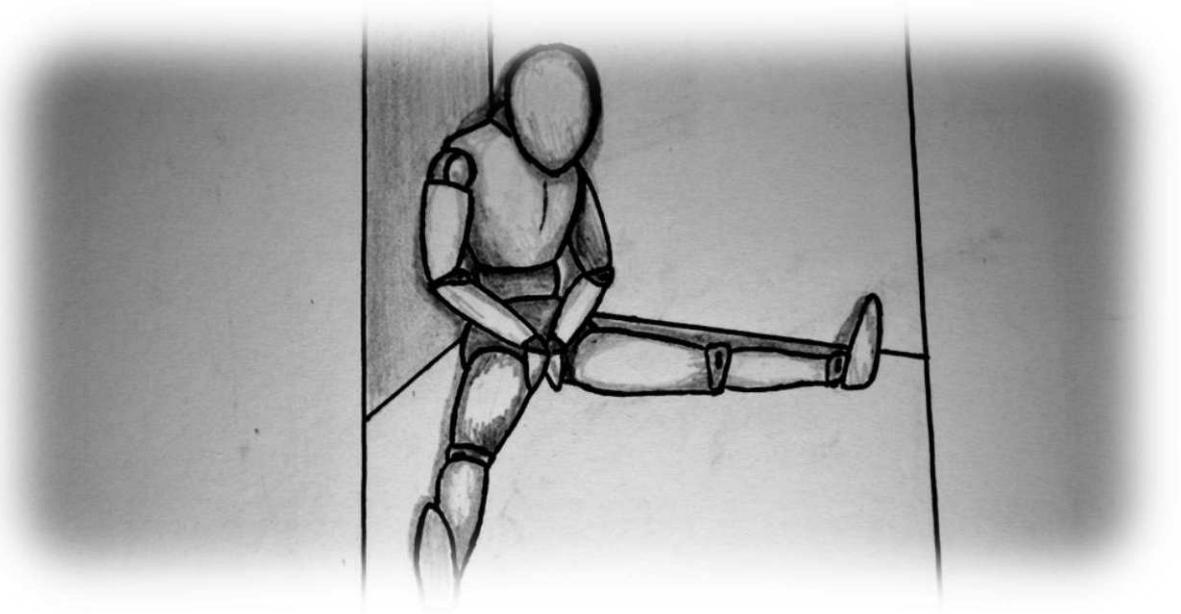


Institut de Formation en Soins Infirmiers de Dinan
74 rue Chateaubriand
22100 Dinan

Patient,...



... cet être transparent ?

Mallétroit Medeiros de Cerqueira
Luana
Formation en Soins Infirmiers
Promotion 2012/2015
Soutenance passée en Juin 2015

SOMMAIRE

Introduction

I. Elaboration de l'objet de recherche

- I.1. Présentation de la situation clinique
- I. 2. En quoi est-ce un sujet de soins ?

II. Méthodologie : vers le chemin de la conceptualisation

III. Le cadre conceptuel

- III. 1. L'empathie
- III. 2. Le prendre-soin
- III. 3. Les mécanismes de défense
- III. 4. L'habitude
- III. 5. La banalisation de l'humain
- III. 6. La maltraitance ordinaire

IV. Méthodologie : vers le chemin de la recherche empirique

V. Population interviewée

VI. Recherche empirique

- VI. 1. Eléments témoignant de la conscience du vécu du patient
 - VI. 1. 1. Empathie et prendre soin
 - VI. 1. 2. Les demandes et attentes des patients
 - VI. 1. 3. La perception soignante de la maltraitance ordinaire
- VI. 2. Eléments présentés comme pouvant représenter un frein à l'attention portée au patient
 - VI. 2. 1. L'habitude/La banalisation
 - VI. 2. 2. Les mécanismes de défense
 - VI. 2. 3. La vulnérabilité des soignants
- VI. 3. Eléments présentés comme ambivalents
 - VI. 3. 1. Les conditions de travail
 - VI. 3. 2. L'expérience soignante

- VI. 4. Eléments non-envisagés en première intention
 - VI. 4. 1. La présence de la famille
 - VI. 4. 2. L'infirmier lui-même
 - VI. 4. 3. Le rôle du travail d'équipe

