

TRAVAIL DE FIN D'ETUDE

LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE DE
LA PERSONNE SOIGNEE,

ENTRE PENSER ET PANSER

Béatriz Da Rocha Pires

Promotion 2010 – 2013

Diplôme d'état d'infirmier

1^{ère} session



1

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

1 RUE DAVID RICHARD, BP 426

67 091 STRASBOURG CEDEX

¹ <http://valentinstoll.blogspot.fr/>

Remerciements :

Je tiens à remercier les personnes suivantes :

Anne-Marie Stoecklin, et Mireille Sarrut,

Matthieu Stoll,

Les infirmières ayant répondu à mes entretiens exploratoires,

Les infirmières rencontrées pendant mon parcours d'étudiante,

ainsi que mes collègues de groupe à l'IFSI.

1. Introduction

Ce travail de recherche de fin d'étude s'inscrit dans le référentiel méthodologique de l'IFSI. Il est porté sur le sujet suivant : la prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée. Il m'a permis d'enrichir ma réflexion sur la prise en soin et d'appréhender la posture professionnelle.

La prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée, une des composantes de la personne, fait partie de l'exercice de la profession infirmière en étant inscrite dans le Code de la santé publique. Dans la pratique, elle relève le plus souvent du rôle propre. L'infirmière est, cependant, confrontée à un grand nombre de difficultés au quotidien. Elle oscille entre ses valeurs et l'organisation de son travail, devant être équitable pour tous ses patients. Mais entre les deux, un contexte de soin s'impose et bien souvent les discours des infirmières mettent en évidence des représentations sociales. Ces dernières, contre toute attente, assurent un rôle déterminant dans la pensée infirmière mais aussi dans le vécu de ses émotions.

Ce travail est divisé en 2 grandes parties : une première intitulée de Phase Exploratoire et une deuxième Phase de Problématisation.

La première consiste à décrire les situations d'appel, le choix du sujet, son intérêt professionnel ainsi que d'analyser les entretiens exploratoires afin d'aboutir à une question de départ. La deuxième partie est un essai de compréhension des situations, d'éclairage de la question de départ afin d'émettre une hypothèse de réponse. Les approches choisies pour la construction conceptuelle sont les suivantes : la sociologie, l'organisation et l'anthropologie.

En fin de travail, une conclusion permet de rendre compte de mes propos tout au long du travail, de mon positionnement et d'ouvrir sur la suite, c'est-à-dire, sur des pistes de solutions ou de poursuite de l'exploration.

2. Phase exploratoire

2.1. La Boussole, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.).

La 1^{ère} situation d'appel se passe à La Boussole. Le but est d'offrir un accès aux soins ainsi qu'un accompagnement et une éducation à la santé des usagers. Il est aussi celui de créer et d'entretenir un lien avec des personnes exclues socialement (la communauté Rom, Sdf, demandeurs d'asile, etc.). De ce que j'ai pu comprendre de ce stage, Les PASS sont comme un pont entre le monde des exclus sociaux et de la grande précarité et celui des usagers du système de soin de droit commun. Ce pont n'est, pour le sujet Sans Domicile Fixe (SDF), jamais traversé d'un bout à l'autre, il revient sur ses pas la plupart du temps.

2.1.1. Situation

Au sujet du patient, il est d'origine polonaise, SDF, 56 ans. Il présente des antécédents d'imprégnation éthylique chronique, de cirrhose et d'œsophagite septique. Mr G. se rend à la Boussole en raison de plaies chroniques, d'un mal perforant plantaire (suite à l'amputation des orteils) mais aussi à cause d'une mycose évoluée sur les parties génitales (en raison de son incontinence urinaire et de ses diarrhées lors de ses états d'alcoolisme aigu). Mr G dit manger une soupe de temps en temps, fournies par des associations. Il est dans un état général dégradé, dénutri voir déshydraté. Mr G dort dans la rue, son sommeil est lui aussi perturbé. Il souffre de fatigue chronique. Par l'odeur, on décèle qu'il ne prend pas de douche depuis bien longtemps.

Je vois dans la venue de Mr G une opportunité de création d'un lien avec lui. Une négociation de soins prend place sous la forme suivante :

- Pour le patient : des venues régulières, notamment en début de matinée, prise de douche avant chaque soin de plaie et changement des vêtements ;
- Pour ma part, en tant que « soignant » : réalisation des bandages selon désirs du patient, il est ancien militaire et défend sa façon de faire. Celle des HUS ne lui convient pas. Je fini par lui demander de réaliser lui-même ses bandages.

Je lui propose de l'eau, un café, de s'asseoir, de lire le journal, de discuter. Aussi, je lui propose des compléments protidiques. Mr G. semble adhérer aux soins et consent de revenir autant de fois qu'on lui a demandé.

Pour ma part, je me sens satisfaite de son adhésion et projette de l'amener à venir bien plus souvent, ne serait-ce que pour prendre un café et discuter avec le personnel.

Néanmoins, Mr G., au bout de quelques semaines, prend la décision de ne plus venir, alors même que les plaies ne sont pas totalement guéries.

2.1.2. Mon avis

L'infirmière semble habituée à ce genre de situation. Pour ma part, je suis déçue et me demande ce qui aurait pu amener le patient à ne plus revenir. Etait-ce mon insistance à le faire venir plusieurs fois par semaine ? J'ai compris que ma déception était liée à un sentiment de toute puissance. J'ai cru avoir répondu aux demandes de ce monsieur, je ne comprenais pas pourquoi il aurait décroché de cette façon. Il n'avait montré aucun signe d'insatisfaction.

2.1.3. Questionnement

- Le principe de bienfaisance amène-t-il le soignant à s'investir ? Y a-t-il des limites à cet investissement ? Le vouloir trop bien faire a-t-il limité la liberté du patient ? l'expression

de ses désirs ? de ses attentes ? D'où vient mon sentiment de toute puissance ? comment s'est-il opéré dans la relation soignant-soigné ? Qu'est-ce qui a fait que le patient décroche ? Qu'est-ce qui peut perturber l'identification des besoins et l'expression des demandes du soigné ?

- En quoi le contexte joue-t-il sur la considération de l'altérité ? Si ce même patient avait été soigné dans un service tel que la dermatologie, m'aurai-je autant investie ? Aurai-je été autant déçue du fait qu'il ne revienne plus ? Aurai-je fixé de tels objectifs ?
- Mon objectif d'entretenir un lien avec Mr G était-il en accord avec son objectif à lui ? Était-il trop ambitieux ? était-ce mes *a priori*s qui m'ont fait viser de tels objectifs ?
- Quel statut ai-je accordé à ce patient ? celui de sujet ? celui de SDF ? celui de victime de la société ? La dimension psychologique du patient a-t-elle été prise en compte ? sa personnalité ? sa pathologie du lien ? Qu'est-ce qui a fait obstacle ?

2.1.4. Analyse

Premièrement, il me semble intéressant et incontournable de s'arrêter sur le sujet SDF et les représentations véhiculées par la société le concernant, celles que j'avais avant de débiter ce stage. Pour mieux comprendre cette situation, j'ai choisi de lire l'œuvre de Patrick Declerck, psychanalyste et philosophe, intitulée « Les Naufragés ». Selon lui, le clochard vit dans une ambivalence du lien. La relation soignant-soigné, dans cette situation, passe d'une relation dite fusionnelle vers la rupture totale du lien.

Le sujet SDF, fortement stigmatisé d'abord par les médias et, en général, par la société, porte un poids colossal sur son dos : il représente aux yeux de tous le sale, l'indigne, le rejet de la société, le déclin psychique et la dégradation physique. Pour certains, le sujet SDF choisi ce *mode de vie*, car il lui permet de fuir les responsabilités et devoirs des personnes *normales*, il serait même taxé de *paresseux*.

D'après mon vécu auprès du sujet SDF au sein de la Boussole, il m'est, aujourd'hui, difficile de croire que l'on plonge dans cette vie de façon volontaire ou bien pour fuir les devoirs de tout citoyen *bien intégré*. Des facteurs déclenchants existent et le plus souvent, on peut même évoquer une vulnérabilité plus importante à l'effondrement psychique, comme une prédisposition à cette vie.

Le sujet SDF fini par entrer dans la spirale de l'auto-exclusion. Lui laisse-t-on vraiment le choix ? Selon P. Declerck, « Le clochard est un exclu qui en est venu à ne plus pouvoir vivre autrement que dans l'exclusion perpétuelle de lui-même »². Combien parmi nous avons traversé la rue pour ne pas croiser un SDF ? La contagion serait-elle possible par l'air ? De quoi avons-nous peur ? En effet, « Leur seule vue est importune »³, car « Le clochard comme le criminel, le toxicomane et la prostituée, est une des grandes figures de la transgression sociale. Il est la figure emblématique de l'envers ricanant de la normalité et de l'ordre social. Il en est le bouffon et le négatif »⁴.

Le contact étroit avec les sujets SDF lors de ce stage m'a permis d'apprendre un grand nombre de choses sur l'être humain, mais surtout de me questionner sur la relation soignant-soigné. Aussi, le poids porté par le SDF du sale et de l'indigne n'est pas sans effet pour le soignant : comment établir un lien de confiance tout en évitant de se laisser déborder par ce poids colossal du rejet de la société ? Car il est impossible de rester indifférent face à la souffrance du sujet SDF, à moins de refuser de regarder... Aussi, le sujet SDF étant très attaché à sa *liberté*, comment le faire consentir et participer au soin, celui de l'institution ?

