, aviser (comme par exemple informer quelqu'un d'un changement). C'est aussi « donner des informations à, des renseignements au sujet de quelque chose, renseigner ». Et enfin, cela peut être de « procéder à une information au vu d'instruire quelqu'un ou un groupe de personne ».

Mais cette simple définition ne suffit pas à comprendre ce concept, en complément, définissons maintenant le terme d'information qui est l'action de donner ou d'obtenir des indications, renseignement, précision à ou sur quelqu'un ou s'adressant à un groupe de personne.

Le Dictionnaire de l'Infirmière¹² donne une définition de l'information du patient. Il cite « Indispensable en médecine de ville comme chez les sujets hospitalisés, elle est obligatoirement

¹² Delamare Jacques, Dictionnaire de l'Infirmière, cinquième Edition Maloine , Paris 2008, p. 206

effectuée chez ces derniers grâce au livret d'accueil et à la charte du patient hospitalisé, et chez tous en mettant en pratique le principe du consentement éclairé ».

On parle donc ici de l'information écrite avec des types de supports spécifiques cités mais aussi de l'information orale qui est le corollaire indispensable à l'expression d'un consentement libre et éclairé.

Dans ce concept nous nous intéresserons au contenu de l'information orale transmise par l'infirmière auprès du patient, avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale. Rappelons que l'information est donnée à un patient conscient, autonome dans ces choix et ne présentant aucun déficit cognitif, ni neurologique.

Voyons ainsi ce que dit la Haute Autorité de Santé dans son guide des recommandations de bonne pratique concernant la Délivrance de l'Information. Il cite que l'information orale doit primer, qu'elle doit être hiérarchisée et reposer sur des données validées. L'information doit présenter les bénéfices attendus des actes de soin avant l'énoncé des inconvénients et risques éventuels. L'information doit préciser les risques fréquents, les risques normalement prévisibles et les risques graves. Elle indique les moyens mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par la personne. Enfin l'information doit être synthétique, claire, courte et compréhensible par le plus grand nombre.

Si on se concentre désormais uniquement sur la délivrance de l'information au regard du référentiel de compétences propres de l'infirmière selon l'arrêté du 31 juillet 2009¹³. En regard de la compétence 2, dans le critère « Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin », il est noté « Toute action est expliquée au patient ». Ce même indicateur est cité dans le critère « Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonne pratique » de la compétence 4. Un autre indicateur est notifié en regard de la compétence 6 et du critère « Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage ». Il est noté « Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne ».

On constate alors le rôle de l'infirmière dans la délivrance de l'information. Elle prévient le patient en amont de la réalisation d'un soin. Elle doit dire au patient quel soin a été prescrit par le médecin et le nommer. Elle donne ainsi des explications supplémentaires sur les raisons de la réalisation de ce soin, les effets attendus, les risques envisagés. Elle explicite alors les différentes étapes de la réalisation de ce soin, le matériel qu'elle va utiliser et donne ainsi les conseils utiles au patient pour le bon déroulement du soin en adaptant le langage professionnel à la compréhension du patient.

¹³ Modifié par l'arrêté du 02 août 2011

Le concept de consentement aux soins :

Rappelons tout d'abord que le mot « consentement » a une place bien plus ancienne dans le vocabulaire juridique et qui ne se rapportait alors pas encore au droit de la santé.

L'article 1108 du code civil de 1804 cite le consentement libre et éclairé comme une condition essentielle à la validation des conventions. Trois autres conditions sont citées : la capacité des parties à contracter, un objet certain et déterminé et une cause licite dans l'obligation. C'est en ce sens qu'il a été appliqué au contrat civil qui représente le contrat de soin entre un médecin et un patient.

Revenons ainsi sur les idéologies qui ont pu justifier la nécessité d'un recueil de consentement pour essayer de comprendre sa valorisation et son intégration dans une démarche éthique. Dans l'ouvrage « Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ? », Pierre Livet¹⁴ dans son chapitre « Interactivité et reconnaissance de la singularité : les variétés du consentement »¹⁵ cite le postulat qu'il y a nécessité de recueil de consentement lorsque la relation qu'entretiennent deux individus est de nature asymétrique. Le consentement serait alors une « des normes sociales implicites [...] mises en place pour assurer les compensations de ces asymétries. ». Il cite ensuite les trois idéologies qui défendent les valeurs que nous sommes tous aptes à reconnaître : à savoir « 1) Les droits de l'individu, son *autonomie*, et le fait que des règles explicites sont le garant de leur respect face à des institutions ou des entreprises économiques. 2) L'*utilité collective* met en évidence la nécessaire prise en compte des conséquences collectives de comportements individuels – ce qui semble raisonnable au niveau individuel peut se révéler désastreux au niveau collectif. 3) La *demande de reconnaissance* vitale pour toute personne, et la nécessité pour l'entendre, de consacrer une écoute attentive et durable à sa parole et sa souffrance et son angoisse ».¹⁶

Maintenant, concentrons-nous sur la signification des termes « libre et éclairé » ?

Le terme éclairé signifie qu'au préalable de la demande de consentement, le patient a bénéficié d'une information loyale, claire et appropriée. On parle aussi de consentement libre lorsque le patient n'a subi aucune contrainte ou pression d'un individu ou d'un groupe quel qu'il soit, pour

¹⁴ Professeur de Philosophie à l'Université d'Aix-Marseille I

¹⁵ Jean-Paul Caverni et Roland Gori, « Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ? ». Editions In Press, Clamecy 2005, p. 49

¹⁶ *ibid.*, p. 50 (15)

donner son accord. Ainsi comme le cite l'article de la Revue Relations n° 663 de septembre 2000, écrit par Raymond Martineau¹⁷ « Le concept de consentement libre et éclairé repose sur l'idée que les citoyens sont aptes à prendre part aux décisions qui concernent leur santé, en vertu du droit de chacun à l'autodétermination. » et que « Chaque être humain d'âge adulte et de bon jugement a le droit de décider ce qui peut-être fait de son corps. ».

Il convient aussi de rappeler la définition du consentement du Shorter Oxford Dictionary que l'Association canadienne a retenue, le consentement c'est « L'adhésion volontaire ou l'acquiescement d'une personne à ce qu'une autre personne propose ou désire ; acquiescement à une façon d'agir ». Dans le Dictionnaire Encyclopédique des Soins Infirmiers, le consentement aux soins est quant-à-lui définit par Marguerite Potier comme « une règle déontologique plus ou moins appliquée dans notre culture, selon laquelle un patient doit donner son accord pour recevoir un traitement ou des soins. »

Si l'on se focalise maintenant sur le rôle des infirmiers(ères) en service dans la recherche du consentement. En regard de la compétence 2 du référentiel de compétences, dans le critère « Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins », il est noté « Le consentement du patient est recherché... ». De même en regard de la compétence 6, dans le critère « Justesse dans la recherche du consentement du patient », il est noté « Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire ».

L'ouvrage « L'éthique dans les soins, de la théorie à la pratique », donne quelques précisions supplémentaires, il cite « Pour les soins relevant du rôle propre, l'infirmier(ère) se doit de recueillir le consentement libre et éclairé de la personne soignée. Pour les soins relevant du rôle sur prescription, l'infirmier ne peut passer outre la volonté de la personne soignée. Devant un refus, l'infirmier doit s'assurer qu'elle a compris le bien-fondé du traitement et, si elle persiste dans son refus, ne pas faire le soin et en référer au médecin. »¹⁸

Malgré un manque de précision dans les textes en vigueur, l'infirmier(ère) reste au cœur de la démarche de recherche du consentement tant par la loi qui l'oblige que par les valeurs professionnelles qui le porte. Mais la question fondamentale reste à savoir comment cette recherche s'effectue dans sa pratique quotidienne. Le principe étant que cette recherche de consentement se base sur une demande effective et explicite auprès du patient pour permettre son adhésion aux soins. La démarche étant ainsi de comprendre pour quelles raisons il est peu ou pas pratiqué de cette manière.

¹⁷ Anesthésiste et président du comité d'éthique de la recherche à l'Institut de cardiologie de Montréal

¹⁸ Paycheng Odile, Szerman Stéphane. *L'éthique dans les soins - De la théorie à la pratique*. Rennes : Editions Heure de France, mars 1998, p.55

Le concept de soins infirmiers (nursing) :

Ce concept est apparu au XIX^{ème} siècle au Royaume Uni et avait pour but de désigner les activités attribuées à une fonction émergente : la « nurse professionnelle ». Elle était alors destinée à remplacer les soignants dans une société qui redéfinissait ses rapports avec la santé et la maladie. On attribuait au médecin toutes les pratiques à visée thérapeutique portant atteinte à l'intégrité du corps humain alors que l'attribution des activités de l'infirmière était sous contrôle médical. Ce n'est que plus tard que l'infirmière se verra attribuer la notion de compétences autonomes que l'on nomme aujourd'hui : les soins infirmiers sur rôle propre.

Les soins infirmiers prennent alors une autre dimension en mettent « en second plan les savoirs naïfs ancestraux dont les femmes, les mères, les guérisseuses et les religieuses étaient détentrices »¹⁹.

Voyons maintenant quelles définitions sont accordées aux termes **soin** et **soins infirmiers**.

Selon le Dictionnaire des Soins Infirmiers, le soin se définit comme « l'ensemble des actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou soigner autrui ». Et les soins infirmiers sont définis comme « un ensemble de connaissances et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins réalisés par des infirmiers(ères). Ils contribuent à répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier. ».

Je tiens à citer une autre définition qui me semble plus explicite et s'intégrant davantage à l'élaboration de ma réflexion s'articulant autour de ma question de recherche. L'OMS propose aussi une définition des soins infirmiers : « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et à réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. [...] Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation de l'individu [...] de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé et encouragent ainsi

¹⁹ Les concepts en soins infirmiers, p.204

l'indépendance et l'autodétermination. [...] »²⁰. Ainsi, les soins infirmiers représentent l'ensemble des compétences relationnelles et des techniques mis en œuvre par l'infirmière pour les pratiquer auprès d'un patient, qui ne l'oublions pas, est singulier, complexe et gravite dans un contexte environnemental qui lui est propre.

J'ai choisi de cibler ma réflexion sur les soins infirmiers relevant du rôle sur prescription ; ce qui est donc plus restreint mais tout aussi significatif. En ce qui concerne l'ensemble de la dénomination des soins infirmiers sur prescription médicale, l'Article R.4311-7 du Code de la Santé Publique relatif aux actes professionnels, dresse une liste exhaustive de ces actes.

Mais ces soins ne se limitent pas à leurs dénominations législatives. En effet, ils regroupent les connaissances théoriques de la réalisation d'un tel soin et du matériel nécessaire mais aussi les connaissances techniques qui relèvent de l'expérience pratique. Enfin ils s'effectuent dans l'intimité de la relation soignant-soigné. Trois dimensions sont à prendre en considération dans la pratique de la recherche et de la demande de consentement.

Philippe Svandra parle dans son livre « *Le soignant et la démarche éthique* » d'une certaine « **normalisation du soin** » qui réduirait le « **soin-relation au soin-tâche** » et qui pourrait être une explication de la non demande de consentement. Il explique que si le malade n'est pas toujours au centre des préoccupations des soignants, ce n'est pas la pratique du soin qui en est la cause mais plutôt le sens qu'on lui en donne. « Pour des raisons de gestion et de rationalisation, le soin se réduit à un simple acte. Acte que l'on peut qualifier de tâche dont l'avantage est de pouvoir être facilement mesurable et évaluable, donc reproductible. »²¹. Il explique ensuite que le soin réduit à la seule notion de tâche perdrait son caractère éthique et ne serait plus qu'un acte opérationnel. Le rôle soignant qui est singulier s'oppose alors à la fonction soignante « par nature anonyme et interchangeable dont l'objectif est de produire des soins. ». Les soignants se retrouvent alors à « faire des soins », plutôt que « prendre soin ». C'est alors que la vision éthique et humaniste du soin perd tout du sens.

²⁰ Définition donnée en 1973, formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » de 1993, réactualisées en 2002

²¹ Philippe Svandra. *Le soignant et la démarche éthique*. Editions Estem, février 2009, p. 45

Le principe d'éthique :

Le terme éthique vient du grec « *ethikos* » qui signifie morale et de « *ethos* » qui signifie mœurs. Dans la philosophie grec, l'éthique est définie comme « une partie de la philosophie qui concerne la conduite de la vie humaine en tant qu'elle est orientée par la recherche du bien »²². Depuis l'antiquité, le terme a évolué en fonction des différents courants philosophiques mais de nos jours il désigne toujours la science de la morale. Il répond à la question « Comment dois-je mener ma vie ? » à l'inverse de la morale qui répond à la question « Que dois-je faire ? ».

La morale se définit comme « un ensemble de valeurs, de références, de normes, de grands principes et de règles, qui permettent d'opérer la distinction entre le bien et le mal. [...] La morale porte sur la conduite générale de l'homme »²³. L'éthique se définit comme « [...] un questionnement philosophique sur le sens des règles et normes admises dans la pratique quotidienne. L'éthique est une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain. Son but est d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens. »

C'est donc la morale qui dicte la réflexion et le cheminement d'un questionnement éthique.

Parlons maintenant de l'éthique dans les soins. C'est une préoccupation qui concerne l'ensemble des professionnels qui participe à la prise en charge d'une personne hospitalisée. En effet, la prise en charge s'élabore autour d'un objectif commun dont le but principal est le bien-être (ou mieux-être) de la personne soignée. Pour répondre à cet objectif, l'infirmier(ère) a donc le devoir de s'interroger sur la pratique de ses soins. C'est en ce sens que la non demande de consentement avant la réalisation d'un soin se heurte à deux principes fondamentaux de la morale qui sont : « la primauté de la personne et la valeur du libre examen ». Et c'est à partir de ces deux principes que s'est élaboré mon questionnement d'un point de vue éthique.

²² Blay Michel. *Dictionnaire des concepts en philosophie*. Editions Larousse, 2006

²³ Formarier M et Jovic L. *Les concepts en sciences infirmières*. Editions Mallet Conseil, 2009, p.176

Le principe de déontologie :

Le mot déontologie, quant à lui fait référence à une réflexion sur des règles, des devoirs, des obligations de comportement. Dans son étymologie, il est presque synonyme de morale ou d'éthique. Du grec « *dé-ontos* » qui signifie ce qui n'est pas, et par extension ce qui devrait être. Il ne répond pas à une question mais dicte « Ce qu'il faut faire. ».

Selon Gilbert Hottois, « la déontologie est une éthique professionnelle qui s'applique aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont, dans ce cadre, des obligations, des responsabilités et des droits. La déontologie doit garantir le bon exercice d'une pratique professionnelle compte tenu de son insertion au sein d'une société elle-même globalement régulée par la morale, les lois, le droit. »²⁴

Cependant comme le cite Philippe Svandra dans son livre, *Le soignant et la démarche éthique*, « [...] ni les lois, ni les normes ne peuvent à elles seules, répondre à la question « que dois-je faire ? ». Car la loi et la déontologie sont parfois muettes ou imprécises car trop générales, reste alors à construire une éthique. »

Les concepts d'éthique et de déontologie sont alors complémentaires car on peut envisager que la déontologie dicte des règles communes à une catégorie de professionnels. Ces règles permettent l'élaboration de valeurs professionnelles communes et vont permettre une réflexion s'inscrivant dans une démarche éthique. En conclusion, la demande de consentement est une règle déontologique, et un questionnement éthique permet de comprendre les raisons de sa non pratique.