VII. Analyse croisée et émergence de l'objet de recherche

- VII. 1. Le prendre-soin
 - VII. 1. 1. Le patient-partenaire
 - VII. 1. 2. Les attentes des patients
- VII. 2. L'environnement
 - VII. 2. 1. Les conditions de travail
 - VII. 2. 2. Le conditionnement du service
- VII. 3. La personnalité infirmière
 - VII. 3. 1. La vulnérabilité de la personne infirmière
 - VII. 3. 2. Les valeurs

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Introduction

Florence Nightingale fut l'une des femmes les plus influentes dans le domaine des Soins Infirmiers. Elle comprit très tôt l'importance de prendre en charge les patients de façon individuelle. En Crimée, elle fut « la dame à la lampe », celle qui écrivait des lettres aux familles de la part des soldats, celle encore qui organisait des salles de lectures dans les hôpitaux... En un mot, celle qui restaurait la dignité des patients, les considérant pleinement comme des êtres humains. Elle fut même l'auteur d'un serment qui s'inscrit dans la même lignée que celui d'Hippocrate : « *Je jure solennellement devant Dieu et en présence de cette assemblée de vivre une vie pure et d'exercer loyalement ma profession. Je m'abstiendrai de tout ce qui pourrait être nuisible ou malveillant et de prendre ou d'administrer consciemment tout médicament pouvant causer du tort. Je ferai tout en mon pouvoir pour maintenir et élever le standard de ma profession et tiendrai secrètes toutes révélations personnelles ou familiales m'étant confiées au cours de la pratique de ma profession. Avec loyauté, je me consacrerai à aider le médecin dans sa tâche et à me dévouer au bien-être de ceux qui me sont confiés*¹ ». Plusieurs points dominant dans ce serment et notamment celui du principe de bienveillance. Qu'en est-il aujourd'hui de cet héritage ? Comment se matérialise le souci de la personne soignée ?

Le travail que je vais vous présenter s'intéresse ainsi aux facteurs pouvant influencer l'attention accordée à la singularité du patient dans le quotidien des soins infirmiers. A partir de deux situations de départ et un éclairage par plusieurs concepts en rapport avec celles-ci (l'empathie, le prendre-soin, les mécanismes de défenses, l'habitude, la banalisation et la maltraitance ordinaire), j'ai ainsi posé la question suivante : En quoi le quotidien des soins impacte-t-il sur le prendre soin infirmier et ainsi sur le vécu du patient de sa prise en charge ?

J'ai ensuite interrogé trois infirmiers sur ce thème. J'ai ainsi pu retrouver les idées de mon cadre conceptuel à travers leur propos. J'ai également pu voir transparaître des données auxquelles j'avais moi-même pensé au regard de ma question : la perception des demandes et attentes des patients, la vulnérabilité des soignants, les conditions de travail ou encore l'expérience des professionnels. Enfin, j'ai pu découvrir au travers de leurs paroles, des éléments que je n'avais pas envisagés. Ceux-ci sont venus élargir le champ de compréhension de ma situation : la présence de la famille, l'infirmier lui-même et le rôle du travail d'équipe sont autant de données nouvelles présentées par les soignants comme influençant l'attention accordée aux patients. Ces idées m'ont permis d'ouvrir une palette d'investigation plus large en interrogeant ou réinterrogeant les concepts suivants : le patient-partenaire, l'attente des patients, les conditions de travail, le conditionnement du service, la vulnérabilité de la personne infirmière et enfin, ses valeurs.

C'est ainsi que j'ai pu passer d'une question d'initiation à la démarche de recherche à une véritable question de recherche qui est : « En quoi l'environnement de travail et la personnalité infirmière déterminent-ils le prendre-soin ? »

Je tiens à préciser que ce travail n'a pas pour objectif d'apporter des réponses, mais de proposer des éléments de compréhension face à des situations qui m'ont interpellée.

¹ LAUDY Danielle, DURAND Guy, DUPLANTIE Andrée, LAROCHE Yvon, *Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Contexte socioculturel et scientifique*, Broché, page 225. Consulté le 02/05/2015.

I. Elaboration de l'objet de recherche

I.1. Présentation de la situation clinique :

Je vais vous présenter deux situations de soins vécues qui ont chacune un rapport avec le sujet que je souhaite développer.