² DECLERCK, Patrick. Les Naufragés, avec les clochards de Paris. Paris, Editions Pocket, 2003, pag 289

³ Ibid Pag 335

⁴ Ibid Pag 347

Cette situation peut paraître au premier abord sans intérêt pour la profession infirmière, cependant, bien des choses peuvent être transposables à la relation soignant – soigné, en général. Le premier soin auprès du sujet SDF est le regard que l'on porte sur lui : ce même regard, fuyant dans un autre contexte, l'aide à rétablir son image, car le sujet SDF imbibé d'alcool mais aussi, de la misère du monde ne peut plus ou ne veut plus opérer une image mentale de soi-même. Le contexte de La Boussole n'autorise pas la fuite du contact avec le SDF, son but premier étant celui d'établir un lien social.

Au sujet de la situation, elle est faite de tous les enjeux cités par P. Declerck: tout d'abord, ceux du sujet désocialisé portant un statut de victime de la société. En effet, selon P. Declerck le terme d'exclusion « assigne aux personnes concernées un statut de passif innocent »⁵. L'attribution d'un statut de victime au sujet désocialisé se traduit, selon P. Declerck, par une « tentative de banalisation et de déculpabilisation de la déviance »⁶.

Du côté du soignant, et selon P. Declerck, il finit par être pris dans l'amalgame d'une identification impossible et fixant des buts thérapeutiques trop ambitieux. En effet : « le récit des malheurs (celui du sujet SDF) doit cependant se cantonner dans les limites d'une horreur audible par le soignant, dans la mesure où il a ici, pour fonction principale d'induire chez ce dernier le fantasme d'une identification avec son patient (heureusement, je ne suis pas comme lui, mais les aléas de l'existence étant ce qu'ils sont et les circonstances aidant, qui sait?...). C'est cette identification qui conduit justement à la mobilisation des investissements psychiques du soignant. Elle est la condition de possibilité de la pitié. »⁷.

Aussi, pourquoi le clochard ne devrait-il pas « s'empresser de saisir toute opportunité qui lui permettra de se rapprocher d'un fonctionnement social plus normal »⁸? Il serait donc normal d'envisager que le clochard préfère une situation normale que la sienne..

Ai-je regardé le patient au travers mes propres représentations et de l'image que je me faisais du *sujet normal et intègre* ?

Selon P. Declerck, ces enjeux aboutissent à ce qu'il appelle « l'illusion thérapeutique »⁹ et inéluctablement à la déception du soignant tellement la relation était faite, justement, d'illusions... Aussi, parce que, face au sujet désocialisé, « nous sommes en présence [...] de l'incapacité à penser concrètement l'autre dans les logiques de ses désirs et de ses besoins »¹⁰.

L'abandon du soin par le sujet SDF serait lié à « l'immense résistance au changement souvent opposée par les clochards à toute amélioration durable et structurelle de leur état »¹¹. De plus, « les clochards ne supportent que peu de temps le confort relatif des institutions de soin (que celles-ci soient ou non à vocation psychiatrique) avant de retourner volontairement dans la rue »¹².

⁵ DECLERCK, Patrick. Les Naufragés, avec les clochards de Paris. Paris, Editions Pocket, 2003, pag 292

⁶ Ibid pag 293

⁷ Ibid pag 297

⁸ Ibid pag 286

⁹ Ibid pag 335

¹⁰ Ibid pag 335

¹¹ Ibid pag 286

¹² Ibid pag 288

2.1.5. Conclusion

La lecture de cette œuvre m'a permis de reconnaître, en moi-même et au moment de ce stage, un manque de recul, une méconnaissance de la pathologie du lien, celle du sujet désocialisé, un trop plein d'investissement et un sentiment de toute puissance. Aussi, des préjugés sur La Boussole m'ont fait croire que son but serait celui de *sauver* les personnes de la grande précarité. Or après lecture de l'œuvre, je constate qu'il n'en est pas ainsi. J'en ai déduit que le but du soin auprès du sujet SDF doit rester très humble étant donné l'ambivalence de la relation soignant soigné avec un risque de rupture du lien et d'abandon du soin par le sdf.

Dans cette situation, je n'ai pas suffisamment considéré la pathologie du lien et donc, la dimension psychologique du patient peut-être car trop submergée par mes propres objectifs de soin ou par mon sentiment de toute puissance, lié, possiblement, à « l'illusion thérapeutique »¹³.

Aussi, j'ai trouvé un grand nombre d'éclairages à mes interrogations dans l'œuvre « les Naufragés » mais surtout, j'ai réussi à mettre des mots sur le débordement du poids porté par le sujet sdf dans la relation soignant soigné : des choses indicibles, qui sont de l'ordre de l'intolérable et de l'insupportable, la misère du monde.

La seule question que je souhaite retenir ici est la suivante : est-ce que dans un autre contexte de soin me serai-je autant investie et senti aussi déçue ? Aurai-je fixé de tels objectifs ? Si ce patient avait été admis au sein d'un service de dermatologie, aurai-je regardé ses plaies avant tout ?

Qu'en est-il dans un autre service tel que la chirurgie ?

2.2. La Chirurgie

Les 2 situations suivantes ont été observées lors d'un stage dans un Service de Chirurgie Digestive au sein d'un centre hospitalier public. Le service est divisé en 2 secteurs et accueille environ 30 patients. 2 infirmières et 2 aides-soignantes travaillent par équipe. Une stomathérapeute est présente 2 fois/semaine. Elle s'entretient avec les patients pour l'éducation à la gestion de la stomie. Mais c'est l'ensemble de l'équipe qui participe à l'apprentissage des soins de stomie au quotidien.

2.2.1. Situation n°1 :

La 1^{ère} situation concerne une patiente qui a la particularité d'être IBODE de métier, elle a 53 ans et est admise en vue d'une cholécystéctomie suite à une lithiase biliaire.

L'infirmière du secteur accueillant la patiente en question est de la même tranche d'âge que la patiente. Nous sommes à J-1, l'infirmière du service et moi-même, lors de la tournée *des médicaments*, rentrons dans la chambre de la patiente. Celle-ci semble ne pas être bien, elle est assise au bord du lit et elle pleure. Après les rites de cordialité : « bonjour », « je vous apporte les médicaments du matin », l'infirmière dépose les médicaments per-os et sort de la chambre.

Pour ma part, je dois changer les poches de perfusions. J'interroge la patiente sur ce qui ne va pas. Elle répond avoir mal dormi la nuit. Elle dit se sentir anxieuse vis-à-vis de l'intervention prévue. Je lui demande ce que je pourrai faire pour l'aider, sur ce elle me répond que je dois avoir beaucoup de travail à faire et qu'elle ne veut pas me retenir plus

¹³ DECLERCK, Patrick. Les Naufragés, avec les clochards de Paris. Paris, Editions Pocket, 2003, pag 335

longtemps. Je comprends, par cette réaction, qu'elle ne souhaite pas ma présence dans sa chambre plus longtemps.

Je transmets à l'infirmière du service qui dit ne pas comprendre la détresse de la patiente. Plus tard le sujet est évoqué lors des transmissions inter équipes, en présence du praticien hospitalier. L'ensemble de l'équipe réagit en unanimité et s'accorde sur le fait que la détresse morale et psychique de cette patiente n'est pas compréhensible, au regard de son métier d'IBODE ainsi que son âge. Le médecin prescrit un hypnotique disant que cela l'aidera à mieux dormir. L'ensemble de l'équipe semble approuver cette décision.

2.2.1.1. Mon avis

Pour ma part, je me retrouve dans un sentiment de *mal être* vis-à-vis de cette patiente : moi, stagiaire, qui demande à une infirmière hospitalisée, ce qui ne va pas.. Mon regard est-il porté sur son statut d'ide?... aussi, je ne comprends pas la réaction de l'infirmière qui aurait pu rester auprès de la patiente.

Enfin, c'est l'ensemble de l'équipe qui me surprend : personne ne propose une solution autre que la réponse chimique, tout le monde adhère à l'idée que cette dame n'a pas le droit à la souffrance du fait d'être IBODE et au regard de son âge. Alors que le processus d'identification soignant/soigné aurait pu être un élément facilitateur d'une empathie vers une relation d'aide, qu'est-ce qui a fait que ces mêmes éléments soient perturbés ou perturbateurs ?

2.2.1.2. Questionnement

- Qu'est-ce qui fait qu'une ou des composantes (biologique, psychologique, social, culturel et spirituel) de la personne soignée ne soit pas considérée dans le soin ? Qu'est-ce qui peut autoriser le soignant à faire l'impasse de cette ou ces composantes de la personne soignée ?
- Qu'est-ce qui peut bafouer le principe de bienfaisance ?
- Qu'est-ce qui a empêché de comprendre la détresse de cette patiente par l'ensemble de l'équipe ? Le fait qu'elle soit ide joue-t-il un rôle ? Quelles sont les représentations de l'équipe sur l'infirmière ? Qu'est-ce qui a mené l'équipe à adhérer de façon unanime à la décision du praticien à prescrire un hypnotique ?
- Quel a été mon investissement dans cette situation ?
- Quelle est la place du soin relationnel dans le soin ? Quel est le partenariat du soigné dans le soin ?
- Quel est le rôle de l'infirmière du service ? en quoi le rôle de l'infirmière joue-t-il sur la prise en considération de la dimension psychologique ?

2.2.2. Situation n° 2

Il s'agit d'un monsieur âgé de 62 ans, retraité (ancien travailleur des mines), admis pour une coloproctectomie et une colostomie suite à un cancer du rectum. Ce patient présente des antécédents d'éthylisme chronique et de cirrhose.

D'après mon vécu auprès de ce patient, je le décris comme étant une personne discrète et cohérente dans son discours. La seule personne qui lui rend visite est sa sœur. Le patient est hospitalisé depuis 13 jours. L'équipe procède à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

A cette occasion, l'infirmière incite le patient à regarder sa stomie, mais le patient s'y refuse. Les seules questions que le patient pose concernent sa stomie : « quand sera-t-elle enlevée ? » « A quoi ça sert ? ». Les infirmières répondent initialement à ses questions mais finissent par ne plus y répondre. Le patient dit ne pas comprendre pourquoi il porte cette

« chose » ni la nature de l'intervention. La stomathérapeute lui propose la visite d'un membre de l'association des stomisés de Strasbourg, ce qui a été refusé.