Le principe d'autonomie :

D'origine grecque, le mot autonomie se compose de « autos » qui signifie soi-même et de « nomos » qui signifie loi, règle.

L'autonomie se définit comme « la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement ».

²⁴ op. cit. p. 274 (19)

En philosophie, « L'autonomie peut se définir comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix [...] »²⁵.

Selon Mill, personne ne peut contraindre ou obliger quelqu'un d'autre à agir différemment ou à s'abstenir de faire ce qu'il souhaite sous prétexte que cela sera meilleur pour lui. Ce principe se base sur le respect de l'individu et affirme sa capacité à décider pour lui-même.

De ce fait comment peut-on dire que l'on respecte l'autonomie et par extension la dignité d'un patient lorsque le consentement avant la réalisation d'un soin n'est pas demandé ou que la demande est faite de façon détournée. On ne lui permet pas d'exprimer sa volonté et son propre choix et on le contraint à accepter le soin infirmier.

J'émetts cependant quelques réserves, notamment la nécessité d'évaluation par l'infirmière de l'état physique et psychique du patient notamment à l'admission lors du recueil de données. Même si le patient est en pleine autonomie de pensée et de volonté, il peut ne pas être en pleine autonomie d'action et ce manque d'autonomie physique peut mettre le patient dans un état d'angoisse, d'anxiété, de peur. Le jugement du patient peut alors être influencé et ses capacités de raisonnement peuvent en être amoindries. De plus, le patient se retrouve hospitalisé dans un environnement inconnu suite à l'annonce d'un diagnostic dont il peut ne pas comprendre (au début) l'issue, les thérapeutiques et les actions envisagées. Autant d'évènements imprévisibles qui peuvent altérer le libre choix et la pleine conscience du patient.

De même, la fonction inhérente au métier d'infirmière qui est de soigner et d'assurer la restauration ou le maintien de l'autonomie du patient peut être paradoxale s'il y a une demande de consentement et qu'un refus de soin est exprimé par le patient.

Idéalement la recherche d'un consentement par l'infirmier(ère) s'inscrit aussi bien dans une démarche législative, qu'éthique. Si dans sa pratique quotidienne, le soignant déroge aux règles légales strictes, on peut l'expliquer par le principe de bienfaisance (il agit dans la simple optique de faire ce qui est bon pour le patient). Mais ce principe se heurte souvent à la dérive paternaliste. C'est alors que le soignant « fait ce qui est bon » pour le patient et se dit implicitement que lui seul « sait ce que est bien » car il est en possession du « savoir infirmier ».

Qu'en est-il de la démarche éthique ? Philippe Svandra dans son ouvrage *«Le soignant et la démarche éthique»* évoque un chapitre qu'il intitule *« les causes de l'oubli de l'autre »*.

Il cite « Il ne s'agit évidemment pas ici de jeter la pierre à quiconque, mais de chercher à comprendre comment des soignants (par nature soucieux de l'autre) arrivent à ne plus prendre soin et peuvent perdre de vue leur engagement »²⁶. Une des causes évoquée était la « lassitude physique ou morale » qu'il nomme aussi la fatigue semble constituer un facteur fréquent et

²⁵ Foulquie P. *Dictionnaire de la langue philosophique*. Edition PUF, Paris, 1982

²⁶ op. cit. p. 39 (21)

souvent masqué. Selon Kant elle empêcherait « l'exercice de notre mentalité élargie » c'est à dire notre capacité à se mettre à la place de l'autre et d'être alors empathique. Mais face à l'habitude dans l'exercice du métier, l'usure du temps, on peut s'imaginer que cette volonté de prendre soin de l'autre peut s'effacer. L'auteur se pose alors une question ultime et qui semble compléter ma question de recherche dans la pratique de la demande de consentement et de l'information préalable. « **Comment arriver à faire ce que l'on fait habituellement, comme si c'était pour la première fois avec toute l'intention nécessaire pour autrui, jamais par habitude ou comme d'habitude ?** »²⁷.

Les pratiques professionnelles :

Pour essayer d'appréhender ce concept, nous pouvons revenir sur quelques articles du Code de la Santé Publique, notamment les articles R. 4311-1 et 4311-2 qui définissent l'exercice de la profession. Ils stipulent : « l'exercice de la profession d'infirmier(ère) comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des 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. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers(ères) sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

« 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 [...] »

A la suite de ce dernier article, sont décrits les rôles multiples que l'infirmier(ère) est dans l'obligation de réaliser en regard des responsabilités et compétences de son métier.

On constate alors l'étendue de leurs pratiques professionnelles qui sont développées et améliorées en fonction de l'évolution des sciences, des techniques mais aussi de la société. Elles mettent ainsi en évidence trois valeurs fondamentales. Premièrement, le respect de la dignité et de la liberté de l'être humain, contribuant au développement d'un projet de vie et de soins librement

²⁷ op. cit. p. 40 (21)

consentis par chaque personne soignée. Deuxièmement, les compétences professionnelles garanties par un diplôme d'Etat. Troisièmement, la responsabilité professionnelle qui implique un engagement professionnel et personnel fondé sur des valeurs interdépendantes et complémentaires. C'est en ce sens qu'on revient sur la définition propre du métier d'infirmier(ère) en y intégrant le descriptif des actes sur rôles propres et sur prescription donné par la législation, qui représente l'ensemble des pratiques des professionnels.

Au regard des trois valeurs exprimées ci-dessus, qui peuvent se manifester de façon interdépendante en fonction des individus, on peut se rendre compte des particularités qui peuvent se confronter à cette pratique.

Maintenant que j'ai défini l'ensemble des concepts et que je les ai exposés en vue d'en faire des concepts opératoires en rapport à ma question de recherche et mes hypothèses, je vais pouvoir définir mon cadre d'analyse.

3.3 Cadre d'analyse

Afin de mener au mieux mon travail de recherche et de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers ou d'infirmières qui réalisent des soins infirmiers que l'on qualifie de quotidien. C'est à dire des soins prescrits qui sont réalisés dans l'ensemble des services de soin et généralement à plusieurs reprises dans la journée. Ces services relevant aussi bien de médecine, de chirurgie ou de soin continu. J'ai volontairement exclu les services d'urgence et de réanimation en raison du caractère spécifique de la demande de consentement (pathologie engageant le pronostic vital, état de conscience altéré). Je souhaitais réaliser six entretiens dans trois services de spécialités différentes afin d'obtenir une vision globale de la pratique des professionnels et pour que mon analyse ne soit pas influencée par les habitudes de pratique d'un service en particulier.

Mais en raison de contraintes institutionnelles et par manque de temps, j'ai réalisé ces six entretiens au sein d'un seul service. En effet, le centre hospitalier universitaire auquel je me suis adressée n'autorise les entretiens qu'au sein d'un même service. L'avantage est que la population accueillie dans ce service est majoritairement autonome et libre de ses choix concernant sa santé. Le nombre restreint d'entretiens ne permet pas une généralisation des résultats obtenus.

Pour élargir mon champ de recherche, j'aurais pu recueillir l'avis et le ressenti des patients hospitalisés sur la connaissance de leur droits et l'application de la demande de consentement. Mais j'ai choisi de cibler ma réflexion sur la seule pratique des professionnels. De plus, pour des raisons éthiques ce n'aurait pas été possible.

Ainsi, je rappelle mes hypothèses. La première : L'accord du patient à l'hospitalisation serait un accord préalable aux soins infirmiers prodigués durant celle-ci. La deuxième : L'habitude, l'oubli, ou la méconnaissance de l'obligation de demande de consentement aux soins seraient des explications possibles à ce manque de pratique. J'ai choisi d'étudier les deux hypothèses formulées car il me semble que la première ne suffise pas à explorer l'ensemble des dimensions de ma question de recherche.

4- METHODOLOGIE DE LA **RECHERCHE**

L'objectif de mon travail de recherche est de comprendre pourquoi la demande de consentement avant la réalisation d'un soin quotidien infirmier sur prescription médicale est peu pratiquée. Je souhaite par la même occasion appréhender le ressenti des infirmiers(ères) sur ce sujet et savoir comment se formalise l'adhésion aux soins dans le cas où la demande n'est pas exprimée.

Pour ce faire, l'outil retenu est l'entrevue semi-directive. Celle-ci permet des informations objectives reflétant la réalité de la pratique des professionnels sur le terrain.

4.1 Participants

4.1.1 VARIABLES

Pour répondre au mieux à ma question de recherche et vérifier mes hypothèses préalablement posées, j'ai choisi d'interroger des professionnels infirmiers(ères) exerçant au sein de services hospitaliers.

Comme ma réflexion s'axait sur les services de soins généraux, j'avais préalablement ciblé trois services de soins où je désirais effectuer mes entretiens pour me permettre d'obtenir des informations diverses et variées sur la pratique des professionnels en fonction des pathologies et des soins qui pouvaient y être réalisés. Les trois services choisis étaient : le service de médecine interne de l'Hôpital de Brabois, un service de soins continus médicaux et un service de chirurgie.

4.1.2 ECHANTILLONNAGE

Pour cela j'ai procédé à un protocole préalablement établi par le CHU de Nancy.

J'ai donc rempli le formulaire type de demande d'entretiens disponible sur le site internet du CHU où j'ai rappelé mon thème, ma question de recherche et l'objectif suivi.

J'ai alors envoyé ce formulaire ainsi que ma grille d'entretien annexée par mail au Cadre Supérieur du Pôle, Mme Chery, le 30 août 2014. Je souhaitais idéalement effectuer deux entretiens dans chaque service de soins.

Une réponse favorable m'a été rendue le 4 septembre 2014 mais un seul service a été retenu, celui de médecine interne et immunologie clinique situé au bâtiment Philippe Canton (Maison des Spécialités Médicales) du CHU de Brabois.

J'ai alors pris contact auprès du Cadre de Santé du service, Mme Mangin et un entretien a été convenu à la date du 9 septembre 2014 à 14h30.

Lors de notre entretien qui a duré 30 min, le Cadre du service m'a fait une description des pathologies rencontrées, des patients accueillis et de l'équipe soignante composée de 11 infirmières. Le service de médecine interne et immunologie clinique est un service d'hospitalisation de semaine. Il a la particularité d'avoir subi une restructuration récemment (depuis le 22 octobre 2013). Les professionnels sont désormais polyvalents sur deux secteurs, le service de médecine interne et celui de pneumologie situé juste en face. Le service de pneumologie compte 10 lits et accueille des patients pour des bilans et des examens endoscopiques, des bilans avant instauration de VNI, des administrations de chimiothérapie et des patients transférés des urgences.

Le service de médecine interne compte 16 lits et accueille des patients atteints de pathologie immunologique et systémique auto-immune pour diagnostic, examens complémentaires, évaluation et traitement.

Le fait que les professionnels exercent au sein des deux services me permettra d'obtenir des témoignages plus riches et augmente l'étendue des soins pratiqués.

Je tiens à rajouter une notion importante, lors de cet entretien le cadre de santé m'a informé sur le profil des patients hospitalisés. Les patients sont majoritairement autonome en terme de capacité de choix et d'action. Ils sont souvent atteint de pathologie chronique et ont donc une bonne connaissance de celle-ci. Lorsqu'ils sont hospitalisés, c'est généralement pour subir beaucoup d'examens de diagnostic ou d'investigation en peu de jour. C'est grâce à cette description qu'on peut constater que le choix du service est en adéquation avec ma démarche de recherche. Le postulat formulé dans le chapitre 2 (problématique) s'applique donc à l'ensemble des entretiens réalisés.

4.1.3 ETHIQUE

Avant d'énoncer les questions de ma grille d'entretien, j'ai procédé à une information préalable type auprès de tous les professionnels interviewés. Je me suis ainsi présentée et j'ai énoncé mon thème de recherche et le but de l'entretien. Je leur ai indiqué qu'ils pouvaient répondre librement aux questions posées sans risque de jugement et que leur anonymat serait conservé. Je les ai

informé que seules leur fonction et la dénomination du service seraient citées. Je les ai éclairé sur le fait que les questions pouvaient être reformulées autant de fois que nécessaire si elles n'étaient pas compréhensibles par l'interlocuteur.

Pour ne pas influencer les réponses des professionnels, j'ai volontairement omis de mentionner ma question de recherche et mes hypothèses en signifiant qu'elles pourront être évoquées à la fin de l'entretien.

Afin de rendre l'entrevue plus interactive et plus agréable et éviter d'omettre involontairement certaines données, j'ai préalablement demandé aux professionnels s'ils acceptaient que l'entretien soit enregistré à l'aide d'un enregistreur numérique.

Enfin, je les ai préalablement remerciés de leur participation.

4.1.4 ECHANTILLON

J'ai donc effectué six entretiens auprès de ce service. Le choix des professionnels s'est fait sur la base du volontariat après demande faite par le Cadre du service.

Le choix a donc été effectué sans discrimination d'âge, d'expérience ou de sexe.

Les six professionnels ont été interviewés au sein du service dans une pièce à l'écart des autres membres de l'équipe.

Six infirmières se sont donc portées volontaires et l'échantillon s'est révélé très hétéroclite. Les infirmières avaient toutes un nombre d'exercice différent et avaient toutes pratiqué dans d'autres services et/ou structures.

Les six entretiens se déroulant dans un seul service, j'ai demandé aux infirmières de rester discrètes quand au sujet et aux questions abordées jusqu'à ce que l'ensemble des entretiens aient été réalisés.

4.2 Présentation de l'outil

Mon choix s'est porté sur l'entretien semi-directif car ma recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire de type qualitative. J'avais donc le choix entre quatre méthodes, l'étude de cas s'est imposée car le but était d'obtenir une information exhaustive au sujet d'une situation précise c'est-à-dire la non demande de consentement aux soins avant la réalisation d'un soin quotidien infirmier sur prescription médicale.

L'avantage de l'entretien semi-directif est qu'il permet une interaction verbale entre les deux individus. Le discours est libre en raison de la formulation de questions ouvertes. L'interviewer a ainsi la possibilité de creuser en profondeur le ressenti et l'avis du professionnel en rebondissant sur les réponses données.

De même, le fait que l'entretien soit semi-directif permet à l'interviewer de ne pas s'écarter de son sujet de recherche et d'inviter clairement l'interviewé à répondre aux hypothèses formulées. Il peut aussi permettre de recentrer le professionnel lorsque celui-ci s'étend de façon trop exhaustive sur la question posée et semble dériver du sujet.

A l'inverse, il possède aussi des inconvénients. Il prend d'avantage de temps que la simple distribution de questionnaire. Un temps conséquent est aussi nécessaire pour la retranscription écrite des entrevues réalisées si celles-ci ont été enregistrées.

Il demande au soignant d'être disponible et présent sur son temps de travail, il oblige donc le soignant à modifier l'organisation de son travail.

4.2.1 CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

La construction de la grille d'entretien s'est faite en collaboration avec mon guidant de mémoire et en regard des hypothèses préalablement énoncées. Le but étant d'affirmer ou d'infirmier ces hypothèses et ainsi de répondre à ma question de recherche.