Situation I :

La situation se déroule en médecine polyvalente. Une dame âgée, Madame de C., y est hospitalisée pour une courte durée. Depuis plusieurs jours, je ressens une sorte de tension dans la prise en charge de cette dame. Les professionnels soufflent à son évocation, on me la décrit comme très demandeuse, jamais satisfaite, plaintive. On la trouve « chiante ». Elle sonne régulièrement. Un jour de faible activité du côté infirmier et dans le but de « soulager » les soignants, je propose de faire la douche de cette dame. Le soin se déroule très bien, je la questionne sur ses petits-enfants, nous prenons notre temps, aucune des demandes de cette dame ne me paraît extravagante. A la fin, elle me remercie de façon brève mais touchante sur l'attention que je lui ai portée.

Au vu de cette situation, je me suis posée les questions suivantes : *Quelle demande réelle traduisent les demandes de cette dame ? Ressent-elle un besoin d'attention ? Comment vit-elle son hospitalisation ? Quelle image a-t-elle des soignants ? Que traduisent ses remerciements ? Que renvoient les demandes de Madame de C. aux soignants ? Pourquoi la considèrent-ils ainsi ? Pourquoi est-elle identifiée comme « chiante » ? Pourquoi cette lassitude de l'équipe ? Qu'est ce qui fait que les soignants ne parviennent plus à être dans une démarche de compréhension, d'empathie vis-à-vis de cette dame ?*

Situation II :

La situation se déroule en Soins de Suite et de Réadaptation lors de mon premier stage. C'est la première fois que je suis confrontée au milieu hospitalier. Beaucoup d'éléments m'interpellent et je pose beaucoup de questions : on couche certaines personnes dès 16h pour la nuit ? On réveille les patients toujours à la même heure ? Les aides-soignantes ont si peu de temps pour donner le petit-déjeuner à l'ensemble des patients ? Y-a-t'il des activités de prévues l'après-midi ? On n'attend pas la réponse avant d'entrer dans la chambre ? Suite à mes questions, une soignante m'a dit un jour : « ça fait du bien d'avoir un regard neuf ».

Suite à cette situation, les questions suivantes sont apparues : *La confrontation permanente à ces situations n'interpelle plus ? D'une certaine manière, oublie-t-on ce que l'on impose aux patients ? Qu'est ce qui se cache derrière cette phrase ? Qu'entend-elle par un « regard neuf » ? A-t-elle la sensation d'avoir perdu ce « regard neuf » ? De ne plus remettre en question ses actes du quotidien ? Les soignants sont-ils d'une certaine manière conditionnés par leur quotidien ? Ont-ils besoin d'un regard extérieur pour prendre conscience de leurs pratiques ? Une certaine routine permet-elle de maintenir une distance nécessaire à une remise en question des pratiques ? Quel impact sur le patient et sa prise en charge ? Est-il autant pris en compte ? Quelle place a-t-il dans ce système ?*

I. 2. En quoi est-ce un sujet de soins ?

Jacqueline Fawcett a déterminé quatre paradigmes (des généralités admises pour l'ensemble de la profession) visant à guider la recherche en soins infirmiers. Ceux-ci permettent de tester la pertinence du sujet de recherche. Ces quatre domaines sont les suivants :

- *« La personne : il faut comprendre toute personne recevant les soins: l'individu, la famille, des groupes particuliers ou la communauté.*
- *La santé : signifie l'état de santé se situant dans la zone de tension entre santé intacte et maladie incurable.*
- *L'environnement représente le contexte dans lequel se déroule la situation de soin, soit le réseau de la personne, son lieu de vie et de soin et toute circonstance influençant son rapport à la santé. C'est la réalité vécue.*
- *Le soin représente tout ce qui est mis en place dans l'intérêt de la personne qui le reçoit. Le soin est décrit au travers d'un diagnostic, de buts, d'interventions et de résultats².»*

Jacqueline Fawcett a également déterminé quatre éléments d'interaction entre ces concepts :