Le questionnement du patient a montré, au fil des jours, qu'il ne prenait pas conscience du besoin de la colostomie à vie. Jusqu'à son retour à domicile, il ne s'est pas montré intéressé par les soins de sa stomie. Une infirmière à domicile lui a été proposée.

Le jour de son retour à domicile, lors des transmissions inter équipes, la question de l'apprentissage de ce patient sur les soins de sa stomie a été soulevée. Une aide-soignante signale que Mr B n'était « pas apte » à gérer sa stomie du fait qu'il était « limité » dans sa tête et fait le lien avec ses antécédents d'éthylisme chronique.

D'emblée, l'ensemble de l'équipe dit être d'accord sur ce point. Seule une infirmière, récemment arrivée dans le service me précise que le patient semble plutôt faire un déni de sa pathologie. Elle n'évoque néanmoins pas son avis lors des transmissions.

2.2.2.1. Mon avis

J'ai le sentiment qu'il y a une lacune dans la prise en charge. Mais laquelle ? J'ai eu l'impression que le patient a été *abandonné*, l'équipe ne s'investissait plus dans l'ETP. La communication entre l'équipe et la stomathérapeute ne semblait pas être privilégiée, est-ce là une des lacunes ? Enfin, j'ai eu l'impression que l'équipe ne souhaitait pas prendre la responsabilité de l'échec de l'ETP en ayant un jugement négatif à son égard. L'équipe semble le réduire à un statut d'ancien alcoolique et s'appuie sur ça pour justifier la situation.

2.2.2.2. Questionnement

- Le patient fait-il un déni de sa pathologie ?
- Qu'est-ce qui a fait qu'à aucun moment l'équipe ne s'est réunie afin de revoir la prise en soin de ce patient ? Quel est le partenariat du soigné dans le soin ?
- Qu'est-ce qui fait qu'il y ait une adhésion de l'équipe à l'avis de l'aide soignante ? Quelles représentations de l'équipe sur ce patient ? En quoi elles jouent sur le « statut » du patient ? Est-ce que l'existence d'un professionnel spécialisé dans l'équipe permet qu'elle s'autorise à ne pas s'investir dans autre chose que l'aspect technique ? Quelle prise en compte des réactions de ce patient ?
- Y a-t-il un sentiment de culpabilité face au non aboutissement du projet d'ETP ? qu'est-ce qui a fait qu'il y ait un désinvestissement de l'équipe ?

2.2.3. Analyse

Lorsque je suis arrivée dans ce stage, j'avais des *a priori* liés à des représentations. Pour moi, la chirurgie constituait avant tout un lieu de haute technicité, un service spécialisé, où la notion *to cure* prend le pas sur le *to care*. On y soigne par la technique et le protocole, le patient y est admis pour une intervention chirurgicale afin de traiter une maladie physiopathologique.

Ces préjugés m'ont-ils menée à retenir ces situations de ce stage ? Ces situations convergent dans différents points, en effet, la prise en considération des réactions du patient semble ne pas être adéquate, le soignant ne s'investit pas ou plus, il y a une adhésion de l'équipe à un avis ou une décision, le patient semble être réduit à un statut : celui d'ide dans la 1^{ère}, celui d'ancien alcoolique dans la 2^{ème} et le partenariat du soigné semble ne pas avoir sa place dans le soin. Est-ce là, encore, une tentative de ne regarder l'autre que par le biais de ses propres représentations sur le sujet ? Pourquoi s'attacher à ses propres représentations ?

Dans un autre contexte, par exemple, celui de l'addictologie, concernant le 2^{ème} patient, sa prise en soin aurait-elle été axée sur le problème d'alcoolisme chronique tout en délaissant, alors, l'éducation thérapeutique à la gestion de sa stomie ?

2.3. Choix du sujet

Selon Walter Hesbeen, dans son œuvre « Prendre soin à l'hôpital », prendre soin c'est « *porter une attention à une personne qui vit une situation qui lui est particulière, et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien être et à sa santé* »¹⁴.

Au regard des situations (la Boussole et la chirurgie), quelque chose semble faire irruption dans la prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée. Mon sujet sera donc cet aspect de la prise en soin global : **la prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée**, en sachant que la psychologie comporte les aspects comportemental, cognitif et affectif ainsi que le fonctionnement psychique de la personne.

Avec ce sujet, je souhaite comprendre les valeurs de la pratique infirmière pour prendre en compte la dimension psychologique de la personne. Ainsi je pourrai mieux construire mon système de valeurs et reconnaître celui des autres. En tant que future professionnelle, je souhaite mieux appréhender le contexte de soin, les représentations que l'infirmière a d'un service et en quoi cela joue sur la considération de l'aspect psychologique du patient.

2.4. Intérêt professionnel du sujet

2.4.1. Textes réglementaires :

Selon le code de la santé publique, les articles suivants¹⁵ explicitent l'importance de la prise en considération des différentes composantes de la personne : physiologiques, psychologiques, économique, social et culturel :

- Article R4311-2 : « Les soins infirmiers [...] intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade » ; « Ils ont pour objet [...] en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle [...] »
 - o 2° de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels [...]
 - o 5° de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes »
- Article R4311-3 : « Il (l'infirmier ou l'infirmière) identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier »
- Article R4312-26 : « L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient ».

Selon la Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, « la personne malade a droit au respect de sa dignité »¹⁶. Selon la circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, « La personne hospitalisée est traitée avec égards. »¹⁷

¹⁴ HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante. Paris, Editions Masson, 1997, pag 29.

¹⁵ Article R4311-2 et 5 du Code de la santé publique relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière – Actes professionnels.

¹⁶ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

¹⁷ Circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées

2.4.2. Système de valeurs et posture professionnelle

Selon Charlaïne Durant, cadre de santé formateur à l'IFSI d'Annonay, le soignant doit à la fois interroger sur son propre système de valeurs et être en capacité de reconnaître celui des autres.

En philosophie, la valeur est « une norme de conduite personnelle ou sociale relevant de la morale ou de l'éthique, de la politique, de la spiritualité ou encore de l'esthétique »¹⁸. Aussi, les textes législatifs professionnels infirmiers se réfèrent à 6 valeurs qui sont la dignité, la liberté, l'égalité, la fraternité, la probité (honnêteté, intégrité) et la responsabilité. Selon Patrick Thominet, cadre de santé formateur à l'IFSI de l'AP-HP, « parmi les valeurs fondamentales, se retrouvent la tolérance, le respect ou la sollicitude qui ne supportent pas l'exception. C'est la raison pour laquelle elles sont qualifiées de valeurs absolues. Elles sont au cœur de la déclaration universelle des droits de l'homme, elles sont reconnues comme non transgressables. »¹⁹.

Aussi, l'infirmière doit mobiliser sa capacité à être et à soigner dans le souci de l'autre. En effet, et selon Alain de Broca, neuropédiatre au CHU d'Amiens et Carole Kohler, cadre expert à l'AP-HP, dans un article intitulé « Comment vivre le respect d'autrui en institution », « l'éthique est au cœur de son métier, car elle rentre dans l'intimité du malade. Si elle doit dispenser à ce dernier des soins curatifs, elle doit également l'aider à réparer des blessures narcissiques que la maladie entraîne »²⁰.

Enfin et selon Phillippe Svandra, dans son livre intitulé « le soignant et la démarche éthique », au sujet des origines de l'éthique soignante, « dans la compassion, il y a donc une prise de conscience de l'altérité, ce n'est pas nous qui souffrons de la souffrance de l'autre. La compassion ne va pas sans la reconnaissance d'une vulnérabilité commune.»²¹

Quelles sont les valeurs de l'infirmière en chirurgie ? Au sein d'une PASS ? Avec quelles valeurs ont-elles soigné les patients dans les situations d'appel ? En quoi le contexte de soin joue-t-il sur les valeurs de l'infirmière ? Néanmoins, si les rôles propre et sur prescription de l'infirmière sont une constante, le contexte de soin est, lui, variable. Aussi, lui sont inhérentes des représentations. Avec quelles représentations du contexte de soin l'infirmière soigne-t-elle ? Car le contexte agit sur la personne, reste à comprendre comment et pourquoi.

2.5. Entretiens exploratoires

2.5.1. Analyse des entretiens exploratoires en Chirurgie:

Les jeunes infirmières ayant été interrogées en services de chirurgie ont choisi d'y travailler dans un but de se spécialiser en actes techniques. Une IDE plus ancienne évoque la bonne ambiance du service comme motif pour l'intégrer. Ceci reflète les représentations de chacune des IDE avant d'intégrer les services de chirurgie.

Au regard des éléments de réponse aux questions et à l'opposé de mes préjugés sur le contexte de la chirurgie, je peux déduire que la technicité du service n'efface pas la prise en

¹⁸ DURAND C. Les valeurs au centre de la dynamique de l'ingénierie de l'UE 1.3.S1. Revue Info Cefiec, n°20, Janvier 2010, pag 9.

¹⁹ THOMINET P. Les valeurs en devenir. Revue Soins, n°754, Avril 2011, Pag 35

²⁰ De BROCA A. et KOHLER C. Comment vivre le respect d'autrui. Revue Soins. n°754, Avril 2011, pag 41

²¹ SVANDRA Philippe. Le soignant et la démarche éthique. Paris, 2009, Editions Estem, pag 23.

compte des réactions des patients. Au contraire, les infirmières interrogées évoquent des situations de patients en détresse psychologique qui les ont percutées. Il n'y a donc pas d'indifférence au regard de la dimension psychologique du soigné. Néanmoins, je retiens de ces entretiens le « sentiment d'impuissance » et « d'abandon » évoqués par les infirmières face aux situations difficiles.