Les questions de ma grille d'entretien ont été rédigées après la mise en évidence de mes concepts et des indicateurs s'y rapportant. J'ai décidé de commencer mes questions par le thème général du consentement aux soins et la pratique des soins infirmiers sur prescription médicale pour ensuite les orienter sur le thème précis de la demande de consentement faite par les infirmiers(ères) en service. Des questions sur les raisons de cette non demande et la façon dont les professionnels formalisent la demande d'adhésion aux soins dans leur pratique ont aussi été élaborées.

A la fin de la grille, j'ai rédigé des questions sur la possible existence de limites pouvant expliquer ce manque de pratique et sur l'intérêt de la demande de consentement.

4.2.2 VALIDITE DE L'OUTIL

Durant l'élaboration de la grille d'entretien, j'ai régulièrement transmis par mail les questions formulées à mon guidant de mémoire qui m'a aiguillé sur les corrections de certaines formulations et sur la mise en forme.

Après la rédaction finale de l'information préalable à l'entretien et des questions, la grille a été renvoyé par mail à mon guidant qui a donné son accord pour la demande d'entretien auprès du CHU de Nancy. J'ai ensuite envoyé cette grille à mon référent pédagogique qui a aussi donné son accord et la demande finale a pu être envoyée par mail au Cadre supérieur du Pôle du CHU. Le mail comportait le formulaire type de demande d'entretien et la grille d'entretien en annexe.

La réponse favorable du Centre hospitalier Universitaire me laisse supposer de la validité interne de l'outil élaboré.

J'ai pu adapter au fur et à mesure des entretiens la reformulation des questions posées pour faciliter le dialogue avec mon interlocuteur.

J'aurais pu rajouter une question à ma grille d'entretien pour connaître l'avis des infirmiers(ères) quand à l'élaboration de cet outil.

4.2.3 DESCRIPTION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

Ma grille d'entretien est constituée au total de quatorze questions (cf annexe III) rédigées les unes à la suite des autres et comporte :

- deux questions à renseignements signalétiques
- sept questions fermées de type dichotomiques dont trois suivies d'une question ouverte de type qualitative et deux suivies d'une question ouverte de type quantitative
- une question à choix multiples
- quatre questions ouvertes dont deux questions d'opinion :
 - une question portant sur le comportement du répondant
 - une question quantitative

4.2.4 DIFFICULTES RENCONTREES

J'ai pu rencontrées quelques difficultés de la construction de l'outil à la présentation des résultats par écrit .

Tout d'abord, la construction de l'outil de recherche n'était pas chose aisée, en raison du peu d'expérience que j'avais dans ce domaine. J'ai à plusieurs reprises dû reprendre la formulation des différentes questions car je ne souhaitais pas influencer le répondant dans ses réponses, ni même émettre un jugement involontairement à la formulation des questions.

Ensuite, j'ai été confrontée à une limite institutionnelle qui a réduit considérablement mon champ d'investigation pour réaliser mes entretiens.

Puis, je me suis confronté à un exercice nouveau pour moi, à savoir mener des entretiens semi-directifs. Même si tous professionnels se sont prêtés volontairement à l'interview, j'ai éprouvé des difficultés durant l'entretien. Notamment pour reformuler les questions afin de les adapter à la pratique quotidienne des infirmières car je me suis rendue compte que la formulation littérale était parfois très longue et trop compliquée. De plus, recentrer le professionnel sur la question posée lorsqu'il dévie du sujet doit rester subtil et approprié. De même, l'exercice de clarification de la réponse obtenue à la fin d'une question posée reste difficile. Il ne faut pas déformer ou moduler les réponses données, ni même émettre involontairement son propre jugement.

Enfin, même si la majorité des entretiens ont été enregistré (5 sur 6 entretiens), la retranscription est une étape qui prend du temps et demande une grande concentration. On aurait tendance à interpréter les réponses obtenues.

Passons maintenant à la description du déroulement de la collecte.

4.3 Déroulement de la collecte

4.3.1 MOMENT ET LIEU

Comme cité précédemment, je me suis entretenue avec des professionnels exerçant tous au sein du service de médecine interne et immunologie clinique. Le jour de mon entretien avec le cadre du service, celui-ci m'a présenté à l'ensemble de l'équipe. Cela m'a ensuite permis de programmer à l'avance les entretiens en fonction du planning de l'infirmière et du mien avec l'aide du cadre du service. Le cadre a veillé à ce que les entretiens soit tous programmés dans une période calme du temps de travail de l'infirmière pour faciliter la disponibilité des professionnels.

Les entretiens se sont tous déroulés dans la salle de repos du service, à l'écart de la salle de soins et dans l'intimité du seul professionnel et moi-même.

Les échanges se sont donc déroulés dans une pièce calme et fermé, à l'abri des éventuelles nuisances sonores et oreilles indiscretes, favorisant ainsi l'expression de chacun.

La totalité des entretiens se sont déroulés sur une brève période s'étendant sur une dizaine de jours, du 9 au 19 septembre 2014.

4.3.2 TACHE

Les entretiens étant programmés à l'avance, je savais donc le nom de l'infirmière avec qui j'allais m'entretenir. Je me présentait à la date et à l'heure prévue en salle de soins et me présentait à l'infirmière. Avant de commencer l'entretien, je procédais à une information préalable type rappelant aux professionnels le thème de mon sujet de recherche. Je demandais ensuite si le soignant acceptait d'être enregistré durant l'entretien en certifiant que l'enregistrement serait effacé après l'analyse des résultats. A la fin de l'entretien, je remerciais l'interviewé et lui signifiais qu'une copie du mémoire final serait envoyé au cadre du service mi-décembre et ainsi disponible pour les professionnels s'ils désiraient le consulter.

A chacun de mes passages dans le service, je prenais aussi soin de signifier ma présence au cadre du service.

4.3.3 CONSIGNES A DONNER

Avant de commencer les entretiens, je signalais aux professionnels qu'il pouvait répondre librement aux questions posées, qu'aucun jugement ne serait émis. J'ajoutais que j'assurerais durant l'entretien une écoute et un respect des réponses.

4.3.4 TEMPS ALLOUE

Les entretiens ont tous durés approximativement une quinzaine de minutes. Cette durée informelle n'a pas été signalé avant de commencer l'entretien pour ne pas restreindre l'expression du soignant.

Maintenant que nous avons décrit l'ensemble de la méthodologie utilisé pour mon travail de recherche, je vais pouvoir vous présenter l'analyse et l'interprétation des résultats. Pour cela, je vais commencer par décomposer la méthode d'analyse des données obtenues.

5- ANALYSE DES DONNEES

5.1 Méthode d'analyse des données

Pour analyser les réponses obtenues lors de mes entretiens, j'ai d'abord procédé à la retranscription des enregistrements par écrit. J'ai ensuite procédé à la préparation des données afin de pouvoir les analyser. Pour cela, j'ai traduit mes questions en variables et les réponses en modalités. Chacune des variables a fait l'objet d'une codification. En rapport aux variables codifiées, j'ai mis en évidence les modalités en sélectionnant dans l'ensemble des réponses obtenues à chaque question les mots-clés et les propos semblables. Les modalités ont été listées dans un tableau et ont aussi fait l'objet d'une codification.

J'ai présenté les résultats de cette codification sous forme de tableau à cinq colonnes où les variables et leurs modalités sont résumées : le dictionnaire des codes (cf annexe III). C'est un document synthétique qui décrit comment chaque donnée a été codée. Ce tableau a été exploité à l'aide d'un tableur Excel. Ce document m'a permis par la suite d'analyser mes résultats et de pouvoir les présenter sous forme de graphique. C'est grâce à ce tableau que j'ai pu mettre en évidence les similitudes et les différences entre les différentes questions en fonction des professionnels interrogés. Ainsi, j'ai pu faire un croisement des résultats obtenus.

Pour l'analyse principale la plupart des questions sont accompagnées d'un graphique récapitulatif suivi de la présentation littérale des résultats. Des extraits d'entretien et des explications supplémentaires y sont joints pour permettre une meilleure exploration des réponses.

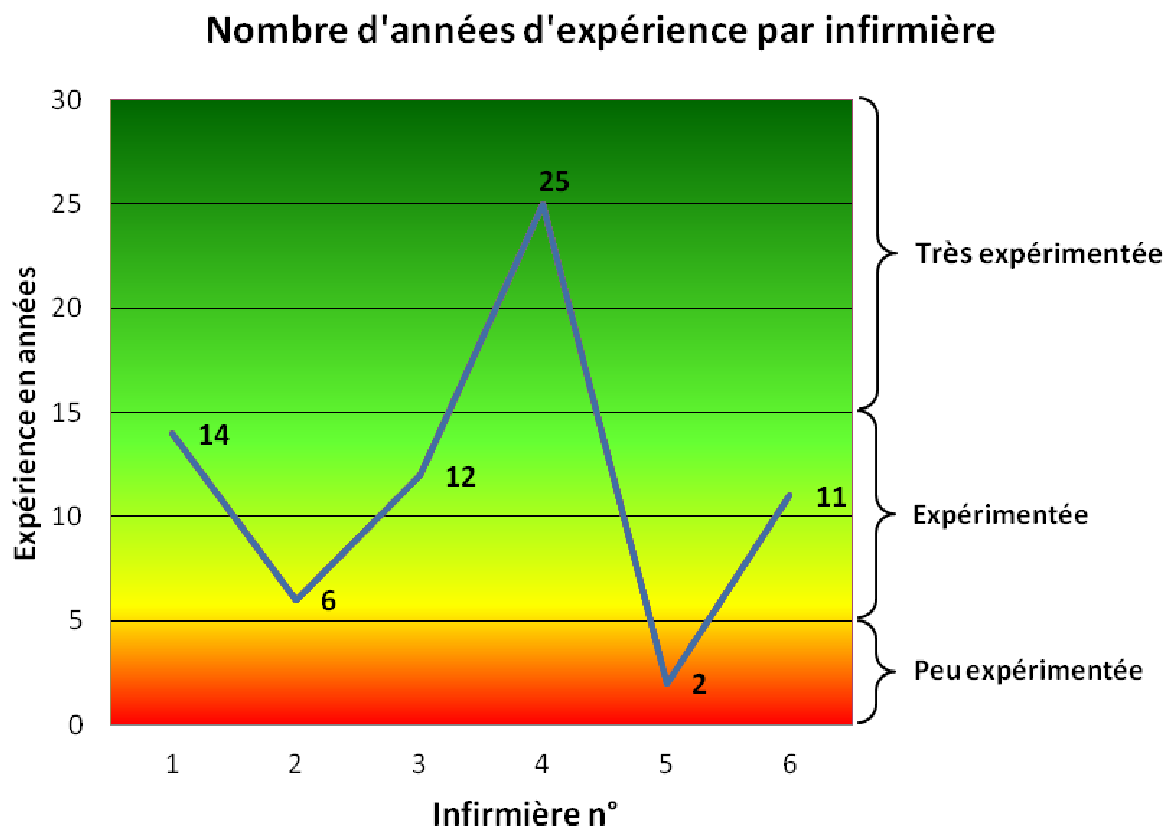
5.2 Résultats

5.2.1 ANALYSE PRINCIPALE

Dans un souci d'équité, je tiens à rappeler que l'ensemble des professionnels interrogés (au nombre de 6) sont des infirmières. J'utiliserai donc volontairement le terme infirmière pour l'analyse et l'interprétation des résultats.

Données générales sur les professionnels interrogés :

Question n°1 : Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmier ou infirmière ?



Sur les six infirmières interrogées, toutes exercent depuis plus de 2 années. La plus expérimentée des infirmières exerce depuis 25 ans.

On peut ainsi distinguer trois catégories d'infirmières en rapport à leurs années d'exercices. La première catégorie s'étend de 0 à 5 ans et concerne une infirmière qui exerce depuis 2 années. La deuxième catégorie s'étend de 5 à 15ans et concerne 4 infirmières qui exercent depuis respectivement 6, 11, 12, et 14 années.

La troisième catégorie concerne les infirmières exerçant depuis plus de 15 ans. C'est le cas d'une seule.

On peut donc conclure que la majorité des infirmières interrogées (5 sur 6) sont expérimentées voire très expérimentées.

Question n°2 : Avez-vous exercé dans d'autre(s) service(s) ou structure(s) avant votre poste actuel ? Si oui, lesquels ?

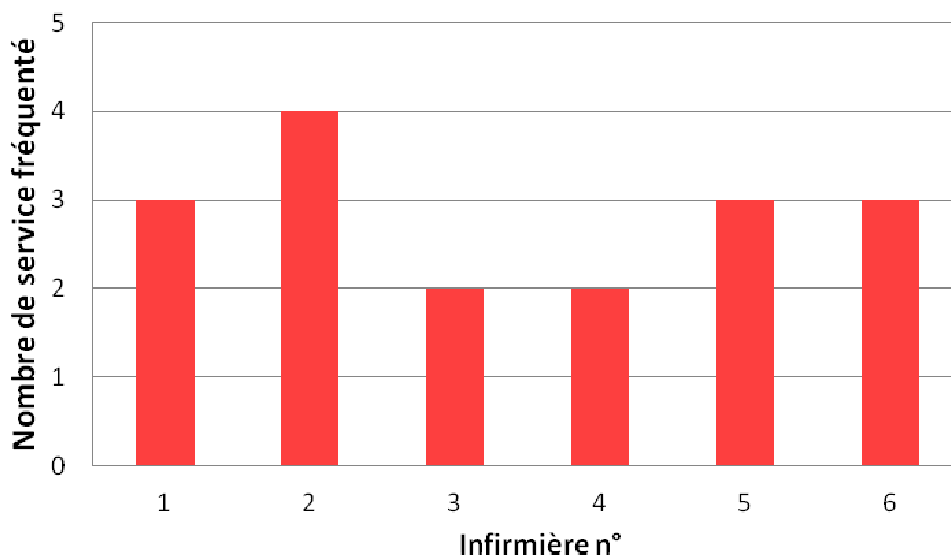
Les infirmières interrogées ont toutes exercé dans au moins deux autres services avant leur poste actuel. La moitié des infirmières ont exercées dans trois services avant celui-ci. Un tiers ont exercé dans deux autres services. Une seule infirmière a exercé dans quatre autres services avant d'occuper ce poste.

Toutes les infirmières interrogées n'ont travaillé que dans des services hospitaliers et n'ont citées aucune structure de soins à domicile, Ephad ou foyer résidence par exemple.

Mais on constate en croisant les données de la question précédente que leurs années d'exercices n'est pas proportionnelles au nombre de services ou structures qu'elles ont pu fréquenter.