- *« Entre la personne et la santé: « la discipline infirmière s'intéresse aux principes et aux lois qui régissent le processus vital, le bien-être et le fonctionnement optimal des êtres humains, malades ou en santé »*
- *Entre la personne et l'environnement: « la discipline infirmière s'intéresse aux modèles de comportement de l'être humain en interaction avec son environnement dans le cadre d'événements courants et de situations déterminantes ».*
- *Entre concept de santé et soin : « La discipline infirmière s'intéresse aux interventions ou démarches de soins des infirmières qui permettent d'engendrer des modifications positives de l'état de santé ».*
- *Quant à la quatrième proposition concernant le lien entre personne, environnement et santé, elle dit: « la discipline infirmière s'intéresse à la totalité ou à la santé de l'être humain, reconnaissant que celui-ci interagit de manière continue avec son environnement ». Cette quatrième proposition correspond à la vision des soins qui souhaite optimiser l'environnement dans un but salutogénique. Elle englobe tous les concepts.³ »*

Au vu de ces éléments, je peux ainsi dire que mon thème de recherche s'inscrit dans le domaine de la personne et de l'environnement, dans la mesure où je cherche à comprendre l'impact que peut avoir le contexte du quotidien des soins infirmiers sur la prise en charge des patients et sur leurs vécus d'une hospitalisation.

² WALTJ-BOLLIGER Marianne, FONTAINE Michel, « Réalisation de soi du résident en établissement médico-social, un phénomène à comprendre » *Recherche en Soins Infirmiers* N° 104 - MARS 2011.

Consulté le 15/04/2015.

³ Ibid.

II. Méthodologie : vers le chemin de la conceptualisation

Dans l'optique d'éclaircir mes deux situations et d'en comprendre les enjeux, j'ai entrepris la lecture de plusieurs auteurs. Ces lectures sont tirées de diverses sources : articles trouvés sur internet, cours, livres prêtés ou achetés, sur les conseils de ma formatrice,... C'est à partir de celles-ci que j'ai ensuite pu expliciter mon cadre conceptuel.

Le cœur de mon sujet étant la démarche de compréhension du vécu du patient, je me suis attachée dans un premier temps à déterminer ce qu'était réellement l'empathie. Pour cela, j'ai fait appel au pionnier dans ce domaine : Carl Rogers. J'ai notamment lu sa thèse, publiée en 1982, qui a pour nom : « *Empathique, qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur* »⁴. J'ai aussi lu d'autres textes relatifs à l'empathie qui m'ont forgé une idée plus précise sur ce sujet : « *L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ?* »⁵ de Serge Tisseron, « *Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers ?* »⁶ qui comptabilise plusieurs auteurs, « *L'empathie et ses effets* »⁷ ou encore « *Relation qui apaise, personnalité soignante et usure de la capacité d'empathie* »⁸ de Margot Phaneuf.

Auparavant, je m'étais égarée un moment sur le thème des émotions. Ceci était dû à une mauvaise maîtrise de la définition d'empathie: je pensais à tort qu'elle équivalait à un partage d'émotions. Toujours est-il que j'ai fait l'instructive lecture de « *La face cachée des émotions* »⁹, œuvre co-écrite par Sylvie Berthoz et Silvia Krath-Gruber.

Mes recherches sur l'attention portée au patient m'ont fait rencontrer des œuvres qui s'inscrivent dans une démarche de restauration de l'humanité dans les milieux de soin. J'ai ainsi consulté « *Le souci de l'autre* »¹⁰ de Marie de Hennezel ainsi que « *Prendre soin à l'hôpital* »¹¹ de Walter Hesbeen. J'ai retrouvé « *le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux* »¹² de Margot Phaneuf que j'avais étudié en première année. Ces lectures m'ont confirmée sur la légitimité de mon sujet car j'ai trouvé une résonance de mes pensées à travers les écrits de ces auteurs.

⁴ ROGERS Carl, *Empathique, qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur*, 1982. Consulté le 12/04/2015 à partir de : www.afpacp.fr/doc.php?dc=doc017.pdf

⁵ TISSERON Serge, « L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ? », *Médecine des maladies Métaboliques*, Octobre 2011, Vol. 5, N°5 Consulté le 24/11/214.

⁶ MORSE Janice M., ANDERSON Gwen, BOTORFF Joan L., YONGE Olive, O'BRIEN Beverley, SOLBERG Shirley M., HUNTER MCLLVEN Kathleen, « Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers ? », *Recherche en Soins Infirmiers* n°58, Septembre 1999. Consulté le 03/01/2015.