L'une des 3 infirmières souligne l'importance de la présence d'une association venant en aide aux personnes récemment diagnostiquées, une autre évoque le soutien de la psychologue, qui apporte des conseils à l'équipe. Par conséquent, je conclus que dans un service de chirurgie, l'infirmière a le souci de prendre en compte l'altérité du patient et que certaines choses sont tout de même mises en œuvre dans ce sens : un psychologue et une association. Mais pourquoi les « sentiments d'abandon » et « d'impuissance » ? L'association ou la psychologue sont-ils suffisants ? Ces sentiments cachent-ils un sentiment de culpabilité ? de frustration ? de ne pas bien faire son travail ? Que faudrait-il pour que l'infirmière se sente satisfaite dans la prise en soin de la dimension psychologique de la personne soignée ? Pourquoi ce malaise face à la détresse du patient ?

Dans mes situations d'appel en chirurgie, les infirmières avaient-elles aussi un sentiment d'impuissance au regard des patients ? Se sentaient-elles soutenues ? Avaient-elles l'impression d'abandonner le patient ?

Ces entretiens m'ont permis d'avoir un nouveau regard sur les situations en chirurgie et de m'orienter vers le contexte de soin et ses enjeux sur le soin. Mais qu'en est-il dans d'autres domaines que la chirurgie ?

2.5.2. Analyse d'un entretien exploratoire en service de médecine : la Diabétologie

Ce service a comme particularité celle de mettre en œuvre beaucoup de moyens en faveur de l'ETP, celle-ci étant le socle du soin en diabétologie. En effet, 3 infirmières sont déployées uniquement à l'ETP, une salle est à disposition ainsi que différents matériels servant de support.

En une journée, une IDE dédiée à l'ETP peut ne prendre en soin que 3 patients. Aussi, une association (l'Association Française du Diabète) est présente dans le service 1*/semaine et des patients anciennement diagnostiqués sont, parfois, conviés à discuter avec ceux dont le diagnostic est plus récent.

L'infirmière ayant répondu à mes questions évoque des raisons personnelles pour avoir choisi de travailler au sein de ce service : un membre de sa famille devenu diabétique. Au regard des situations difficiles elle dit accorder le temps nécessaire au patient, sinon, elle dit « passer la main » à une autre IDE avec qui le contact passe mieux. Les décisions prises en équipe lui conviennent dans la majorité des cas même si les médecins laissent à « la charge » de l'infirmière les questions liées à la détresse psychologique du patient au regard de sa maladie. Par ailleurs, il semble que dans le service, il y a plus de discussion en équipe concernant l'ETP, et donc, de sa compte de la dimension psychologique, en effet, déceler le stade d'acceptation de la maladie est un pré requis à l'ETP. Enfin, les infirmières en diabétologie entretiennent des liens avec le patient sur des mois, voir des années, en effet, les patients diabétiques sont susceptibles de revenir dans le service pour un déséquilibre du diabète ou pour une aggravation des complications.

A l'inverse des entretiens en chirurgie, on ne retrouve pas les mots tels que « sentiment d'impuissance » ou « d'abandon ». L'infirmière questionnée semble avoir plus de soutien, compter sur d'autres personnes et pouvoir prendre le « temps nécessaire ». Est-ce

le fait que l'ETP soit considérée comme le pilier du soin en diabétologie qui valorise le travail de l'infirmière à ce niveau ?

2.5.3. Conclusion des entretiens exploratoires

Qu'il s'agisse du service de chirurgie ou de diabétologie, les médecins semblent laisser à la charge des infirmières la prise en compte de la détresse psychologique du patient. Sont-elles, à leur tour, en quelque sorte, abandonnées ? Aussi, même si l'existence d'un psychologue dans le service ou d'une association peut être rassurante, l'infirmière reste au premier plan face au patient, c'est elle l'interlocutrice, la première personne à entendre ou à déceler la détresse psychologique du patient. Dans ce positionnement, si proche du patient, peut-elle se sentir responsable, plus que les autres professionnels et intervenants, de la prise en compte de la dimension psychologique du soigné ? Se sent-elle suffisamment valorisée pour assumer un tel rôle auprès du patient et de l'équipe ?

Les situations d'appel mettent-elles en évidence un refus ou un déni de cette responsabilité ? Un manque de valorisation au sein du service pour cet aspect de la prise en charge du patient ? Mais pour quels motifs ? Dans la 1^{ère} situation d'appel en chirurgie, la prescription d'un hypnotique par le praticien a-t-elle pour rôle celui de soutenir l'équipe dans la difficulté de prise en soin de la détresse de la patiente ? Etant donné qu'elle est infirmière, cet acte renforce-t-il les représentations sociales sur l'infirmière ?

2 éléments en diabétologie semblent avoir une incidence sur une meilleure prise en soin de la dimension psychologique du soigné : la discussion en équipe de l'ETP et le fait de revoir, régulièrement, les patients. La discussion en équipe permet-elle le partage du vécu des émotions de l'infirmière ? Se sent-elle, ainsi, moins seule face à la détresse du patient ? Aussi, le fait de savoir qu'elle reverra le patient lors d'une hospitalisation ultérieure, est-ce là une façon de ne pas ressentir le « sentiment d'abandon » si présent en chirurgie ?

2.6. **Mise en question du sujet**

Compte tenu des situations d'appel ainsi que des entretiens exploratoires, c'est surtout le contexte de soin et les représentations que je souhaite développer. A ce propos, plusieurs questions sont possibles : le regard soignant porté sur la personne est-il le même en service de chirurgie qu'au sein d'une PASS ? Une même infirmière exerce-t-elle ses fonctions avec le même rôle quel que soit le contexte de soin ? Au dépend de quoi son rôle va être différent ? Y a-t-il une influence du contexte de soin sur les valeurs de l'infirmière ? sur sa posture professionnelle ? sur la prise en compte de la dimension psychologique ? Ses représentations vont-elles influencer sa pratique quotidienne ? Ses motivations à travailler dans un service ?

2.7. **Question de départ**

La prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée peut-elle être influencée par les représentations que l'infirmière a du contexte de soin ?

Mots clés : *Dimension psychologique du soigné, contexte de soin et représentations.*

3. Phase de problématisation

3.1. Principaux concepts et définitions

3.1.1. Contexte

Selon le Petit Robert, le contexte c'est l'« ensemble des circonstances dans lesquelles s'insère un fait »²². Le contexte est composé d'une dimension spatio-temporelle dans laquelle s'opère une situation à un moment précis.

Afin de mieux comprendre le contexte des situations en chirurgie, on peut retenir la définition de l'hôpital selon Françoise Acker, sociologue, « l'hôpital est aussi le lieu de socialisation primaire des infirmières, le lieu qui participe à la constitution de l'image des soins, de leur objet, comme de la posture des infirmières par rapport à l'objet de leur travail, à savoir les soins. »²³

Concernant les PASS (la Boussole), selon Isabelle Parizot, sociologue, on peut retenir qu'elles font partie des « structures intermédiaires, entre la désaffiliation et le droit commun, dans lesquelles les plus désocialisés osent se rendre étant donné leur image et leur proximité. »²⁴ La désaffiliation étant une situation de décrochage où l'individu n'est plus inscrit dans les régulations collectives. La Boussole reste intégrée à l'hôpital transmettant une image de soin avant tout. Cependant, l'accès n'étant contraint à aucune condition administrative et le lien social étant mis en avant, la Boussole garde un caractère de proximité, de tolérance et d'accessibilité.

3.1.2. Représentation

Selon le Petit Robert, la représentation est le « processus par lequel une image est présentée aux sens »²⁵.

Afin de poursuivre cet essai de compréhension, il me paraît important de définir les représentations sociales. Sous l'angle sociologique, « les représentations sociales correspondent à une exigence fondamentale de la pensée humaine : la nécessité de représenter le réel, que celui-ci est à la fois divers et appréhendable d'une multitude de points de vue »²⁶.

Suite aux différentes lectures et aux cours en IFSI, je défini les représentations comme une certitude ayant pour fonction de rassurer l'individu.

3.1.3. Altérité

Afin de mieux appréhender la notion de prise en compte de la dimension psychologique du patient, j'ai choisi de commencer par comprendre le concept d'altérité. En effet, dans les situations de soin, percevoir les réactions et sentiments d'autrui, ses demandes et ses besoins à un moment donné, afin de pouvoir y répondre au mieux, suppose de considérer l'autre comme un sujet avant tout. C'est le mot altérité qui me semble le plus approprié afin d'aborder cet aspect de la prise en soin holistique.

²² ROBERT, Paul. Le Nouveau Petit Robert. Paris, Editions Dictionnaires Le Robert, 2000, pag 512

²³ ACKER, F. Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? Recherche en Soins Infirmiers, n°93, Juin 2008, pag 61.

²⁴ PARIZOT, Isabelle. Soigner les exclus ; Le lien social. Paris, Presse Universitaire de France, 2003, pag 85

²⁵ ROBERT, Paul. Le Nouveau Petit Robert. Paris, Editions Dictionnaires Le Robert, 2000, pag 2179

²⁶ FERREOL, G. Dictionnaire de sociologie. Paris, Edition Armand Colin, 2002, pag 189.

Selon le Petit Robert, l'altérité c'est le « fait d'être un autre, caractère de ce qui est autre »²⁷.

Sous l'angle anthropologique, voici ce que Ali Aït Abdelmalek, sociologue et anthropologue et Jean Louis Gérard, cadre infirmier formateur, en disent : « le point clé des sciences sociales est axé sur la notion d'altérité, c'est-à-dire sur les modalités particulières par lesquelles nous entrons en contact avec un autre, lorsque nous acceptons sa singularité dans sa différence culturelle et son unicité »²⁸.

Suite aux cours des UE des sciences humaines sociales et droit, je défini l'altérité comme la reconnaissance de l'autre dans sa différence.