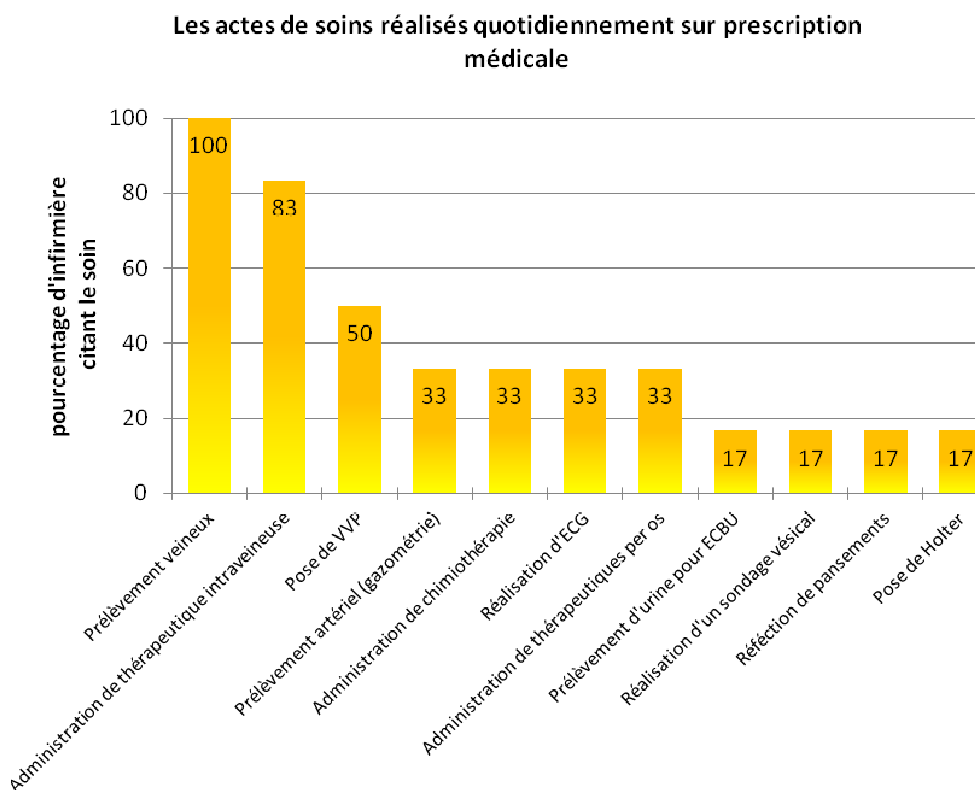
La moyenne des services ou structures fréquentés antérieurement par l'ensemble des infirmière est de 2.83.

Expérience des infirmières en nombre de services



Les soins quotidiens infirmiers :

Question n°3 : Quels soins infirmiers sur prescription médicale réalisez-vous quotidiennement dans votre service ? Citez-en six au maximum.



Les soins sur prescription médicale que les infirmières interrogées réalisent quotidiennement au sein de leur service sont majoritairement les prélèvements veineux (100%), l'administration de thérapeutique intraveineuse (cinq infirmières sur 6 soit 83.3%) et la pose d'un cathéter veineux périphérique (50%).

Si l'on se concentre sur ces trois soins, on constate que ce sont des soins infirmiers réalisés dans tout type de service et généralement à plusieurs reprises au cours d'un seul poste de travail. D'ailleurs la réalisation d'un prélèvement veineux est cité par cinq des infirmières en première intention.

L'administration de thérapeutique par voie orale n'est citée que par deux des infirmières alors qu'il est normalement pratiqué auprès de la majorité des patients hospitalisés à raison de trois à quatre fois par jour (matin, midi, soir, nuit).

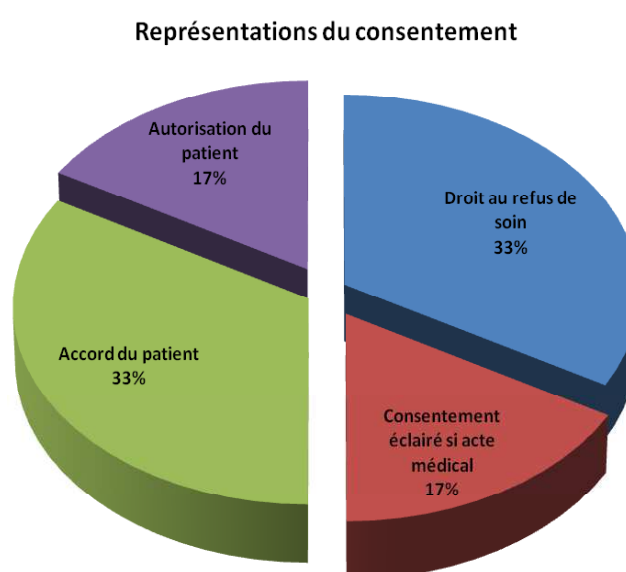
Par cette question, je valide le fait que les soins infirmiers sur prescription médicale que les infirmières réalisent au sein du service peuvent être qualifiés de « soins quotidiens infirmiers ».

Les représentations des professionnels :

Question n°4 : Quelle(s) représentation(s) professionnelle(s) ou mots-clés vous viennent à l'esprit lorsque l'on parle de consentement aux soins de manière générale ? Et de consentement aux soins dans la pratique infirmière ?

La majorité des infirmières interrogées (66,6% soit 4 infirmières sur 6) hésitent quelques instant avant de répondre. Aucun mot ou représentation leur viennent à l'esprit. Mais après réflexion, les infirmières citent des expressions suivantes :

- « le refus de soin » et « libre choix du patient » pour la première.
- « autorisation » pour la deuxième
- « l'accord du patient » pour le troisième.
- « oui » pour la quatrième.
- « le refus de soin » pour la cinquième.
- « l'accord du patient » pour la sixième.



Lorsque l'on évoque avec les infirmières le consentement aux soins, deux évoquent « l'accord du patient » et une autre cite « l'autorisation » de celui-ci que l'on pourrait regrouper par une même intention. Deux autres citent « le refus de soin » et la dernière ne le conçoit « que dans le cadre d'un acte médical ». On peut donc séparer ces deux types de représentations en fonction de l'intention qu'elles expriment. La moitié des infirmières se représentent le consentement aux soins par une démarche du patient vers le soignant (de type droit au refus de soin) et pour l'autre moitié, le consentement est représenté par une démarche du soignant vers le patient (de type demande).

Lorsqu'ensuite j'aborde la question concernant les représentations du consentement aux soins dans la pratique infirmière, la première cite une autre expression « le droit de dire stop » du patient lors de soins infirmiers invasifs. Elle cite un exemple : lorsqu'elle pratique une

gazométrie et qu'elle n'y arrive pas du premier coup, le patient a le droit de dire stop et pour elle cela semble être justifié.

La quatrième évoque le rôle de l'infirmière dans l'information préalable et le recueil du consentement éclairé relatif aux examens médicaux comme par exemple avant la réalisation d'une endoscopie. Mais cela ne se rapporte pas à une expression ou un mot-clé.

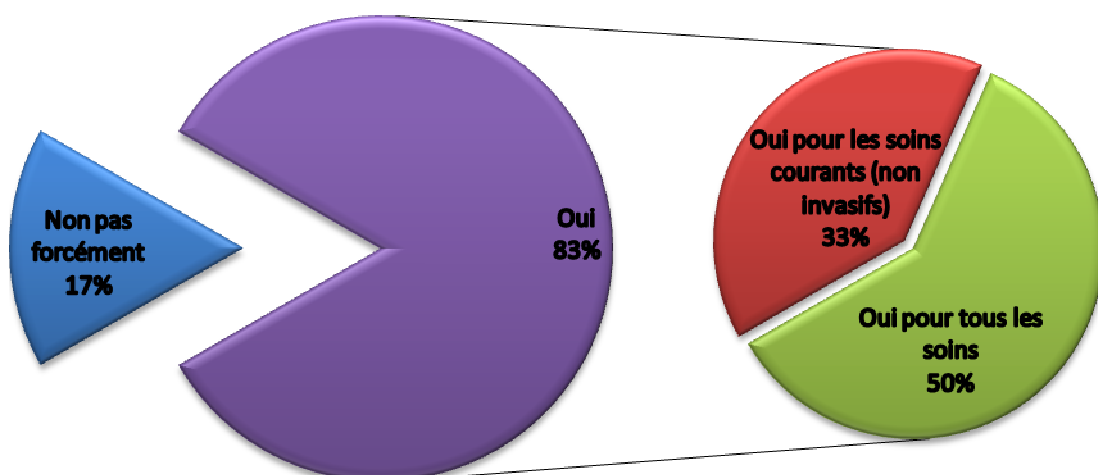
Les autres infirmières ont évoqué les mêmes représentations que pour le consentement de manière générale. Trois de ces quatre infirmières ne font soit aucune différence entre ces deux types de consentement, soit ne comprennent pas la signification du consentement aux soins dans la pratique infirmière en particulier.

Les réponses à mon travail de recherche :

Question n°5 : Selon vous, lorsqu'un patient consent à une hospitalisation dans le service, consent-il de fait aux soins qui vont lui être prodigués ?

Si oui, pensez-vous que ce consentement concerne l'ensemble des soins prodigués ?

Le consentement à l'hospitalisation vaut-il un consentement de fait aux soins?



Pour seulement une infirmière sur six, le consentement à l'hospitalisation n'équivaut pas à un consentement de fait aux soins qui vont être prodigués.

Pour la moitié des infirmières interrogées, le consentement du patient à une hospitalisation s'apparente à un consentement préalable aux soins qui vont être prodigués et s'applique à tous les types de soins.

Pour deux des infirmières ce consentement préalable s'appliquerait seulement aux soins infirmiers non invasifs. Pour elles seuls les soins invasifs nécessiteraient une information préalable et une demande de consentement écrite et/ou orale. Lors des entretiens les infirmières donnent des exemples de soins invasifs pratiqués dans le service. Elles citent la ponction lombaire, le myélogramme, l'endoscopie bronchique.

Revenons maintenant sur quelques propos rapportés.

Une infirmière dit que « *ça va de soi* » et que ça lui semble logique.

Une autre ajoute que les hospitalisations au sein du service sont généralement programmées et que si les patients sont hospitalisés c'est pour que soit réalisé des examens et des soins dont le patient est au préalable informé. Pour elle, il consent donc de fait aux soins infirmiers et examens médicaux qui vont être prodigués.

Une troisième infirmière dit que les patients « *n'ont pas trop le choix* », dans le sens où ils viennent pour se faire soigner.

Une autre infirmière répond sans hésitation oui à la question posée mais que ce consentement préalable ne s'applique pas à tous les soins avec une réserve quand au consentement lors de la réalisation de soins invasifs. Pour ces soins « *où le patient tilte un peu plus* », le médecin est nommé comme informateur référent et elle ajoute qu'après les explications de celui-ci « *il a le choix de refuser les soins* ».

On peut déduire que pour 83% des infirmières, si le patient accepte l'hospitalisation, il consent alors préalablement aux soins quotidiens infirmiers qui vont être prodigués. Ce qui pourrait donner une première justification à la non pratique de la demande de consentement.

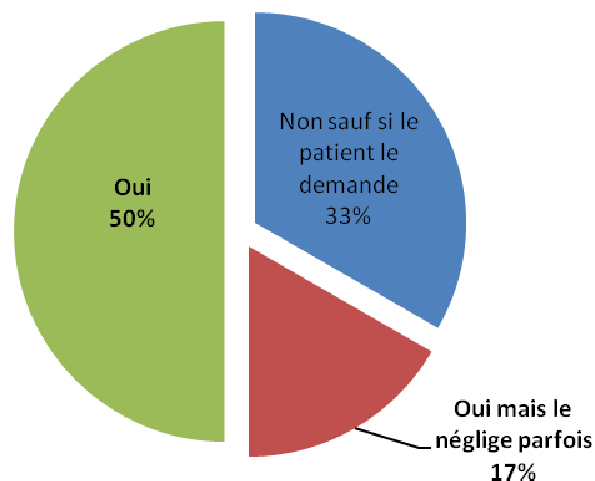
Question n°6 : Avant la réalisation d'un soin, donnez-vous systématiquement des informations claires et compréhensibles concernant les raisons de la réalisation et le déroulement de ce soin ?

Sur l'ensemble des infirmières interrogées, 66,5% (soit 4 infirmières) donnent systématiquement des informations avant la réalisation d'un soin infirmier. Elles émettent néanmoins une réserve sur les termes « claires et compréhensibles ». Elles espèrent au quotidien effectuer une information la plus claire et compréhensible possible pour le patient.

Une infirmière dit qu'elle essaye de faire de son mieux mais elle parle de soin qu'elle connaît et qu'elle a l'habitude de pratiquer et que pour le patient ce n'est pas toujours le cas.

Une autre infirmière émet une nuance quand à l'information préalable qu'elle effectue auprès du patient. Elle affirme qu'elle prévient le patient qu'elle doit réaliser un soin mais ne donne des informations supplémentaires (indications et déroulement) qu'à la demande explicite faite par le patient. Sinon elle se limite à la simple dénomination du soin à réaliser. Une infirmière dit ne pas donner tout le temps des informations préalable sur la réalisation et le déroulement du soin.

Pratique de l'information aux soins



Question n°7 : Avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale, demandez-vous systématiquement le consentement du patient avant sa réalisation ?

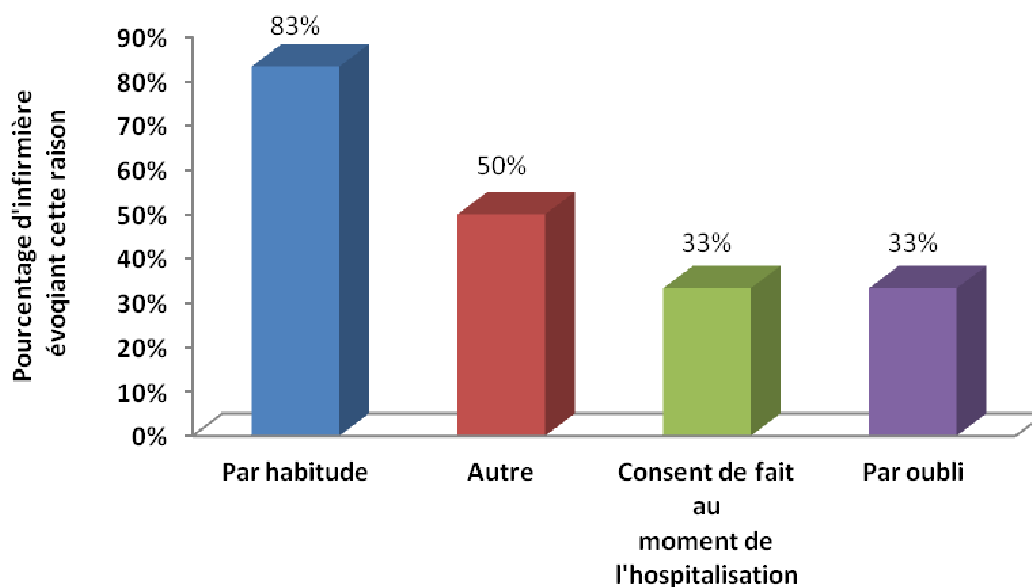
Si cette demande n'est pas faite, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- **Méconnaissance de la législation**
- **Oubli**
- **Habitudes dans la réalisation de ces soins**
- **Fatigue**
- **Manque de temps**
- **Autres : ...**

Sur l'ensemble des infirmières interrogées, aucune ne demande au patient son consentement juste avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale. Elle avouent toutes ne pas demander le consentement de type « Est-ce que vous êtes d'accord pour que je réalise ce soin ? » dans leur pratique au quotidien.

Cette première question permet ainsi d'affirmer la validité de mon constat de départ initié dans le chapitre 2 (problématique).