⁷ LECOMTE J., « L'empathie et ses effets », *EMconsulte, Savoirs et soins infirmiers*, Janvier 2010, article 60-495-B-10. Consulté le 22/03/2015.

⁸ PHANEUF Margot, *Relation qui apaise, personnalité soignante et usure de la capacité d'empathie*, Novembre 2013. Consulté le 04/01/2015 à partir de : www.prendresoin.org/.../Relation-qui-apaise-personnalité-soignante-et-us...

⁹ BERTHOZ S., KRAUTH-GRUBER S., Juin 2011, *La face cachée des émotions*, éditions Le Pommier et Universcience éditions. Consulté le 07/12/2014.

¹⁰ DE HENNEZEL Marie, *Le souci de l'autre*, Editions Robert Laffont, Février 2004. Consulté le 09/03/2015.

¹¹ HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Editions Masson, Mars 1997. Consulté le 25/03/2015.

¹² PHANEUF Margot, *Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux*, 2007, consulté le 12/03/2015.

Parallèlement, j'ai orienté mes lectures sur l'habitude, même si je ne l'ai jamais trouvée directement en lien avec le domaine des soins. J'ai ainsi lu un article très intéressant tiré de « *l'Encyclopédie anarchiste*¹³ » de Sébastien Faure. J'ai aussi entrepris des lectures plus tardivement sur le thème de la banalisation à travers l'ouvrage suivant : « *La banalisation de l'humain dans le système de soins*¹⁴ » coordonné par Michel Dupuis, Raymond Gueibe et Walter Hesbeen. Plus tardivement car je percevais, à tort une fois de plus, la banalisation comme un mécanisme actif, décidé, alors qu'il s'avère en réalité être un processus inconscient, passif.

Je me suis penchée sur la thématique de la maltraitance ordinaire, car c'est aussi ce qui ressortait de mes situations d'appel. Le fait d'en apprendre plus sur ce sujet a confirmé le lien existant avec celles-ci. J'ai ainsi été en contact d'une multitude d'articles de l'actualité (infirmier.com, actusoin,...) qui témoigne de son importance et des questions qu'elle suscite. Je n'ai toutefois utilisé que trois références à ce sujet : « *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*¹⁵ » de Margot Phaneuf, un témoignage tiré de l'ouvrage de Marie de Hennezel « *Le souci de l'autre*¹⁶ » et un article de l'HAS, « *Maltraitance et bientraitance dans les établissements de santé*¹⁷ ».

Après discussion sur les modalités du cadre conceptuel avec ma formatrice, celle-ci m'a suggéré le concept des mécanismes de défense que l'on peut en effet deviner dans les comportements soignants de ma situation N°1. Je me suis alors orientée sur l'ouvrage « *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*¹⁸ », de la psychologue M. Ruzniewski ainsi que sur l'article de Henri Chabrol « *Les mécanismes de défense*¹⁹ ».

Enfin, pour introduire certains concepts, j'ai eu recours aux dictionnaires en lignes (l'internaute, le larousse,...) pour apporter des définitions simples et que les lecteurs puissent partir sur les mêmes bases que moi-même.

¹³ MAC SAY Stephen, « Habitude », tirée de *L'encyclopédie anarchiste* de Sébastien Faure, édité en Décembre 1934 par les presses d'E. Rivet. Consulté le 20/11/2014 à partir de : <http://www.encyclopedie-anarchiste.org/index.html>

¹⁴ DUPUIS Michel, GUEIBE Raymond, HESBEEN Walter, *La banalisation de l'humain dans le système de soin*, Editions Seli Arslan, 2011. Consulté le 19/04/2015.

¹⁵ PHANEUF Margot, *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*, Mai 2013, consulté le 22/03/2015 à partir de : <http://www.prendresoain.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf>

¹⁶ Cf référence 10, page 4.

¹⁷ Haute Autorité de Santé : « Maltraitance et bientraitance dans les établissements de santé », consulté le 10/04/2015 à partir du lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010_01/plaquette_maltraitance_v3.pdf

¹⁸ RUSZNIEWSKI Martine. *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Partie 3 « les mécanismes de défense des soignants », Editions Dunod, 1995. Consulté le 01/04/2015.