3.2. Les approches possibles

L'approche psychologique aurait l'ambition d'étudier le sujet : le soignant et/ou le soigné. L'approche psychanalytique, axée sur les théories freudiennes du conscient et de l'inconscient serait elle aussi centrée sur le sujet et l'objet de sa pulsion. L'Homme étant unique, ces approches sont néanmoins nécessaires afin de comprendre la relation soignant-soigné et les mécanismes de défense que le soignant adopte afin de s'éloigner de la maladie, du malade ou de la mort. P. Declerck étant psychanalyste et philosophe, c'est par ces deux approches que j'ai pu mieux appréhender le sujet SDF et la relation soignant-soigné dans le contexte de la Boussole.

Dans les différentes situations d'appel, l'aspect psychologique est au centre même du questionnement et du sujet de mon travail. Aussi, les entretiens exploratoires mettent en évidence des sentiments « d'impuissance » et « d'abandon » pour les infirmières face à des situations compliquées. Cependant, ces deux approches ont pour danger de réduire l'importance du contexte de soin ainsi que les dynamiques de groupe au sein d'une institution.

L'approche sous l'angle de l'éthique, basée sur les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non malfaisance et de justice pourrait éclairer la question de départ. En effet, le principe de bienfaisance semble avoir été bafoué dans les différentes situations d'appel. Cependant, à elle seule, les représentations sociales de l'infirmière ainsi que le contexte de soin ne peuvent être appréhendés.

L'approche philosophique est nécessaire afin d'éclairer le concept d'altérité mais serait insuffisante pour étudier l'individu, le groupe et l'influence du contexte.

3.2.1. Approches choisies

Selon Chantal Couvreur, la socialisation est « l'action du milieu socio culturel sur l'individu. L'individu est ainsi amené à des comportements habituels aux membres de son groupe »²⁹. La sociologie est donc l'étude du processus inconscient d'insertion au sein d'un groupe social. Une équipe, une institution, une communauté sont considérés comme des groupes sociaux. La communauté des infirmiers est donc un groupe social dans lequel l'insertion de l'individu a pour but de lui faire acquérir le comportement de ce groupe.

« L'anthropologie est l'étude des cultures ou [...] des différentes sociétés sous l'angle de leur culture »³⁰ et « cette discipline s'intéresse au processus de socialisation

²⁷ ROBERT, Paul. Le Nouveau Petit Robert. Paris, Editions Dictionnaires Le Robert, 2000, pag 72

²⁸ ABDELMALECK, Ali Aït et GERARD Jean-Louis. Sciences humaines et soins. Paris, Editions Masson, 2001, pag 5

²⁹ COUVREUR, Chantal. Sociologie et l'hôpital. Paris, Editions De Boeck, 1979, pag 35

³⁰ ABDELMALECK, Ali Aït et GERARD, Jean-Louis. Sciences humaines et soins. Paris, Editions Masson, 2001, pag 75

comme enchaînement des processus par lesquels l'individu devient membre de sa société et porteur de sa culture. »³¹ Une culture est un ensemble de systèmes symboliques (valeurs, règles, traditions, normes de conduite, etc), elle est aussi une spécificité humaine qui présuppose le langage.

L'approche anthropologique ainsi que l'approche sociologique me semblent les plus appropriées pour étudier les représentations qui s'opèrent au sein d'un contexte, l'institution, et leur influence sur la prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée. L'approche organisationnelle sera également utile afin d'explicitier le travail de l'infirmière au sein d'un contexte de soin.

3.3. Essai de compréhension

Cet essai de compréhension reprend les 3 principaux concepts définis en amont mais aussi ceux qui en découlent et qui peuvent expliciter et / ou éclairer la question de départ. Il est réalisé sous l'angle de la sociologie et de l'anthropologie afin de mieux appréhender les situations d'appel ainsi que les entretiens exploratoires. Mon positionnement au regard des éléments théoriques se traduit par un questionnement continu tout au long de ce travail.

3.3.1. Le contexte

Le contexte mérite, selon moi, d'être décliné, dans un premier temps, dans sa dimension globale et sociétale, c'est-à-dire, le contexte général dans lequel s'inscrivent les situations d'appel ; puis dans un deuxième temps, et de façon succincte, je décris les principales différences entre le contexte d'une PASS et celui de la chirurgie.

3.3.1.1. Contexte général

Les médias prennent une place majeure dans la définition du contexte et sa redéfinition en temps voulu. Les médias, parmi d'autres éléments ont un rôle important dans l'alimentation des représentations et le renforcement des clivages de la société, tel que la distinction entre le normal et le pathologique.

Concernant le soin, la maladie et la santé, les médias apportent une nouvelle vision des choses suite à des changements politiques, des faits divers, ou autres événements ayant un impact sur la façon de se représenter mentalement des notions.

« La maladie est d'abord un fait social »³² on pourrait faire analogie à la tuberculose au regard de l'ampleur de la contamination du bacille de Koch. Mais ce n'est pas tellement à cela qu'A.A. Abdelmaleck et J-L. Gérard souhaitent faire référence. La maladie est abordée par chacun et en premier lieu par ses propres représentations.

La toute puissance médicale, la technicisation des soins ainsi que les progrès médicaux ont fait qu'aujourd'hui « le discours médicale est un discours sur la maladie et non sur l'Homme. »³³ Pour mieux le comprendre, Ali Aït Abdelmalek et Jean Louis Gérard citent « de ce qui est dit, éprouvé par le malade, le médecin « fera le tri », ne retiendra que ce qui résonne (et raisonne) dans le discours médical »³⁴. Ainsi, l'on pourrait croire que le métier d'infirmier peut se cantonner à ce qui résonne du point de vue médical, réduisant ainsi son rôle à celui sur prescription. L'infirmière peut-elle être tentée de faire le tri, à son tour, en ne

³¹ ABDELMALECK, Ali Aït et GERARD, Jean-Louis. Sciences humaines et soins. Paris, Editions Masson, 2001, pag 76

³² Ibid pag 2

³³ Ibid pag 14

³⁴ Ibid pag 25

retenant que ce qui raisonnera pour elle ? L'influence de la toute puissance médicale sur l'infirmier peut-elle en arriver là ? Qu'en est-il, alors, de l'autonomie et de la réflexion infirmière ?

Le clivage de la société sur le normal, donc la santé et le non normal, donc la maladie, a bien des conséquences. De plus, « référer le normal à un model, serait postuler une normalité idéale, celle dont rêvent les parents pour leur enfants, les soignants pour les soignés »³⁵.

Dans la situation de La Boussole, auprès du sujet SDF, étais-je dans une tentative de normaliser le patient ? Les infirmières des situations d'appel auraient-elles voulu que les patients soient des patients dits normaux, c'est-à-dire, des patients conformes à des normes convenables ? Mais convenables à qui ? Au soignant ?

Au sujet du clivage entre la maladie et la santé, Ali Aït Abdelmaleck et Jean Louis Gérard énoncent l'hypothèse que « la santé et la maladie s'inscriraient dans un continuum où personne n'est vraiment en bonne santé ni totalement malade »³⁶. Ainsi, il n'y a pas de frontière entre l'un et l'autre.

Mais revenons à la technicisation massive du soin qui s'est opérée ces dernières années. Point de vue historique, les infirmières avaient pour rôle premier celui de mater, de venir en aide, d'assister les blessés. Les progrès médicaux ont fait apparaître les soins techniques, l'infirmière devient technicienne, exécutante de soins sur prescription médicale. Selon A. A. Abdelmalek et J-L Gérard, « la médicalisation des soins nous aurait fait perdre cette approche de l'homme dans son environnement, son milieu de vie en technicisant les représentations des soins »³⁷.

Comment expliquer une demande accrue de soins alternatifs, tels que la sophrologie, l'hypnose, etc ? Est-ce l'effet revers de la technicisation du corps ? L'individu a-t-il le sentiment d'avoir une partie de lui-même, celle de son esprit, anéantie ? Le modèle de recueil de données, selon M. Gordon, inclut un chapitre sur les valeurs et croyances de la personne soignée. Ce modèle aurait donc tendance à rétablir corps et esprit comme une unité.

L'infirmière a, donc, pour rôle celui de rétablir cette unicité, l'Homme comme un tout, un être de corps et d'esprit. Ceci est inscrit dans les textes qui régissent la profession, en effet, les soins infirmiers doivent considérer toutes les dimensions du sujet : physio, biologique, psychologique, économique, social et culturel.

3.3.1.2. Le contexte de soin au sein d'une PASS et de la chirurgie

Dans les différentes situations, les contextes de soin sont bien distincts : à la Boussole, le but du soin est avant tout celui de créer et maintenir un lien social. Dans le contexte de la chirurgie, le but du soin reste celui de *traiter (to cure)* une pathologie bien précise. La chirurgie renvoie l'image du corps scindé en différentes parties : le sujet n'est plus un tout, mais devient la somme des différentes parties ou organes..

En chirurgie, l'infirmière est-elle autorisée par la *culture du service (to cure)* à s'abstenir de *soigner (to care)* ? Selon Ali Aït Abdelmalek et Jean Louis Gérard, les progrès médicaux seraient en partie responsables de cette division de l'Homme : « L'institution médicale et tous ceux qui en dépendent, doivent s'interroger sur les raisons qui les ont amenés à répondre à

³⁵ ABDELMALECK, Ali Aït et GERARD, Jean-Louis. Sciences humaines et soins. Paris, Editions Masson, 2001, pag 32

³⁶ Ibid pag 35

³⁷ Ibid pag 95

une telle demande d'hyper-spécialisation là où la partie prend plus de valeur que le tout »³⁸. Cependant, « la maladie du malade se distingue de la maladie du médecin en ce sens que la maladie du malade transforme son expérience au monde »³⁹.