Raisons évoquées à la non pratique de la demande explicite de consentement



En ce qui concerne les raisons de cette non demande de consentement, 83% des infirmières citent l'habitude dans la réalisation des soins quotidiens infirmiers.

Pour 33% d'entre-elles la demande de consentement avant la réalisation des soins n'est pas effectuée car le patient consent à l'hospitalisation et par conséquent consent de fait aux soins qui vont lui être prodigués.

L'oubli est évoqué à 33%.

En effet, une infirmière dit que pour elle, l'habitude de la pratique va de paire avec l'oubli et ajoute que l'information préalable prime sur la demande effective de consentement. Cette même infirmière parle *d'une sorte de systématisation dans les soins* liée à l'ensemble des pratiques des professionnels acquis à force d'expérience et ainsi généralisée.

Une autre infirmière dit « *on pense pas à le demander systématiquement* », elle parle ensuite d'une « *mentalité* » qui serait « *propre à la pratique professionnelle* ». Elle ajoute que lorsqu'elle réalise un soin (type prise de sang), elle « *pense à sa réalisation propre qui fait partie intégrante de son travail mais oublie la partie législation qu'il y a derrière* ».

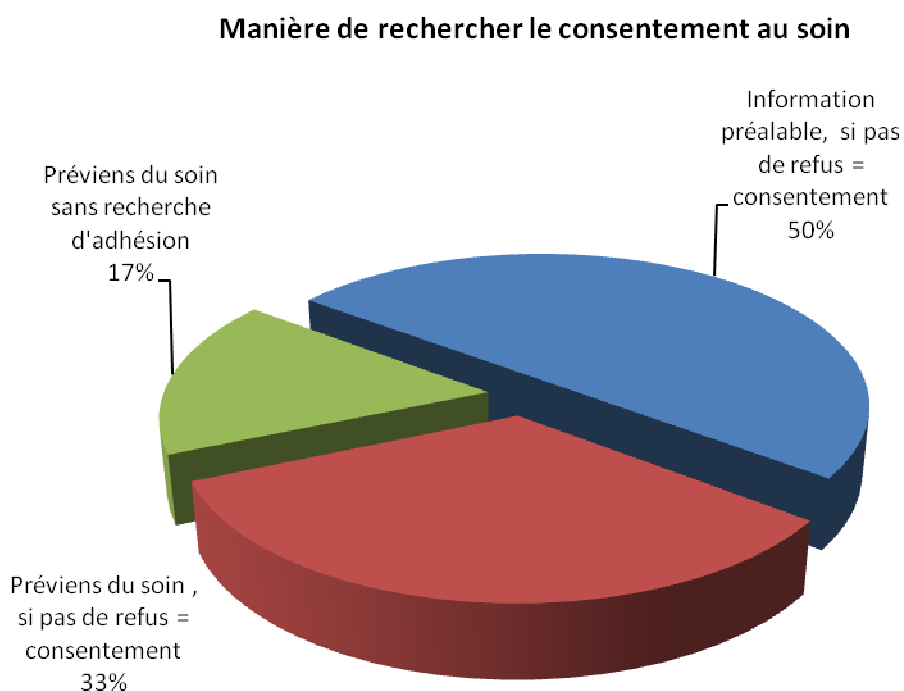
Une troisième infirmière qui évoque l'habitude comme raison principale, ajoute que « *même le patient ne s'attend pas à cette demande* » et « *qu'il n'est souvent pas informé sur le fait qu'il puisse refuser le soin prescrit* ».

Une autre infirmière qui évoque elle aussi l'habitude comme raison principale, dit que pour « *les petits soins infirmiers, ça va de soi qu'il accepte* ».

Une cinquième infirmière qui cite aussi l'habitude, émet une nuance par rapport à cette raison. Pour elle *ce n'est pas l'habitude dans la pratique des soins* mais plutôt l'habitude dans sa pratique professionnelle en général. Son exercice professionnel consiste à réaliser des soins donc pour elle « *ça va de soi* », d'autant plus que le patient hospitalisé sait qu'il va avoir des soins infirmiers qui vont être réalisés.

Question n°8 : Comment formalisez-vous ce consentement dans votre pratique quotidienne ? Quels propos formels ou informels explicitez-vous auprès du patient ?

Par rapport aux réponses obtenues à la question n°7, je n'ai pas pu poser la question n°8 de façon littérale. En effet, comme aucune des infirmières ne fait de demande de consentement avant la réalisation du soin prescrit, cette question ne correspond donc pas à leur pratique. J'ai donc reformulé cette question en demandant aux infirmières *comment l'adhésion au soin par le patient était pratiquée dans leur exercice au quotidien.*



La moitié des infirmières réalisent une information préalable (nomination et explication du soin) auprès du patient avant la réalisation du soin et, suite à cette information, si le patient n'émet pas de refus ou ne dit rien, il équivaut alors à un consentement.

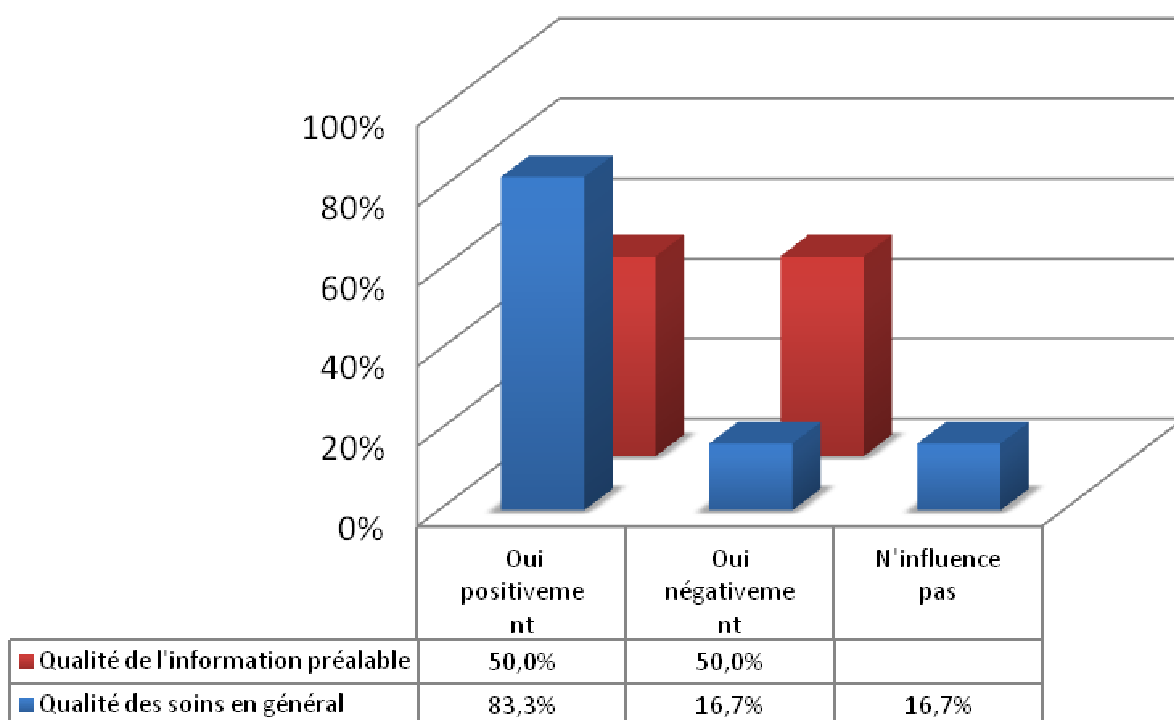
Deux des infirmières préviennent le patient qu'elles doivent réaliser un soin (elles le nomment à ce moment-là) et si le patient n'émet pas de refus, cela veut dire qu'il accepte le soin.

Une infirmière prévient de la réalisation d'un soin en le nommant mais n'attend aucune réponse en retour.

Question n°9 : Votre habitude à pratiquer des soins infirmiers de façon quotidienne peut-elle influencer la qualité de la pratique de vos soins en général ?

Pensez-vous que cette habitude puisse influencer la qualité de l'information préalable au soin et/ou la demande de consentement pratiquée auprès du patient ?

Influence de l'habitude dans la qualité des soins et de l'information préalable



Cinq infirmières sur six évoquent une influence positive de l'habitude sur la qualité de la pratique de leurs soins. L'habitude va de paire avec l'expérience, c'est à dire qu'avec une pratique quotidienne de certains soins infirmiers, le geste est mieux maîtrisé, ainsi le soin technique est mieux pratiqué.

L'ensemble des infirmières pense que l'habitude influence la qualité de l'information préalable aux soins mais seulement la moitié pensent qu'elle l'influence positivement.

On peut dégager que pour les infirmières interrogées, l'habitude dans la pratique des soins influence d'avantage et de manière plus négative la qualité de l'information préalable.

La première infirmière interrogée dit que son habitude à pratiquer des soins influence de façon positive la qualité de sa pratique car selon elle, plus elle « *maîtrise les soins pratiqués, plus ils sont de qualité* », elle n'est plus concentrée que sur la pratique technique et peut ainsi mieux expliquer les soins qu'elle réalise. De même elle dit avoir une approche plus rassurante envers le patient car elle-même se sent plus rassurée.

Elle dit qu'il en est de même en ce qui concerne la qualité de l'information préalable. Elle pense aussi que la recherche de consentement est influencée positivement en raison d'explications plus claires et rassurantes, le patient est alors « *plus consentant* ».

La deuxième infirmière qui est du même avis, dit que « *ça coule plus de source* » et « *c'est la façon d'être avec le patient* ». Pour elle son habitude à pratiquer ces soins améliore sa posture professionnelle et favorise l'instauration d'une relation avec le patient.

La cinquième infirmière est plutôt mitigée sur cette question, d'un côté elle pense que l'influence peut-être négative car elle va peut-être prendre moins de précautions lorsqu'elle est habituée à pratiquer certains soins. De même, elle prête peut-être moins d'attention à ce qu'elle fait. D'un autre côté, elle est aussi positive : la maîtrise du geste technique est meilleure.

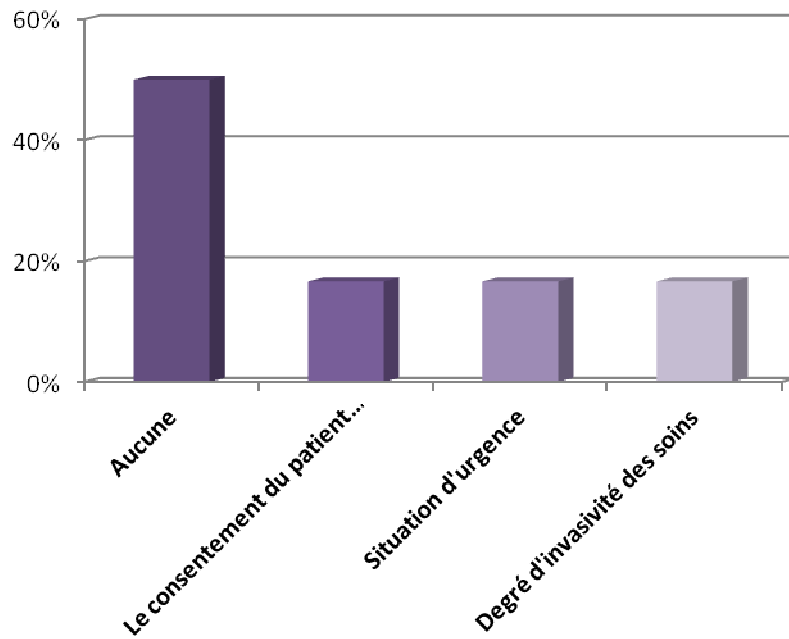
Par contre, elle pense que pour l'information préalable, l'habitude peut avoir un impact négatif. Les informations peuvent-être données de façon moins précise au patient.

La sixième infirmière donne des explications sur l'influence négative que l'habitude peut avoir sur la qualité de l'information préalable. L'infirmière dit que quand on arrive dans un service, au début, « *on est peut-être plus explicite et on fait peut-être mieux les choses* ».

On constate que 83% des infirmières parlent essentiellement de la pratique technique lorsque l'on parle de qualité des soins. Même si elle est citée dans la question en complément de l'information préalable, l'influence de l'habitude sur la demande de consentement n'est pas évoquée.

Question n°10 : Dans votre pratique quotidienne, rencontrez-vous des limites à la demande de consentement aux soins infirmiers ?

Limites à la demande de consentement



La moitié des infirmières disent ne rencontrer aucune limite à la demande de consentement.

Une infirmière cite la situation d'urgence comme seule limite.

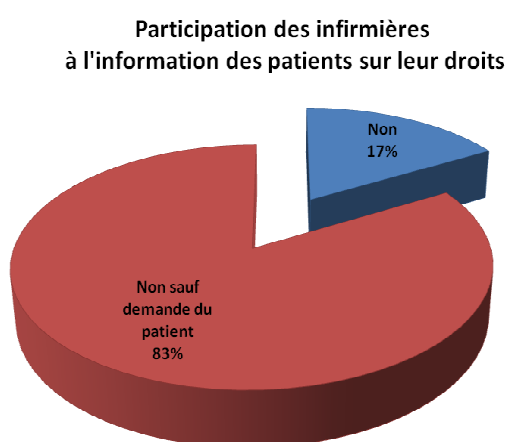
Pour une autre infirmière, la demande de consentement serait limitée à des soins infirmiers particulièrement invasifs. Une troisième infirmière dit que l'accord préalable du patient à l'hospitalisation peut l'inciter à ne pas lui demander son consentement avant la réalisation d'un soin.

Une infirmière qui dit ne rencontrer aucune limite, ajoute « *qu'une simple demande ne prend pas forcément de temps* ».

Pour élargir mon champ de réflexion :

Question n°11 : A votre avis, les patients hospitalisés dans votre service sont-ils suffisamment informés sur leurs droits en tant qu'utilisateur de la santé ?

Si non, participez-vous à donner cette information auprès du patient ? De quelle façon ?



Toutes les infirmières affirment que les patients ne sont pas suffisamment informés sur leurs droits en matière de santé. Cinq des infirmières participent à cette information qu'à la demande explicite faite par le patient. Quatre d'entre-elles disent que les patients eux-même ne sont pas intéressés par ce sujet. Elles citent deux types de supports d'information : le livret d'accueil donné à l'entrée du patient et la charte de la personne hospitalisée affichée sur les murs du service.

Une infirmière ne participe pas à donner cette information et cite la charte du patient hospitalisé comme seul support et ajoute qu'elle « *n'est sûrement pas lu par les patients* ».

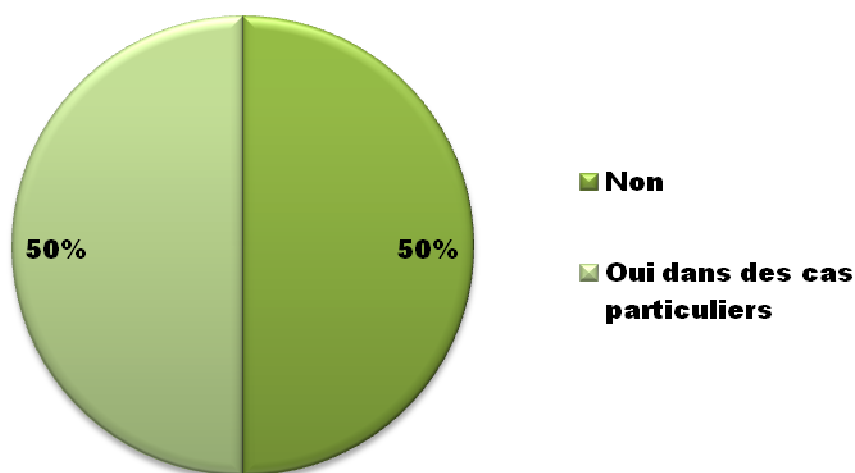
Une infirmière avoue aussi ne pas être assez informée sur ses droits car elle ne va pas à la recherche de cette information même si elle est accessible. Elle ne participe pas sciemment à donner cette information car pour elle cela représenterait une charge de travail supplémentaire et que ce « *n'est pas une priorité dans son travail au quotidien* ». De même, une autre infirmière dit « *on ne se donne pas les moyens d'aller chercher tout ce qui est légal* ».

Une seule infirmière dit que l'information disponible dans le service n'est pas suffisante.

Question n°12 : Vous est-il déjà arrivé de pratiquer des soins refusés par le patient alors qu'aucune information n'ait été donnée au préalable ? Si oui, pourquoi l'avez-vous fait ?

Trois des infirmières ayant pratiqué des soins infirmiers dans ce type de circonstance relève de particularités légales. Deux dans le cas d'une situation d'urgence où l'information préalable reste secondaire par rapport à la gravité de la situation, voire impossible dans le cas d'un état de conscience altéré du patient. Une infirmière l'a pratiqué dans le cas de démence chez une personne âgée dont les soins relevés d'une nécessité vitale.

Pratique d'un soin sans information et malgré le refus du patient



Question n°13 : Pensez-vous que la demande explicite de consentement avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale soit nécessaire et/ou indispensable ? Pour quelles raisons ?

Pour deux infirmières, la demande explicite de consentement n'est ni nécessaire, ni indispensable.

Une autre infirmière reste perplexe à propos de cette question car avoue ne s'être jamais posé la question. Elle ajoute que si cette demande était faite de façon explicite, les patients émettraient peut-être davantage de refus. Elle pense que « *c'est peut-être une façon dérobée de faire accepter les soins* ». Elle finit par dire qu'à l'avenir elle va essayer de faire une demande explicite de consentement pour voir la réponse du patient.

Une infirmière pense que la demande explicite est nécessaire même si elle ne la fait pas au quotidien. Elle ajoute que « *si on se met à la place du patient* », on aimerait qu'on nous demande notre consentement et qu'on nous explique les raisons de la réalisation des soins

infirmiers prescrits. Une autre dit que « *ça devrait être indispensable mais dans la pratique ce n'est pas fait* ».

Une infirmière parle de nécessité « *de manière générale* » et d'une demande « *indispensable pour les soins plus lourds et douloureux* ».

On constate que les avis sont partagés sur la question et que les raisons ne sont pas toujours clairement identifiées.

Question n°14 : Selon vous, cet entretien peut-il permettre d'amorcer une réflexion et une analyse sur la pratique des professionnels en service ?

Toutes ont répondu « *oui* » à la question posée.

Quelques suggestions ont été ajoutées par plusieurs d'entre-elles.

Une infirmière dit « *ça me donne à réfléchir sur le consentement et des soins qu'on fait régulièrement* ». Une autre dit que ça peut permettre « *de revoir la manière dont on fait et on demande les choses et prendre un peu de recul* » et ajoute « *ça fait réfléchir* ».

Une troisième dit que qu'elle ne pense plus à demander le consentement au patient et peut-être que l'information préalable n'est pas toujours donnée. Elle cite « *ça peut donner à réfléchir, quand on n'est pas à la place du patient, on ne se rend pas compte ; cet entretien selon elle peut lui être utile* ».

Une quatrième infirmière dit que ça peut permettre d'amorcer un autre axe de réflexion, notamment celui du refus de soin.

5.2.2 ANALYSE SECONDAIRE

Dans cette seconde partie de la présentation des résultats, je vais proposer une analyse et ainsi procéder à un croisement des résultats les plus probants.

Concernant les données générales sur les professionnels interrogés, on constate que 83% sont expérimentés voire très expérimentés. Ils ont tous exercés dans au moins deux services avant celui-ci.

Je souhaitais pouvoir démontrer avec l'analyse des données de la question n°2 que le manque de pratique de la demande de consentement n'était pas lié à la spécialité d'un service en particulier, ni même lié à des habitudes ou à la façon de procéder admise par une dynamique d'équipe. Pour cela, je leur ai également demandé depuis combien de temps elles occupaient leur poste actuel.

En plus du fait qu'elles aient une expérience certaine dans l'exercice du métier d'infirmière et de leur exercice au sein plusieurs services de spécialité différentes. Les infirmières exercent depuis peu de temps au sein du service de médecine interne et immunologie clinique du fait de sa restructuration récente (*datant de presque 1 an au moment de la réalisation des entretiens*).

Une seule infirmière connaissait le service avant sa restructuration. Pour les autres, une infirmière occupait ce poste depuis seulement 2 semaines, deux autres depuis seulement quelques mois (8 et 10 mois) et les deux dernières occupaient ce poste depuis sa restructuration.

On peut alors admettre que la pratique des infirmières interrogées (notamment sur la demande de consentement aux soins et de la pratique de l'information préalable) n'est pas liée aux habitudes ou aux manières de procéder d'un seul service.

Mais le fait qu'elles exercent toutes depuis au moins deux ans en tant qu'infirmière laisse supposer que l'habitude dans leur pratique personnelle peut influencer la demande de consentement et la pratique de l'information préalable. C'est ainsi ce qu'on peut déduire en croisant ces résultats avec ceux de la question n°9. L'habitude dans la pratique quotidienne des soins infirmiers n'aurait que très peu d'effets négatifs sur la pratique technique du geste mais elle influencerait davantage la qualité de l'information préalable qui serait donné de façon moins précise par la moitié des infirmières.

En ce qui concerne les représentations des professionnels sur le consentement aux soins, on peut mettre en évidence deux types de perception. La moitié des infirmières interrogées serait plutôt axée sur une démarche d'expression venant du patient dans son droit au refus de soin, et l'autre moitié dans une démarche de demande exprimée à l'intention du patient. Mais aucune des infirmière ne pratique de demande de consentement avant la réalisation de soins infirmiers sur prescription médicale que l'on peut qualifier de quotidien. On parle ici essentiellement de soins de type prélèvements veineux, administration de thérapeutique intraveineuse ou pose de cathéter veineux périphérique.

Le premier et le troisième soin cité peuvent être des soins qu'on qualifie de douloureux et parfois contraignant notamment si le patient a un faible capital veineux ou si les prises de sang doivent être renouvelées plusieurs fois dans une journée. En rapport à ces soins, à la question n°5, la moitié des infirmières émet une réserve sur le besoin de consentement préalable aux soins allant être prodigués, il serait admis de fait car le patient accepte d'être hospitalisé mais à la condition que le soin ne soit pas « invasif ». Pourtant les soins décrits ci-dessus peuvent l'être, ils nécessitent une effraction cutanée. Malgré cela ces infirmières ne font aucune demande de consentement avant ces soins.

La différence entre le consentement au soin de manière générale et le consentement au soin dans la pratique infirmière n'est pas clairement perçue par les professionnels, deux infirmières voient une différence de représentation et la moitié ne font soit aucune différence, soit ne comprennent pas la signification du consentement au soin dans leur pratique propre.

Effectivement, si la moitié ne perçoivent pas l'enjeu du consentement dans leur pratique, la demande de consentement peu ne pas être formalisée. D'ailleurs aucune infirmière ne fait de demande de consentement avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale. Peut-être aussi parce que 83% des infirmières pensent que, si le patient accepte l'hospitalisation, il consent alors préalablement aux soins quotidiens infirmiers qui vont être prodigués. Ce qui pourrait donner une deuxième justification à la non demande de consentement.

Pour qu'un consentement puisse être donné par le patient, l'information préalable est indispensable pourtant on constate qu'elle n'est pas systématiquement appliquée. Les informations sur les indications médicales du soin et sur son déroulement ne sont pas toujours cités, ni expliqués au patient. Les informations données ne sont alors pas claires et compréhensibles dans tous les cas. Au regard des textes légaux on ne peut pas certifier qu'une information préalable soit effectuée par les infirmières auprès des patients. Les infirmières auraient tendance à confondre information préalable, corollaire indispensable à la demande de consentement, avec le fait de prévenir le patient de la réalisation d'un soin qui se rapporte à

l'organisation et à la planification des soins. Le croisement des résultats de la question 6 et de la question 8 fait écho à ce constat. En voyant qu'aucune demande n'était effectuée, j'ai cherché à savoir comment l'adhésion au soin par le patient s'effectuait.

Pour une des infirmière, l'adhésion du patient aux soins n'est pas recherchée. Pour les cinq autres, elles voient la demande de consentement comme une recherche d'accord implicite. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte que la moitié pratique réellement une information préalable, et à la suite de celle-ci, si le patient n'émet pas de refus ou aucune suggestion, cela équivaut à un consentement au soin. Pour les autres, le soin est seulement cité, aucune information complémentaire est donnée et la suite de la démarche reste la même.

Si nous revenons sur les raisons de la non demande de consentement, en plus de l'accord préalable admis de fait par l'accord du patient à l'hospitalisation, l'habitude est aussi majoritairement évoquée. Mais cette habitude lorsqu'elle est citée, ne relève pas seulement de l'habitude dans la réalisation des soins mais aussi d'une habitude générale des pratiques professionnelles par systématisation et protocolisation des soins au sein des services hospitaliers. De ce fait les infirmières « ne pensent pas ou oublient » de demander le consentement du patient. Pourtant, toutes connaissent les mesures légales se rapportant au consentement et disent ne pas être confrontées à un manque de temps pour la réalisation des soins infirmiers dans leur service. Car à la question 10, aucune des infirmières ne cite de contraintes organisationnelles ou institutionnelles. Outre des limites d'ordres légales (situations d'urgence, état de conscience altéré), aucun frein à la demande de consentement n'est mis en évidence.

Il en est de même en ce qui concerne l'information donnée aux patients sur leurs droits en tant qu'usagers de la santé. Aucune infirmière participe volontairement à donner ce type d'information et la moitié se disent soit, pas assez informé sur leurs droits, soit ne pas se donner les moyens de les connaître ou ne pas avoir de données suffisamment accessibles. Pourtant l'obligation d'information préalable et de demande de consentement fait partie de ces droits. Ces informations ne semblent pas être une priorité dans leur exercice au quotidien.

En ce qui concerne l'intérêt que portent les professionnels sur la demande de consentement, un tiers pense qu'elle n'est ni nécessaire, ni indispensable car pour les infirmières le patient a déjà consenti à l'hospitalisation donc il accepte de se faire soigner et pour cela de recevoir des soins.

La demande ne serait nécessaire que pour un tiers des infirmières pourtant elle n'est pas pratiqué au quotidien, même si, une d'entre elle pense qu'elle serait même indispensable pour la réalisation de soins invasifs et que le consentement n'est selon elle pas admis même si le patient accepte de se faire hospitaliser.

Pour 100% des infirmières interrogées l'entretien permet néanmoins d'amorcer une réflexion sur la pratique des professionnels en service. L'entretien a permis de faire réfléchir la moitié des infirmières sur leur propre pratique et notamment sur leur démarche auprès des patients.

6. INTERPRETATION DES **DONNEES RECUEILLIES**

Avant de procéder à l'interprétation des résultats de l'analyse principale et secondaire, je souhaite rappeler mon objectif de recherche, ainsi que mes hypothèses.

Au début de mon travail de recherche, mon objectif était de pouvoir appréhender le ressenti et l'expérience des professionnels sur la demande de consentement avant la réalisation d'un soin quotidien infirmier sur prescription médicale. Ainsi, d'après mon constat de départ, *je souhaitais surtout comprendre pourquoi* la demande de consentement dans ce cas particulier était peu pratiqué.

Ainsi j'ai formulé ma question de recherche : **Pourquoi le consentement aux soins, obligation légale, principe éthique et règle de bonne pratique est-il si peu demandé avant la réalisation d'un soin quotidien infirmier sur prescription médicale, par les professionnels, dans les services de soins généraux ?**

D'après mes recherches bibliographiques et mes entretiens exploratoires j'ai formulé deux hypothèses. La première ; **L'accord du patient à l'hospitalisation serait un accord préalable aux soins infirmiers prodigués durant celle-ci.**

La deuxième ; **L'habitude, l'oubli ou la méconnaissance de l'obligation de demande de consentement aux soins seraient des explications possibles à ce manque de pratique.**

D'après les résultats obtenus aux entretiens, la demande de consentement avant la réalisation d'un soin quotidien infirmier n'est pas seulement peu pratiquée par les professionnels mais elle est en fait pas du tout pratiquée. Mon constat de départ s'est donc avéré juste.

La première hypothèse est vérifiée : L'accord du patient à l'hospitalisation se révèle bien une des raisons de cette non demande.

Une partie de la deuxième hypothèse peut aussi être validée. L'habitude, qui va de paire avec l'oubli sont aussi les deux autres raisons citées.

En ce qui concerne l'obligation légale de cette demande, les professionnels en ont connaissance mais n'en mesurent pas la portée dans leur exercice au quotidien. D'ailleurs cette demande n'est parfois même pas considérée comme nécessaire et encore moins indispensable auprès des patients.

Maintenant, si nous revenons à l'interprétation des résultats en regard de mon modèle d'analyse (chapitre 3), on constate que l'information préalable ne répond pas aux critères décrits par le référentiel de compétence de l'infirmière. En effet toutes les actions qui vont être entreprises pour la réalisation du soin ne sont pas systématiquement expliquées au patient.

Si l'information n'est que partiellement donnée, le patient n'est pas en capacité de donner un consentement éclairé car il n'a pas forcément bénéficié d'une information claire, loyale et appropriée.

Si on se focalise sur la définition donnée par le Dictionnaire Encyclopédique des Soins Infirmiers dans le concept du consentement aux soins, la non demande de consentement équivaut à un manquement au devoir déontologique car pour les soins relevant du rôle sur prescription, l'infirmier(ère) ne peut passer outre la volonté de la personne soignée. Si cette démarche n'est pas respectée, peut-on dire que l'autonomie du patient et par conséquent son droit à prendre toute les décisions concernant sa santé, est respecté ? Mais outre le non respect des mesures légales et des règles de bonne pratique, ne serions-nous pas confrontés à un problème d'ordre éthique ? L'habitude, la protocolisation, la rentabilisation, la rationalisation aurait fait perdre de vue l'engagement des professionnels pour leur métier. Ainsi le réel problème ne serait pas tant la demande de consentement en elle même mais plutôt la recherche de ce consentement afin d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et le patient et ainsi redonner du sens au soin.

Je peux cependant émettre quelques limites à ce travail de recherche. Premièrement le faible nombre d'entretiens réalisés ne permet pas une généralisation des résultats. Deuxièmement, les entretiens ne m'ont pas permis d'appréhender la réalité de la pratique des infirmières avant et pendant la réalisation d'un soin infirmier. Troisièmement même si aucune demande explicite n'est faite, une recherche implicite d'adhésion aux soins est majoritairement pratiquée par les infirmières.