L'intégration de l'ETP au sein d'un service de chirurgie est-elle entravée par la notion *to cure*, dominante en chirurgie ? L'ETP peut-elle y être autant valorisée qu'en service de diabétologie ?

3.3.2. L'organisation du travail

Le service de chirurgie est un service conventionnel qui fonctionne 24 h sur 24 et 7 jours sur 7. Afin de mieux comprendre le travail infirmier au quotidien et son impact sur la prise en soin holistique dans les situations de chirurgie, la notion d'organisation du travail devient incontournable.

Au sein de l'institution hospitalière, des réaménagements s'opèrent depuis quelques années, notamment depuis la loi H.P.S.T. 2009-879 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients. L'un des réaménagements intéressant, selon moi, la question de départ, est la réduction de la DMS (Durée moyenne de séjour).

Selon F. Acker, sociologue, « Le raccourcissement accru de la durée de séjour entraîne l'apparition d'une nouvelle combinatoire des modes de prise en charge »⁴⁰. Aussi la réalisation de soins spécifiques (prise de sang avant le petit déjeuner, toilettes après le petit déjeuner, réfection des lits avant les réfections de pansements, etc) pour l'ensemble des patients aux mêmes moments tend à augmenter la charge de travail à ces mêmes moments mais aussi à « gommer la variabilité des situations personnelles des patients, de leur réactions à la maladie [...] et rend, en même temps, plus difficile une attention particulière à chacun de la part des infirmières »⁴¹. C'est aussi ce qu'on appelle le Taylorisme, une méthode d'organisation s'appuyant sur la division du travail en petites tâches répétitives.

Les notions de temporalité du soignant et du soigné ne sont, de toute évidence, pas les mêmes. Est-ce pour cette raison que l'on peut entendre les infirmières citer le manque de temps comme une contrainte dans leur quotidien ?

F. Acker souligne que « les soins liés à la prescription médicale, les pansements, les surveillances des patients, constituent des tâches centrales »⁴². L'infirmière doit-elle hiérarchiser les tâches ? Pour ce qui concerne l'écoute et l'accompagnement, « les infirmières et les aides-soignantes tendent à être attentives à des sentiments, des problèmes psychologiques anticipés dans le cadre d'une intervention »⁴³.

Concernant les situations d'appel en chirurgie, s'agissait-il de problèmes psychologiques non anticipés ? Pourtant, une stomie ou une cholécystéctomie sont des interventions récurrentes en chirurgie digestive. Pourrait-on dire que ces 2 interventions peuvent engendrer les mêmes problèmes psychologiques pour tous les patients ayant subi les mêmes opérations ? L'expression des détresses psychologiques par les patients était-elle faite à des mauvais moments, pouvant perturber la hiérarchisation des tâches ?

³⁸ ABDELMALECK, Ali Aït et GERARD, Jean-Louis. Sciences humaines et soins. Paris, Editions Masson, 2001, pag 38

³⁹ Ibid pag 62

⁴⁰ ACKER, F. Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? Recherche en Soins Infirmiers. n°93, Juin 2008, pag 62.

⁴¹ Ibid, pag 62

⁴² Ibid pag 63

⁴³ Ibid pag 63

Concernant les entretiens exploratoires en chirurgie ORL, la détresse du patient trachéotomisé devrait être, donc, récurrente dans un tel service. Alors que dans l'un des entretiens, l'infirmière évoque une situation difficile d'un patient trachéotomisé : il était hospitalisé pour une gastroscopie, mais suite à la découverte d'une tumeur, le patient a été trachéotomisé. Était-ce la brutalité de l'intervention pour le patient qui a rendu sa détresse plus difficile à prendre en soin ? Aussi, son éloignement familial pouvait-il le rendre plus vulnérable ? Voilà deux facteurs faisant que le problème psychologique suscité par la trachéotomie ne peut être un problème anticipé. Et même si le problème du patient pouvait l'être, pourrait-il être mieux soigné qu'un problème non anticipé ?

Peut-on affirmer qu'il existe des problèmes psychologiques anticipés et d'autres pas ? Car, chacun a un vécu différent de sa maladie, transformant et personnalisant ainsi le problème psychologique.

Le temps semble être une notion bien particulière aux yeux des infirmières. En effet, selon Anne Vega, spécialisée en anthropologie de la maladie, « A l'hôpital, le temps de travail est vécu par à-coups, ponctué de temps morts lors des pauses durant lesquelles il s'arrête parfois complètement, avant de ressurgir brusquement dans la conscience des soignantes sous la forme de surcharge de travail (réelle ou supposée) à venir. »⁴⁴ A propos de la division des soins, Anne Vega soulignait déjà « les répercussions humaines des modes de travail parcellisés qui caractérisent les grands établissements de soins. Elles sont particulièrement importantes chez les infirmières des équipes de jour, souvent persuadées de devoir assumer au coup par coup et individuellement une quantité incontrôlable d'informations souvent incohérentes, d'événements particuliers difficilement maîtrisables, susceptibles de survenir à chaque instant. »⁴⁵

La prise en compte de la dimension psychologique du soigné peut-elle être, donc, perçue comme un de ces événements difficilement maîtrisables ? La représentation que l'infirmière se fait de son temps peut donc avoir un impact sur les notions de sollicitude et du soin.

Pour reprendre le terme de la temporalité et le regroupement des soins à des mêmes moments pour tous les patients, F. Acker évoque la « segmentation des soins »⁴⁶ comme une contradiction à la prise en soin holistique. En effet, cette segmentation suppose une tâche bien définie à un temps précis. Y a-t-il une place pour une tâche inattendue, telle que l'écoute du patient lorsque celui-ci évoque ses problèmes personnels ?

On peut conclure qu'il y a une tension permanente entre le temps du soignant et celui du soigné. Dans l'entretien exploratoire en diabétologie, le temps ne semble pas être une contrainte. L'infirmière s'adapte-t-elle à la temporalité du soigné ? Est-ce là un facteur favorisant la prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée ?

Au sein de la Boussole, le soin repose sur une demande exprimée à un temps qui est décidé par le soigné : le moment où il vient à la Boussole. A l'inverse du contexte de la chirurgie, le soin va être donné à un moment convenable pour le soigné, du moment, tout de même qu'il respecte les horaires d'ouverture.

Au regard de ce qui est dit par F. Acker, on peut supposer que la réduction de la DMS influe sur la qualité du soin relationnel. Plusieurs infirmières rencontrées dans mon parcours d'étudiante, m'ont affirmé que le soin relationnel est faisable pendant le soin technique. Cependant, comment associer l'organisation du travail exigeant des soins à des

⁴⁴ VEGA, Anne. Une ethnologue à l'hôpital. Paris, Editions des Archives contemporaines, 2000, pag 55

⁴⁵ Ibid pag 58

⁴⁶ ACKER, F. Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? Recherche en Soins Infirmiers. n°93, Juin 2008, pag 65.

moments précis, une hiérarchisation des tâches et une répartition équitable des soins pour tous les patients avec une écoute attentive lorsque le soigné en exprime le désir ou le besoin ? Ce type d'organisation des soins a-t-il une influence sur les représentations que l'infirmière se fait sur son travail au quotidien ? Si ce type d'organisation n'inclus pas la prise en compte de la dimension psychologique du soigné, l'infirmière peut-elle faire l'impasse, alors, sur cette tâche ? Est-ce ainsi qu'elle devient inattendue ? Est-ce là la première difficulté de l'infirmière au regard de la prise en soin holistique ?

3.3.3. La « contamination symbolique »⁴⁷

Afin de mieux comprendre les chapitres suivants, je dois aborder la question de la « contamination symbolique »⁴⁸. Voici ce que C. Mercadier, sociologue et formatrice en IFSI en explique dans son ouvrage sur les expériences émotionnelles des soignants à l'hôpital « Le travail émotionnel des soignants ». Lorsque l'on parle de la relation soignant-soigné, il me semble incontournable d'évoquer les émotions vécues par les soignants ainsi que tout le travail de mise à distance. A ce sujet, C. Mercadier évoque le danger de contracter la maladie ou la mort, comme si il s'agissait d'un virus présent dans l'air de l'hôpital. Cette notion renvoie aux représentations collectives sur la maladie et sur la santé. La santé serait perçue plus comme une normalité, une règle à suivre. La maladie serait donc déviante, hors norme.

Si le « danger de contamination symbolique »⁴⁹ est omniprésent par le côtoiement de la maladie, la souffrance et de la mort en milieu hospitalier, c'est avec une discrétion certaine que l'infirmière le reçoit de plein fouet et tente, au quotidien, de s'en défaire. L'auteur met en exergue la solitude de l'infirmière dans ce travail émotionnel qui se fait par différentes stratégies : une tentative de mise à distance du corps malade comme le témoignent certains rites tels que le port de la blouse blanche, la neutralisation des ressentis au quotidien par le biais d'une euphémisation des émotions ainsi qu'un investissement dans la vie extérieure, celle des loisirs, de la famille ou des amis.

Concernant le mimétisme évoqué, déjà par A. Vega, spécialisée en anthropologie de la maladie, C. Mercadier l'explique de la façon suivante : « La contamination symbolique relève d'un processus identificatoire »⁵⁰, « lorsque les mesures déployées par les soignants sont inefficaces, ces derniers (les soignants) vont alors ressentir les mêmes symptômes que les malades dont ils s'occupent »⁵¹. Par ailleurs, « d'autres éléments que le soignant a en commun avec le malade (similitude de prénom, d'âge, de lieu d'habitation, de profession de parents ou de conjoints, etc.) favorisent le processus. »⁵²

Est-ce donc de tout cela dont les infirmières tentent de se défaire ou d'éviter dans les situations d'appel en chirurgie ? En abandonnant le soin et les liens sociaux créés au sein de la PASS, le sujet SDF était-il dans l'évitement de la *normalité* ?