7- CONCLUSION

Mon but était de comprendre les raisons de la non demande de consentement dans la pratique quotidienne des infirmiers(ères). Suite à mon étude exploratoire de type qualitatif mené auprès de 6 infirmières, il apparaît qu'effectivement, la demande de consentement n'est pas formellement pratiquée par ces dernières.

La principale raison dans l'esprit des soignants est que, si le patient accepte d'être hospitalisé c'est qu'il sait qu'il va forcément recevoir des soins à visée diagnostique, curative ou palliative. C'est en ce sens que le consentement aux soins des patients est, pour certains soignants, déjà admis.

D'autres pistes se dégagent pour expliquer cette non demande comme par exemple l'habitude et la répétitivité dans la pratique des soins qui contribue à favoriser la conception du soin comme une tâche technique à effectuer et à faire passer la demande de consentement au second plan.

Même si la demande de consentement n'est pas effectuée à proprement dit, la majorité des soignants s'inscrit dans une démarche informative et à l'écoute d'un refus ou d'une réticence. Si dans leur pratique au quotidien, l'adhésion au soin se base sur une confiance mutuelle entre le patient et l'équipe médicale, la demande explicite de consentement a-t-elle vraiment sa place en tant que telle ? On ne peut cependant exclure en aucun cas sa recherche sous peine d'être en dehors des règles déontologiques qui fondent notre profession.

Pour répondre à ce problème on pourrait envisager de proposer un contrat de soin infirmier à l'entrée du patient ou formaliser cette demande pour éviter tout quiproquo et réellement « prendre soin » plutôt que « faire des soins ».

Il serait intéressant de mener une étude afin de savoir à quel point la prise en compte de l'avis du patient joue sur la qualité des soins perçue par le soignant. Une autre étude pourrait-être menée afin de comprendre comment la recherche de consentement pourrait améliorer la relation soignant-soigné.

Bibliographie

Bibliographie – webographie référencée dans l’écrit :

Documents en ligne :

L’Ordre des Infirmières et Infirmiers de l’Ontario, L’excellence en soins. Guide des directives professionnelles sur le consentement publié en novembre 2013, 12 p. [en ligne]

http://www.cno.org/Global/docs/policy/51020_consent.pdf (consulté le 16 novembre 2014)

Code de Déontologie des Infirmières et Infirmiers du Québec. Loi sur les infirmières et infirmiers, Code des professions, Chap. I (Devoirs envers le public, le client, la profession), Section I à X. Mise à jour au 1^{er} novembre 2014. [en ligne]

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM (consulté le 16 novembre 2014)

Actualités JuriSanté, L’information juridique au service des professionnels de santé. [en ligne]

Revue n°54, Juillet 2006, composé de 36 pages.

http://www.cneh.fr/Portals/2/05-PUBLICATIONS/ACTUALITES%20JURISANTE/AJS_EN_LIGNE/AJS_PDF_N%C2%B0/AJS_54.pdf (consulté le 3 août 2014)

Le code de Nuremberg, Texte original en anglais et traduction et adaptation en français. [en ligne]

Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l’être humain et justice, Paris, Belles Lettres, 2011, pages 296 à 300.

Auteurs : Amiel Philippe, Violla F.

<http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad> (consulté le 31 août 2014)

Code de déontologie médicale et serment d’Hippocrate, cinquième édition. [en ligne] Edition Novembre 2012 par le Conseil National de l’Ordre des Médecins, pages 8, 9 et 33.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 31 août 2014).

Commentaires du Code de Déontologie médical de l’article 35. [en ligne]

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259> (consulté le 7 septembre 2014)

Commentaires du Code de Déontologie médical de l’article 36. [en ligne]

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>

(consulté le 7 septembre 2014)

Site de la Haute Autorité de Santé. [en ligne]
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations -
delivrance de linformation a la personne sur son etat de sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf) (consulté le 11 septembre 2014)

Le guide : « Usagers : votre santé, vos droits ». [en ligne]
<http://www.sante.gouv.fr/usagers-votre-sante-vos-droits.html> (consulté le 15 novembre 2014)

Ouvrages consultés :

Lelièvre Nathalie. *Les obligations de l'infirmier, responsabilités juridiques et professionnelles*. Editions Heure de France, 2003, 126 p.

Dupont Marc et Fourcade Alexandre. *L'information médicale du patient – Règles et recommandations*. Les guides de l'assistance publique des Hôpitaux de Paris. Edition Lamarre, 2000, 140 p.

Caverni Jean-Paul et Gori Roland. *Le consentement, Droit nouveau du patient ou imposture ?* Clamecy : Editions In Press, 2005. 209 p.

Svandra Philippe. *Le soignant et la démarche éthique*. Belgique : Edition : estem, 3^{ème} tirage, 2009. 143 p.

Formarier Monique et Jovic Ljiljana. *Les Concepts en Sciences Infirmières*. ARSI, Lyon : Editions Mallet Conseil, 2009. 291 p.

Ministère de la Santé et des Sports. Profession Infirmier. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Uzès : Edition SESI Equipement, 2011. p. 54-68.

Potier Marguerite. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Editions Lamarre, 2002. 7 p.

Paycheng Odile, Szerman Stéphane. *L'éthique dans les soins, de la théorie à la pratique*. Rennes : Editions Heures de France, 1998. p.55.

Parties d'ouvrage :

Devers Gilles. *Code des salles de soins*. Editions Lamarre, 2006. Chap. III. Droits des patients, p. 107,108, 205, 244, 245.

Evin Claude. *Petit dictionnaire du droit des malades*. Edition Seuil, 1998. Définitions p. 56- 60, 116-118, 123.

Abadie Pascale, Bubien Stéphanie, Delcey Michel et al. *Droits du patient – Information et consentement*. Edition Masson, 2004, p. 5-10.

Articles :

Truchon Sylvie. *Les obligations déontologiques de l'infirmière et le consentement aux soins*. Revue Le Journal de l'OIIQ (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, janvier/février 2013, n°3, vol. 2. [en ligne]
<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/les-obligations-deontologiques-de-linfirmiere-et-le-conse> (consulté le 27 janvier 2014)

Aveyard Helen. *Informed consent prior to nursing care procedures*. In : Nursing Ethics. Janvier 2005, p. 19-29.

Cole Claire. *Implied consent and nursing practice : ethical or convenient ?*. In : Nursing Ethics. Décembre 2011 (4), p. 550-7.

Lafarge Marie-Paul. *Relation thérapeutique et « consentement-confiance »*. Revue Soins. Edition : Elsevier Masson. Octobre 2013, n°779, p.34-35.

Chevillote Jérôme, Venchiarutti Laurence. *Le refus de Soins*. La revue de l'infirmière. Edition : Elsevier Masson. Juin 2008, n°141, p. 30-32.

Sites Internet :

Encyclopedia Universalis, définition de la réforme grégorienne durant la seconde moitié du XI ème siècle. [en ligne]
<http://www.universalis.fr/encyclopedie/reforme-gregorienne/> (consulté le 19 juillet 2014)

Légifrance, le service public de la diffusion du droit français par Internet. [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Dictionnaire Larousse. [en ligne]
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993> (consulté le 3 octobre 2014).

Bibliographie - webographie consultée mais non citée dans l'écrit :

Documents en ligne :

La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ? [en ligne]

Auteur : François-Xavier Schweyer, chapitre Politiques et management public, année 1998, volume 16, pages 43 à 68.

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pomap_0758-1726_1998_num_16_3_2197 (consulté le 3 août 2014)

Histoire de l'Ordre National des Médecins français. [en ligne]

Auteurs : Docteur Jean Pouillard, à partir d'un texte présenté à la Société Française d'Histoire de la Médecine : séance du 15 mai 2004, année 2012, pages 7 à 9.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/historique2012_0.pdf (consulté le 31 août 2014)

Introduction aux commentaires du Code de Déontologie médical. [en ligne]

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/introduction-aux-commentaires-du-code-225> (consulté le 7 septembre 2014)

Ouvrage :

Gaurier Philippe. *Quand les témoignent... Du droit individuel à « l'oubli » au devoir collectif de mémoire*. Issy-les-Moulineaux : Edition Masson, 2009. 197p.

Articles :

Tocheport Pascale. *Principes éthique dans la relation de soins*. Revue Soins. Edition : Elsevier Masson. Avril 2011, n°754, p. 32-34.

Phanuel Dominique, Hamon-Mekki Françoise. *L'information nécessaire pour une relation de confiance*. Revue Soins. Edition : Elsevier Masson. Octobre 2013, n°779, p.32-33.

Warnet Sylvie. Entretien avec Saout Christian. « *S'il y a eu d'incontestables progrès dans le respect des droits des usagers, il reste des zones d'ombre* ». La revue de l'infirmière. Edition : Elsevier Masson. Mai 2010, n°160, p.4-6.

Table des matières

1 – Introduction	1
2 – Problématique	2
2.1 <i>Thème de la recherche</i>	3
2.2 <i>Pré-enquête</i>	6
2.3 <i>Problème général</i>	7
2.4 <i>Lectures spécifiques</i>	7
Livres consultés :	9
Articles consultés :	10
2.5 <i>Problème spécifique à l’aspect de ma recherche</i>	11
2.6 <i>Interrogations</i>	11
2.7 <i>Question de recherche</i>	12
2.8 <i>Moyens concrets</i>	12
2.9 <i>Hypothèses / objectif</i>	12
2.10 <i>Variables</i>	13
3– Modèle d’analyse	14
3.1 <i>Cadre théorique</i>	14
3.1.1 Aspect historique de la prise en considération du patient	14
3.1.2 Aspect juridique de l’information préalable et du consentement aux soins	19
3.2 <i>Cadre conceptuel</i>	24
Le concept de l’information préalable :	24
Le concept de consentement aux soins :	26
Le concept de soins infirmiers (nursing) :	28
Le principe d’éthique :	30
Le principe de déontologie :	31
Le principe d’autonomie :	31
Les pratiques professionnelles :	33
3.3 <i>Cadre d’analyse</i>	34
4- Méthodologie de la recherche	14
4.1 <i>Participants</i>	36
4.1.1 Variables	36
4.1.2 Echantillonnage	36
4.1.3 Ethique	37
4.1.4 Echantillon	38
4.2 <i>Présentation de l’outil</i>	38
4.2.1 Construction de la grille d’entretien	39
4.2.2 Validité de l’outil	39
4.2.3 Description de la grille d’entretien	40

4.2.4 Difficultés rencontrées	40
4.3 <i>Déroulement de la collecte</i>	41
4.3.1 Moment et lieu	41
4.3.2 Tâche	42
4.3.3 Consignes à donner	42
4.3.4 Temps alloué	42
5- Analyse des données	42
5.1 <i>Méthode d'analyse des données</i>	43
5.2 <i>Résultats</i>	43
5.2.1 Analyse principale	43
Données générales sur les professionnels interrogés :	44
Les soins quotidiens infirmiers :	46
Les représentations des professionnels :	47
Les réponses à mon travail de recherche :	48
Pour élargir mon champ de réflexion :	57
5.2.2 Analyse secondaire	60
6. Interprétation des données recueillies	64
7- Conclusion	66

The consent in nursing practice : “ Silence gives, consent ” ?

SURNAME : DAGNEAUX

Name : Mélanie

**Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois
CHRU NANCY
Grade Licence 3
Promotion 2012/2015**

Today, we continually highlight the rights of patients both in the news and in our educational background. Despite this, the way they are applied in nursing practice remains unclear. During my work placement, I had to deal with several puzzling situations. So, the consent to care is the subject I chose. I have made the observation that the request for consent before performing a nursing care was rarely practiced by nurses. I restricted my research to the request from a patient free in his choices, conscious and pressure free. My research question is formulated as follows: "Why is the care consent request, which is a legal obligation and an ethical and good practice standard, so rarely applied before performing a daily nursing on medical prescription, by professionals in general care units? ". After some exploratory talks, I made the following research hypotheses: the patient would be agree to receive nursing acts by consent to hospitalization ; nurses habits, forgetfulness or ignorance of the law may be explanations for this lack of practice. My work is an exploratory study and adheres to an inductive qualitative process. I chose to conduct a case study because this method allows to obtain exhaustive information about a situation. I conducted semi-structured interviews with six nurses in the Internal Medicine and Clinical Immunology unit at Brabois Hospital. It appears that the request for consent is needed or necessary for half of the nurses but is practiced by none. The usual practice in the care and the patients' approval for the hospitalization are the two reasons given. But can we reduce nursing care in all its complexity to a simple "care task", not by neglect to the person after whom we look but by health facilities which would be "a machine to produce care"?

Key words : asking, consent to care, daily nursing.

ANNEXE I

Les articles de loi, décrets et
circulaires

Article 16-3 et 16-1 du Code civil

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir »

Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières *déontologie*.

Article 32 Abrogé par [Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004](#)

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Article 1 Abrogé par [Décret n°2002-194 du 11 février 2002 - art. 15 \(Ab\) JORF 16 février 2002](#)

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel :

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologique, sociale, économique et culturelle ;
- de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement ;
- de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes
- d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin
- de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en oeuvre des thérapeutiques
- de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social
- d'accompagner les patients en fin de vie et, en tant que de besoin, leur entourage.

Extrait intégral du premier principe du code de Nuremberg, traduction du texte original en anglais.

1. Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne concernée doit avoir la capacité légale de consentir ; qu'elle doit être placée en situation d'exercer un libre pouvoir de choix, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes sounoises de contrainte ou de coercition ; et qu'elle doit avoir une connaissance et une compréhension suffisantes de ce que cela implique, de façon à lui permettre de prendre une décision éclairée. Ce dernier point demande que, avant d'accepter une décision positive par le sujet d'expérience, il lui soit fait connaître : la nature, la durée, et le but de l'expérience ; les méthodes et moyens par lesquels elle sera conduite ; tous les désagréments et risques qui peuvent être raisonnablement envisagés ; et les conséquences pour sa santé ou sa personne, qui pourraient possiblement advenir du fait de sa participation à l'expérience. L'obligation et la responsabilité d'apprécier la qualité du consentement incombent à chaque personne qui prend l'initiative de, dirige ou travaille à, l'expérience. Il s'agit d'une obligation et d'une responsabilité personnelles qui ne peuvent pas être déléguées impunément.

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

Article L1111-2

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37](#)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Article L1111-4

Modifié par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005](#)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. [...]

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Article L1112-1

Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 19](#)

Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article [L. 1111-7](#). Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. Cette communication est effectuée, au choix de la personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne.

Les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant.

Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés

<i>Abrogée</i>	<i>et</i>	<i>remplacée</i>	<i>par</i>
<i>la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A</i>	<i>n°</i>	<i>2006-90</i>	<i>du</i>
<i>2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée</i>			

CHARTRE DU PATIENT HOSPITALISÉ (annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995)

II - Des soins

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients. Ils leur dispensent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Au cours de ces traitements et ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques permet d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, une réponse aux douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie.

Lorsque des personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leurs proches et les personnes de leur choix et, naturellement, par le personnel. La [circulaire DGS du 26 août 1986](#) constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins et d'accompagnement.