3.3.4. Les représentations

Il existe différents types de représentations : celles collectives et celles individuelles dont celles forgées par le champ professionnel. C'est dans un contexte de soin bien défini que se créent de nouvelles représentations. Selon A. A. Abdelmalek et J-L Gérard, « la

⁴⁷ MERCADIER, Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris, Editions Seli Arslan, 2008, pag 271

⁴⁸ Ibid pag 271

⁴⁹ Ibid pag 271

⁵⁰ Ibid pag 271

⁵¹ Ibid pag 271

⁵² Ibid pag 271

réalité s'impose rarement au regard. Elle est déjà préconstruite, notamment par les perceptions professionnelles mais aussi les habitudes personnelles »⁵³.

D'après la définition de la représentation selon le Dictionnaire de sociologie, les représentations sociales sont une « exigence fondamentale de la pensée humaine ». Autant dire, qu'elles sont incontournables dans tous les domaines, dont celui du soin. Le réel est donc appréhendable sous une « multitude de points de vue », donc, pour un même objet ou concept abstrait, l'Homme aura différentes représentations. L'infirmière en a-t-elle conscience dans sa pratique au quotidien ? En avais-je conscience dans les différentes situations d'appel ?

A l'issu des différents entretiens, j'ai conclu que les infirmières choisissent le service dans lequel travailler parce qu'elles se font une image de ce même contexte de soin, donc, elles ont, au départ, des représentations. D'après les différents auteurs, les infirmières acquièrent de nouvelles représentations, celles du champ professionnel.

Les représentations sociales s'imbriquent dans le processus de socialisation et sont étroitement liées au contexte dans lequel l'individu vit. Attribuer un statut au patient, rappelons-nous, dans les situations d'appel, celui d'ancien alcoolique ou celui d'IDE ou bien encore celui de victime de la société, serait-ce une façon de faciliter la compréhension du sujet en le renvoyant à un groupe social ? Ou bien de justifier la situation ? Ou bien une façon de distinguer le « bon malade »⁵⁴ du « mauvais malade »⁵⁵ comme le souligne Anne Vega dans son œuvre « Une ethnologue à l'hôpital »? Les « mauvais malades »⁵⁶ sont ainsi caractérisés : « les comportements différents et persistants au cours de l'hospitalisation sont souvent rapportés à de « mauvaises habitudes » culturelles à rééduquer, ou encore à la faiblesse du patient qui n'a pas su se défaire de traits psychologiques négatifs, propres à son groupe »⁵⁷.

Dans les situations d'appel, les patients ont-ils été regardés au travers les représentations que chacun se fait, représentations qui deviennent communes à tous, afin de maintenir une cohésion de pensée au sein de l'équipe ? Dans la situation de la Boussole, j'ai peut-être accordé le statut de SDF au sujet avant tout. Peut-être me suis-je attribué un statut de personne normale ?

D'après A. Vega, « les groupes socio-culturels déjà fortement investis par les médias sont susceptibles d'être abordés comme tels, et de devenir l'objet de classifications très répandues dans les hôpitaux (les « riches », les « toxicos », les « alcoolos », les « clodos », les « Maghrébins », les « vieux »), effaçant parfois totalement le caractère pathologique de leur maux »⁵⁸. Est-ce ainsi que j'ai mal ou pas considéré la pathologie du lien chez le sujet SDF ?

Si l'on considère que les représentations sociales ont comme rôle celui de rassurer l'individu par des certitudes, comment faire abstraction de ses propres représentations afin de prendre en compte la dimension psychologique, tout en restant intégré à l'équipe ? Y a-t-il un risque de rejet par l'équipe en cas de non adhésion à une représentation ?

⁵³ ABDELMALECK, Ali Aït et GERARD, Jean-Louis. Sciences humaines et soins. Paris, Editions Masson, 2001, pag 109

⁵⁴ VEGA, Anne. Une ethnologue à l'hôpital. Paris, Editions des Archives contemporaines, 2000, pag 106

⁵⁵ Ibid pag 97

⁵⁶ Ibid pag 97

⁵⁷ Ibid pag 107

⁵⁸ Ibid pag 37

Selon A. Vega, attribuer un statut à un patient ferait parti du processus de défense contre le risque de « contamination symbolique »⁵⁹ tout comme la blouse blanche ou bien les limites d'entrée dans les salles de pause. En effet : « Les habitudes d'étiquetage et de stigmatisation se révèlent alors être des armes les plus redoutables pour contrer les processus de mimétisme très insidieux qui travaillent le corps infirmier, enfermé comme ses malades dans un monde pathogène »⁶⁰.

Dans les situations d'appel, s'agit-il donc de se mettre à l'écart du malade afin d'éviter de contracter sa maladie ? Ou bien d'une charge émotionnelle trop importante ? Cette mise à l'écart a-t-elle été d'autant plus grande dans la situation en chirurgie auprès d'une patiente IBODE, puisqu'il la patiente elle-même faisait partie de la communauté des infirmières ? Est-ce là une façon d'assurer son identité professionnelle ?

En chirurgie, les « mauvais malades »⁶¹, selon A. Vega, seraient-ils ceux qui, outre les soins techniques, demandent ou attendent des soins relationnels avec une nécessaire prise en compte de leur dimension psychologique : leurs réactions, comportements, etc ? Au sein des PASS, les « mauvais malades »⁶² sont-ils ceux refusant la normalité ?

3.3.5. La dynamique des groupes

La notion de dynamique des groupes prend, ici et selon moi, toute sa place. La première particularité à prendre en compte est le contexte de l'institution. Sous l'angle de la sociologie, Chantale Couvreur la définit comme « un ensemble cohérent et durable d'idées et de croyances, d'usages et de comportements, d'éléments matériels »⁶³. Aussi, elle admet qu'il existe des modèles de comportements car « chacun sait comment s'y comporter »⁶⁴. Cependant, ce modèle convient-il à tous les soignants au sein d'une équipe ? Les soignants y adhèrent-ils tous ? Un phénomène pouvant expliquer l'adhésion à un modèle de comportement est celui de l'acculturation.

Sous l'angle de l'anthropologie, le phénomène d'acculturation s'imbrique au processus de socialisation. L'acculturation entraîne des changements dans les modèles culturels initiaux de l'individu et lui permet de s'imprégner d'une culture qui vient enrichir la sienne. L'acculturation est un « processus d'intégration d'un individu ou d'un groupe à un milieu culturel étranger, résultant d'un contact direct et prolongé avec celui-ci, et assimilation de ses manières de vivre, d'agir... »⁶⁵ Je conclus, ainsi, que l'infirmière assimilera également les représentations collectives, les valeurs, les règles, les modes de conduite et les normes inhérents au service dans lequel elle travaille dans un but d'assurer une cohésion de pensée et de comportement au sein de l'institution.

Concernant l'intégration d'un nouveau soignant, un autre phénomène, la ritualisation, similaire à l'acculturation, permet au nouvel agent d'acquérir la culture hospitalière, et du service plus précisément : « par ritualisation j'entends le développement de comportements stéréotypés et répétitifs destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse

⁵⁹ MERCADIER, Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris, Editions Seli Arslan, 2008, pag 271

⁶⁰ Ibid pag 195

⁶¹ VEGA, Anne. Une ethnologue à l'hôpital. Paris, Editions des Archives contemporaines, 2000, pag 97

⁶² Ibid pag 97

⁶³ COUVREUR, Chantal. Sociologie et l'hôpital. Paris, Editions De Boeck, 1979, pag 39

⁶⁴ Ibid pag 44

⁶⁵ ABDELMALECK, Ali Aït et GERARD, Jean-Louis. Sciences humaines et soins. Paris, Editions Masson, 2001, pag 351

informe des profanes »⁶⁶. Il y a là une puissante allusion au sentiment d'appartenance au groupe mais aussi à la notion d'identité professionnelle. L'infirmière ressent-elle le besoin d'appartenir à la communauté des infirmières en adoptant les modèles inscrits dans cette même communauté ? Est-ce incontournable ?

Mais pourquoi vouloir faire cette distinction entre la communauté des soignants et celle des soignés ? Catherine Mercadier évoque « L'hôpital : un univers symboliquement dangereux »⁶⁷ qui est « le lieu de rassemblement des corps malades »⁶⁸. Est-ce une stratégie de mise à distance de la maladie et de renforcement d'appartenance au groupe des soignants ?

3.3.6. Les Valeurs

Il a été cité, dans l'intérêt professionnel de mon sujet, que pour prendre en compte la dimension psychologique de la personne soignée, il faut avoir des valeurs. J'ai souligné des valeurs telles que la tolérance ou le respect comme condition essentielle pour le souci de l'autre. Cependant, F. Gruat, Cadre de santé et formatrice en IFSI, explique dans son mémoire de Master 2 que l'« on cherche à définir, à l'Institut de formation en soins infirmiers comme à l'hôpital, des valeurs communes »⁶⁹ ; cependant, « Chaque infirmière ayant par ailleurs ses propres représentations, il n'est pas sûr qu'elle adhère à des valeurs qui lui seraient imposées »⁷⁰. Ainsi : « si des valeurs sont imposées aux infirmières, n'y a-t-il pas un risque que ces dernières, faisant leurs ces valeurs, n'essaient à leur tour de les imposer même inconsciemment aux malades ? »⁷¹

Si les représentations agissent sur les valeurs de l'infirmière et sur la prise en compte de l'altérité, peuvent-elles influencer sur le comportement du malade ? Le patient, dans son processus d'intégration et de socialisation à la vie hospitalière, est-il contraint à adopter les valeurs de l'infirmière ? En conséquence, peut-il y avoir une distorsion de l'expression d'une détresse ou d'une demande de la part du patient ? Les valeurs collectives d'un service prennent place aussi dans le phénomène d'acculturation. Sont-elles nécessaires au sentiment d'appartenance au groupe ? Peuvent-elles être adoptées à ce titre, uniquement ?

3.3.7. L'altérité et la prise en compte de la dimension psychologique du soigné

On peut appréhender l'altérité comme un processus par lequel on considère que l'autre peut avoir la même vulnérabilité que soi-même. La vulnérabilité est étroitement liée, dans le cas de la maladie, à l'autonomie, en effet, l'équilibre entre la dépendance et l'indépendance est perturbé.

D'un point de vue anthropologique, l'altérité suppose la reconnaissance de l'autre dans sa différence culturelle et sa vulnérabilité. Or, les certitudes rassurantes, c'est-à-dire, les représentations, peuvent-elles faire obstacle à la reconnaissance de l'autre dans sa différence ? Si l'on ne regarde l'autre qu'au travers de sa propre culture et, donc, de ses propres représentations, peut-on réellement reconnaître la souffrance de l'autre et la considérer au plus proche du vécu du patient ?

⁶⁶ POUCHELLE, Marie-Christine. Hôpital corps et âme. Paris, Edition Seli Arslan, 2003, pag 66

⁶⁷ MERCADIER, Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris, Editions Seli Arslan, 2008, pag 271

⁶⁸ Ibid pag 271

⁶⁹ GRUAT F. Les valeurs en crise. Recherche en Soins Infirmiers, n°96, Mars 2009, pag 6.

⁷⁰ Ibid pag 6

⁷¹ Ibid pag 6

Cependant, face au sujet SDF, l'altérité présente comme danger celui de s'identifier au patient, avec le risque de « l'illusion thérapeutique »⁷² .. L'altérité peut-elle être limitée afin de préserver le soignant ? Peut-elle être confondue avec la notion d'altruisme ?

A. Vega met en évidence la difficulté à considérer la souffrance de certains malades : «Pourquoi la plupart des infirmières seraient-elles amenées à prendre, [...], un chemin semé d'embûches qui les amènent à des dénis inconscients de la souffrance des « mauvais malades » »⁷³.. Ce à quoi elle ajoute « en s'enfermant littéralement dans des discours accusateurs, contre quels maux les infirmières se protègent-elles concrètement ? Pourquoi n'est-il pas bon en neurologie de connaître trop précisément la complexité des maux des patients ou de les approcher de trop près ? »⁷⁴.

Dans les différentes situations d'appel, s'agissait-il de cela même ? D'approcher de trop près le patient mais avec un danger de quoi ? S'agit-il de la « contamination symbolique »⁷⁵ évoquée par Catherine Mercadier ? Les patients des situations d'appel en chirurgie étaient-ils de « mauvais malades »⁷⁶ ?

Comme vu précédemment, la chirurgie transmet une image du soin axée sur la notion *to cure*, la technique, dont l'objet est l'organe ou la partie de corps. Néanmoins, la prise en compte de l'altérité est bel et bien présente dans les services de chirurgie, car les infirmières interrogées évoquent, lors des entretiens, des sentiments « d'impuissance » et « d'abandon ». Pourquoi ces sentiments ? Si l'on reprend l'œuvre de P. Declerck, par analogie à la relation étroite auprès du sujet SDF, ces sentiments seraient-ils le reflet d'une « illusion thérapeutique »⁷⁷ ?

Selon Anne Vega « si tous les groupes et sous groupes de soignants semblent s'accuser d'abandonner parfois le malade, dans les faits, il n'y a qu'une morale à l'histoire : entre les soins de confort et réconfort, le savoir et le secret médical, il existe des corps à corps et des responsabilités que nul ne semble pouvoir assumer individuellement »⁷⁸.

Les infirmières interrogées en chirurgie se sentent-elles, elles même, abandonnées lorsqu'il s'agit de la prise en compte de l'altérité et de la reconnaissance de la souffrance de l'autre ?

Y a-t-il là une responsabilité trop élevée pour l'infirmière ?

⁷² DECLERCK, Patrick. Les Naufragés, avec les clochards de Paris. Paris, Editions Pocket, 2003, pag 335

⁷³ VEGA, Anne. Une ethnologue à l'hôpital. Paris, Editions des Archives contemporaines, 2000, pag 119

⁷⁴ Ibid pag 119

⁷⁵ MERCADIER, Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris, Editions Seli Arslan, 2008, pag 271

⁷⁶ VEGA, Anne. Une ethnologue à l'hôpital. Paris, Editions des Archives contemporaines, 2000, pag 97

⁷⁷ DECLERCK, Patrick. Les Naufragés, avec les clochards de Paris. Paris, Editions Pocket, 2003, pag 335

⁷⁸ VEGA, Anne. Une ethnologue à l'hôpital. Paris, Editions des Archives contemporaines, 2000, pag 62

3.4. Hypothèse de réponse à la question de départ : La prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée peut-elle être influencée par les représentations que l'infirmière a du contexte de soin ?

3.4.1. Pistes de réponse :

- Le modèle de la toute puissance médicale prime sur la réflexion infirmière au sein des services, notamment, de chirurgie,
- Le modèle sociétal occidental étant celui de la productivité, l'infirmière s'appuie sur la notion *to cure* dans son travail au quotidien tout en délaissant la notion de sollicitude,
- Les représentations sociales seraient nécessaires afin de garantir un sentiment de sécurité par les certitudes et de détachement par rapport à la charge émotionnelle face au patient,
- Les représentations sociales forgées par le contexte de soin seraient une des modalités d'acculturation qui permet le sentiment d'appartenance au groupe des soignants dans l'institution,
- La prise en compte de l'altérité présenterait le danger de trop s'approcher de l'univers des malades. Ce qui amènerait les soignants à faire un déni inconscient de la détresse du malade.
- La prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée serait une responsabilité trop importante pour l'infirmière, face à laquelle elle se sent seule et donc impuissante.

3.4.2. Hypothèse de réponse :

Les représentations peuvent prendre le pas dans le soin, faisant obstacle à la reconnaissance de la souffrance et de la vulnérabilité de la personne soignée et nuisant à la prise en soin de la dimension psychologique de la personne soignée.

Les représentations liées au contexte de soin prendraient une place importante dans la pensée infirmière. Elles auraient un rôle de rassurance, en forgeant les sentiments d'appartenance au groupe des soignants et de conformisme à un modèle de comportement attendu au sein de l'institution hospitalière. Elles auraient un rôle dans les stratégies de mise à l'écart du malade et de la maladie au regard de la notion de « contamination symbolique »⁷⁹, stratégies nécessaires dans la gestion de la charge émotionnelle.

Les représentations sont étroitement liées au contexte de soin, dans lequel s'opèrent différents phénomènes (d'acculturation, de ritualisation, d'appartenance au groupe) et dans lequel s'inscrit une organisation des soins, bien précise, comme en chirurgie, ne permettant pas toujours la réalisation d'une tâche inattendue. L'organisation des soins influencerait, ainsi, sur la prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée en transformant la perception que l'infirmière en a comme une tâche inattendue et difficilement gérable.

Enfin, et au regard des sentiments « d'abandon » et « d'impuissance » exprimés par les infirmières interrogées pendant les entretiens exploratoires mais aussi, d'après A. Vega, cette tâche serait d'une grande responsabilité pour l'infirmière avec pour risque celui de se retrouver seule face à la détresse du patient.

⁷⁹ MERCADIER, Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris, Editions Seli Arslan, 2008, pag 271

4. Conclusion

Difficile d'émettre une hypothèse de réponse satisfaisant toutes les questions suscitées au long de ce travail. Au sujet de la prise en compte de la dimension psychologique du soigné, j'ai pu comprendre qu'un grand nombre de variables sont impliquées. D'un côté le contexte influe sur les représentations du soignant sur le soin et son travail au quotidien. D'un autre côté, c'est le soignant lui-même, dans une logique de cohésion de pensée et d'intégration à son groupe, qui se préserve, finalement, des maux mais aussi de ses propres émotions. Il s'agit, entre autres, pour lui, d'affirmer son identité professionnelle et donc son appartenance au groupe des soignants.

Entre le contexte, les représentations sociales, la dynamique des groupes et l'organisation du travail, la prise en compte de la dimension psychologique de la personne soignée semble être un chemin semé de pièges et d'obstacles très intimes et propres à chacun. Il m'a été difficile, donc, d'affirmer un positionnement clair tant les enjeux sont omniprésents et non exhaustifs.

Cependant j'ai réellement apprécié ce travail exigeant une rupture entre ma vision des situations d'appel, au départ, et celle que je garde, aujourd'hui. Aussi, le contexte de soin ainsi que les dynamiques des groupes au sein de l'institution hospitalière ont été, pour moi, des sujets prenants. Ils m'ont permis de comprendre la complexité de soigner.

Existe-t-il un idéal du soin ? Car soigner l'Homme, par l'Homme et pour l'Homme, étant donné la singularité de chacun, ne peut être une fonction divisée en tâches bien précises et définies au préalable, d'où la notion de personnalisation du soin, en temps voulu, sans aucune anticipation.

Avec ce mémoire, j'ai appréhendé l'importance des sciences humaines et leur complémentarité, essentielle pour une vision holistique de l'Homme.

Enfin, je dois reconnaître, que ce travail m'a donné l'opportunité de réfléchir à ma posture professionnelle et le soignant que je souhaiterai être. Mais, le serai-je réellement, plus tard ? Quoi qu'il en soit, je garde en tête que chacun agit selon des représentations, un contexte, des valeurs et adoptera des stratégies dans un but de se préserver mais aussi d'assurer son identité professionnelle.

Bien sûre l'hypothèse de réponse à la question de départ découle de lectures sous les angles de la sociologie, de l'organisation et de l'anthropologie. Sous d'autres approches telles que l'éthique ou la philosophie, l'hypothèse de réponse serait-elle la même ? J'aurai tendance à répondre que non. Aussi, non seulement c'est l'approche choisie mais aussi, la vision du sujet, c'est-à-dire la mienne, qui ont influé sur ce travail.