III - De l'information du patient et de ses proches

Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Le secret médical n'est pas opposable au patient.

Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci.

Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques

qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences.

Pour des raisons légitimes et qui doivent demeurer exceptionnelles, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic ou d'un diagnostic graves. Un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, mais, à moins que le patient n'ait préalablement interdit, notamment au cours d'entretiens avec le médecin, cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite, les proches doivent généralement en être prévenus. De même, la volonté du patient de ne pas être informé sur son état de santé doit être respectée.

IV. Du principe général du consentement préalable

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité thérapeutique pour la personne et avec son consentement préalable. C'est pourquoi, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir.

Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte médical ultérieur. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir été préalablement informé des actes qu'il va subir, des risques normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner.

Tout patient, informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. Il peut également estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel.

Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable peut saisir le procureur de la République, afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent. La charte de l'enfant hospitalisé suggère que si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur. Toutefois, l'attention est appelée sur le fait que dans certains cas, précisés par le juge, il convient également de recueillir le consentement des représentants légaux. Le médecin responsable a la capacité de saisir le procureur de la République si la santé ou l'intégrité corporelle du majeur protégé risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci.

ANNEXE II

La charte du patient hospitalisé et
la charte de la personne
hospitalisée

Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés (principes généraux)

1. Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.
3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.
5. Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.
7. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.
8. Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.
9. Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier notamment d'ordre médical par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.
10. Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subis.

Charte de la personne hospitalisée (Principes généraux), circulaire du 2 mars 2006

1- Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2- Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5- Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6- Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7- La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8- La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9- Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10- La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11- La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

ANNEXE III

L'outil de la recherche

Information préalable à l'entretien

Dans le cadre de mon cursus scolaire à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois, je suis amenée à réaliser un travail de fin d'étude. Ce travail porte sur le thème du consentement aux soins dans pratique des soins quotidiens infirmiers. J'ai pris contact avec vous afin de mener un entretien semi-directif qui consiste à répondre aux questions posées.

Les réponses à ces questions feront l'objet d'une analyse dans le but de vérifier mon hypothèse préalablement établie et de répondre à ma question de recherche.

Votre anonymat sera conservé, seules votre fonction et la spécialité du service seront citées.

Vous pouvez répondre librement aux questions posées. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses.

Vous pouvez m'interrompre à tout moment si vous ne comprenez pas la question ou si vous avez besoin que je la reformule.

Afin de mener à bien mon étude, je vous demanderai de rester discret(e) quand au thème et aux questions abordés lors de cet entretien.

Enfin, je souhaite préalablement vous remercier pour le temps que vous avez bien voulu me consacrer. Avez-vous des questions avant de commencer cet entretien ?

Questions de l'entretien semi-directif

1- Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmier ou infirmière ?

2- Avez-vous exercé dans d'autre(s) service(s) ou structure(s) avant votre poste actuel? Si oui, lesquels?

3- Quels soins infirmiers sur prescription médicale réalisez-vous quotidiennement dans votre service ? Citez-en six au maximum.

4- Quelle(s) représentation(s) professionnelle(s) ou mots-clés vous viennent à l'esprit lorsque l'on parle de consentement aux soins de manière générale ?
Et de consentement aux soins dans la pratique infirmière ?

5- Selon vous, lorsqu'un patient consent à une hospitalisation dans un service, consent-il de fait aux soins qui vont lui être prodigués ?
Si oui, pensez-vous que ce consentement concerne l'ensemble des soins prodigués? (Si seulement certains, citez lesquels)

6- Avant la réalisation d'un soin, donnez-vous systématiquement des informations claires et compréhensibles concernant les raisons de la réalisation et le déroulement de ce soin ?

7- Avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale, demandez-vous systématiquement le consentement du patient avant sa réalisation ?

Si cette demande n'est pas faite, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Méconnaissance de la législation
- Oubli
- Habitudes dans la réalisation de ces soins
- Fatigue
- Manque de temps
- Autres : ...

8- Comment formalisez-vous ce consentement dans votre pratique quotidienne ? *Quels propos formels ou informels explicitiez-vous auprès du patient ?*

Aide à l'entretien :

- *Si cette demande est faite de façon orale et explicitée auprès du patient, quels propos explicitiez-vous au patient ?*
- *Si cette demande est sous-entendue, à quel moment de la prise en soin est-elle sous entendue et comment se formalise-t-elle (propos, communication non verbale, comportement, à l'instauration d'une relation de confiance ...) ?*
- *Si cette demande est non explicitée et non sous-entendue, comment l'adhésion au soin par le patient est-elle pratiquée ?*

9- Votre habitude à pratiquer des soins infirmiers de façon quotidienne peut-elle influencer la qualité de la pratique de vos soins en général ?

Pensez-vous que cette habitude puisse influencer la qualité de l'information préalable au soin et/ou la demande de consentement pratiquée auprès du patient ?

10- Dans votre pratique quotidienne, rencontrez-vous des limites à la demande de consentement aux soins infirmiers ?

Si oui, lesquelles ?

11- A votre avis, les patients hospitalisés dans votre service sont-ils suffisamment informés sur leurs droits en tant qu'usager de la santé ?

Si non, participez-vous à donner cette information auprès du patient ? De quelle façon ?

12- Vous est-il arrivé de pratiquer des soins refusés par le patient alors qu'aucune information n'ait été donnée au préalable ? Si oui, pourquoi l'avez-vous fait ?

13- Pensez-vous que la demande explicite de consentement avant la réalisation d'un soin infirmier sur prescription médicale soit nécessaire et/ou indispensable ? Pour quelles raisons ?

14- Selon vous, cet entretien peut-il permettre d'amorcer une réflexion et une analyse sur la pratique des professionnels en service ?

ANNEXE IV

Le dictionnaire des codes

Question (résumé)	But	Numéro de la variable	Nom de la variable	Description du codage (résumé)
Numéro		1	Numéro de l'entretien	1 à 6
Q1: Années d'expérience	Evaluation de la diversité du panel Lien entre l'expérience/habitude et pratique ou non du consentement.	2	Années	1 = 14 ans 2 = 6 ans 3 = 12 ans 4 = 25ans 5 = 2 ans 6 = 11 ans
Q2: Avez-vous pratiqué dans un autre service ? Si oui combien?	Evaluation de l'expérience	3	Nombre de services	1 = 2 2 = 3 3 = 4
Q3: Quels soins infirmiers quotidiens pratiquez-vous?	Vérifier que les soins infirmiers pratiqués peuvent bien-être qualifiés de soin quotidien dans tous les services	4	Type de soins	1 = Prélèvement veineux 2 = Prélèvement artériel (gazométrie) 3 = Pose de VVP 4 = Administration de thérapeutique intraveineuse 5 = Administration de chimiothérapie 6 = Prélèvement d'urine pour ECBU 7 = Réalisation d'ECCG 8 = Réalisation d'un sondage vésical 9 = Administration de thérapeutiques per os 10 = Réfection de pansements 11 = Pose de Holter
Q4: Quelles représentations vous évoque consentement au soin de manière générale puis dans la pratique infirmière	Comprendre la vision du soignant sur le consentement au soin et son application aux soins infirmiers	5	Représentations	1 = Droit au refus de soin 2 = Consentement éclairé si acte médical 3 = Accord du patient 4 = Autorisation du patient
Q5: Consentir à l'hospitalisation = Consentir de fait aux soins??, lesquels?	Vérifier ma première hypothèse	6	Consentement à l'hospitalisation	1 = Non pas forcément 2 = Oui pour les soins courants (non invasifs) 3 = Oui pour tous les soins
Q6: Donnez-vous des informations claires et compréhensibles avant un soin?	Evaluer la pratique de l'information préalable au soin.	7	Information du patient sur le soin	1 = Non sauf si le patient le demande 2 = Oui mais le néglige parfois 3 = Oui

Q7: Demande de consentement systématique avant un soin infirmier sur PM	Valider ma question de recherche et évaluer la pratique du consentement	8		1 = Non
Pourquoi?	Vérifier ma deuxième hypothèse	9	Demande de consentement	1 = Le patient consent de fait au moment de l'hospitalisation 2 = Par habitude 3 = Par oubli 4 = Autre
Q8 : Comment est formalisé le consentement s'il ne l'est pas de manière explicite	Savoir comment est effectuée la recherche d'adhésion au soin	10	Recherche d'adhésion	1 = Préviens du soin sans recherche d'adhésion 2 = Préviens du soin, si pas de refus = consentement 3 = Information préalable, si pas de refus = consentement
Q9 : l'habitude influence la qualité de vos soins en général?	Savoir si l'habitude influence plus l'information/le consentement que les soins en général	11	habitude et soin	1 = Oui positivement 2 = Oui négativement 3 = Non
l'habitude influence la qualité de l'information / du consentement?	Elargir l'explication de ma deuxième hypothèse	12	Habitude et information préalable	1 = Oui positivement 2 = Oui négativement
10 Limite a la demande de consentement	Pouvoir apprécier les entraves à la pratique de la demande de consentement	13	Limite à la demande	1 = Aucune 2 = L'adhésion du patient à sa prise en charge 3 = Situation d'urgence 4 = Degré d'invasivité des soins
11 Patients suffisamment informés sur leurs droits en tant qu'usager de la santé	Evaluer la pratique de l'information aux droits du patient.	14	Patient suffisamment informés	1=Non
11 si non participez vous a la donner		15	Information donnée	1 = Non 2 = Non sauf demande du patient
12 Pratique de soins refusés alors qu'aucune information n'a été donnée	Evaluer la présence de non respect des règles de bonnes pratiques	16	Mauvaise pratique	1 = Non 2 = Oui dans des cas particuliers

13	Percevoir l'opinion des infirmières sur la demande de consentement	17	Demande de Consentement ?	1 = Non 2 = Nécessaire 3 = Indispensable
14	Apprécier l'impact de l'entretien sur la vision des professionnels	18	Réflexion	1 = Oui 2 = Oui cela me donne a réfléchir

ANNEXE V

Le tableau d'exploitation des données

Question	Variable	Modalités	1	2	3	4	5	6	Total	Pourcentage
Q1										
	années		14	6	12	25	2	11		
Q2										
	Nombre de services		3	4	2	2	3	3		
Q3	Prélèvement veineux	1	1	1	1	1	1	1	6	100%
	Administration de thérapeutique intraveineuse	4	1	0	1	1	1	1	5	83%
	Pose de VVP	3	1	0	1	0	1	0	3	50%
	Prélèvement artériel (gazométrie)	2	1	1	0	0	0	0	2	33%
	Administration de chimiothérapie	5	1	0	0	0	1	0	2	33%
	Réalisation d'EKG	7	0	1	0	0	1	0	2	33%
	Administration de thérapeutiques per os	9	0	0	1	1	0	0	2	33%
	Prélèvement d'urine pour ECBU	6	0	1	0	0	0	0	1	17%
	Réalisation d'un sondage vésical	8	0	1	0	0	0	0	1	17%
	Réléction de pansements	10	0	0	1	0	0	0	1	17%
	Pose de Hauter	11	0	0	0	0	1	0	1	17%
Q4	Droit au refus de soin	1	1				1		2	33%
	Consentement éclairé si acte médical	2				1			1	17%
	Accord du patient	3			1			1	2	33%
	Autorisation du patient	4		1					1	17%
Q5	Non pas forcément	1					1		1	17%
	Oui pour les soins courants (non invasifs)	2			1			1	2	33%
	Oui pour tous les soins	3	1	1		1			3	50%
Q6										0%
	Non sauf si le patient le demande	1		1	1				2	33%
	Oui mais le néglige parfois	2	1						1	17%
	Oui	3				1	1	1	3	50%
Q7										0%
	Par habitude	2	1		1	1	1	1	5	83%
	Autre	4	1	1	1				3	50%
	Consent de fait au moment de l'hospitalisation	1	1					1	2	33%
Q8	Par oubli	3	1	1					2	33%
	Information préalable, si pas de refus – consentement	3				1	1	1	3	50%
	Préviens du soin, si pas de refus – consentement	2	1		1				2	33%
	Préviens du soin sans recherche d'adhésion	1		1					1	17%

Q9	Oui positivement	1	1	1		1	1	1	5	83%
	Oui négativement	2					1		1	17%
	N'influence pas	3			1				1	17%
	Oui positivement	1	1	1	1				3	50%
	Oui négativement	2			1		1	1	3	50%
Q10	Aucune	1			1	1		1	3	50%
	Le consentement du patient à l'hospitalisation	2					1		1	17%
	Situation d'urgence	3	1						1	17%
	Degré d'invasivité des soins	4		1					1	17%
Q11	Non	1						1	1	17%
	Non sauf demande du patient	2	1	1	1	1	1		5	83%
Q12	Non	1	1		1		1		3	50%
	Oui dans des cas particuliers	2		1		1		1	3	50%
Q13	Non	1	1			1		1	3	50%
	Oui, Nécessaire	2			1		1		2	33%
	Oui, Indispensable	3		1			1		2	33%
Q14	Oui	1	1		1	1			3	50%
	Oui, cela me donne à réfléchir	2		1			1	1	3	50%

Le consentement dans la pratique infirmière : « Qui ne dit mot, consent » ?

NOM : DAGNEAUX

Prénom : Mélanie

**Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois
CHRU NANCY
Grade Licence 3
Promotion 2012/2015**

De nos jours, on ne cesse de mettre en avant les droits des patients aussi bien dans l'actualité que dans notre formation. Mais leur application dans la pratique infirmière reste floue et j'ai été confronté à plusieurs situations interpellantes au cours de mes stages. J'ai pu faire le constat que la demande de consentement avant la réalisation d'un soin infirmier était peu pratiqué par les infirmières. J'ai limité ma recherche à la demande faite auprès d'un patient que l'on considère comme libre dans ses choix, conscient et indépendant de toute pression. Ma question de recherche ainsi formulée est : "Pourquoi le consentement aux soins, obligation légale, principe éthique et règles de bonnes pratique est-il si peu demandé avant la réalisation d'un soin quotidien infirmier sur prescription médicale, par les professionnels, dans les services de soins généraux ?" Après quelques entretiens exploratoires, j'ai formulé comme hypothèses : l'accord du patient à une hospitalisation serait un consentement préalable aux soins infirmiers ; l'habitude, l'oubli ou la méconnaissance de la législation peuvent aussi être des explications à ce manque de pratique. Mon travail constitue une recherche exploratoire qui s'inscrit dans une démarche inductive de type qualitative. J'ai choisi la méthode d'étude de cas car elle permet d'obtenir une information exhaustive au sujet d'une situation. J'ai ainsi réalisé des entretiens semi-directifs auprès de six infirmières d'un service de médecine interne et immunologie clinique du CHU de Brabois. Il apparaît que la demande de consentement est nécessaire ou indispensable pour la moitié des infirmières mais n'est pratiqué par aucune. L'habitude dans la pratique des soins et l'accord préalable à l'hospitalisation du patient sont deux raisons évoquées. Mais peut-on réduire le soin infirmier dans toute sa complexité à un simple « soin tâche », non par négligence face à la personne soignée mais par des établissements de santé qui se verraient comme « une machine à produire des soins » ?

Mots-clés : demande, consentement aux soins, soins quotidiens infirmiers.