¹⁹ CHABROL Henri, « Les mécanismes de défense », *Recherche en soins infirmiers* 3/2005 (N° 82), p. 31-42, consulté le 01/04/2015.

III. Le cadre conceptuel

Après vous avoir présenté mon cheminement en matière de lectures et de choix d'auteurs, je vais à présent vous décrire les concepts clés de mon objet d'étude qui découlent de mes situations et qui sont matérialisés par mes recherches théoriques.

Mes situations de départ concernant des défauts d'adaptation à la singularité du patient, je me suis attachée à définir des concepts qui placent la personne soignée au centre du soin comme l'empathie et le prendre-soin. Il me paraît toutefois important de définir brièvement au préalable ce qu'est un patient, ce qu'est un infirmier et son quotidien. Je vous présenterai ensuite les concepts de mécanismes de défense, d'habitude, de banalisation et enfin de maltraitance ordinaire.

- ✓ Le patient est avant tout un être humain, c'est-à-dire « *un être vivant membre de l'espèce humaine. Il se différencie des autres espèces par son mode de déplacement bipède, son langage articulé, ses mains préhensibles et son intelligence développée* »²⁰. Virginia Henderson, qui est notamment connue pour avoir développé la théorie des besoins fondamentaux, considère l'homme comme étant un être « *qui tend vers l'indépendance, c'est-à-dire la capacité de satisfaire par lui-même les besoins liés à ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales* »²¹. Le patient « *désigne l'individu qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement. Provenant du verbe latin "pati", qui veut dire "celui qui souffre", le patient est donc une personne soignée.* »²²
- ✓ Les infirmiers sont aussi avant tout des êtres humains. D'un point de vue législatif, ils sont définis par le Code de la Santé Publique (article L4311-1) comme : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.* »
- ✓ Les éléments du quotidien infirmier sont décrits dans l'article R. 4311-1 : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières 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.* »

²⁰ <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/etre-humain/> consulté le 18/04/2015.

²¹ http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/modele-virginia-henderson-diapor_681.pdf diapositive 3 consulté le 18/04/2015.

²² http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/21807-patient-definition#simili_main consulté le 18/04/2015.

On peut ainsi voir que le quotidien infirmier est composé d'une multitude d'éléments : actions sur prescription, réalisation du rôle propre, travail administratif, travail d'équipe, prise en charge globale du patient (dans ses aspects biologiques, psychologiques, sociaux et culturels), encadrement des stagiaires, éducation et prévention auprès des soignés,...

Le quotidien infirmier peut aussi se diviser en deux catégories :

- Les soins directs qui correspondent aux « *activités comprises dans la fonction relative aux soins. Il s'agit d'activités convergeant sur le malade individuellement et accomplies auprès de ce dernier : donner des soins, observer le malade, accompagner le malade, s'entretenir avec le malade au sujet de sa santé, évaluer les soins donnés, etc...*²³ »
- Les soins indirects qui regroupent « *les activités relevant des fonctions des soignants accomplies hors de la présence du patient et en relation avec : les soins (préparer le matériel, s'entretenir avec la famille), la gestion du personnel (contrôler, informer), la gestion du service (établir les horaires de travail, le plan de travail) et d'autres activités (boire une tasse de thé à l'occasion d'une pause de travail, attendre le médecin).*²⁴ »

III. 1. L'empathie

Dans un de ses écrits, Carl Rogers reprend la définition déjà existante faite par Baret-Lennard qui lui semble plus adaptée que celle qu'il en avait faite quelques vingt ans plus tôt. La compréhension empathique est ainsi définie comme étant « *un processus actif qui consiste à vouloir connaître la conscience de l'autre pleinement, dans son état présent et au fur et à mesure qu'elle change, à parvenir à recevoir de l'autre sa communication et à en percevoir le sens ; à traduire ses paroles et ses signes en une signification vécue s'accordant à tout le moins avec les aspects de sa prise de conscience qui revêtent le plus d'importance pour lui ou elle à cet instant même. C'est l'expérience qui consiste à joindre la conscience de l'autre "derrière" sa communication extérieure, mais en gardant constamment à l'esprit que cette conscience prend son origine et se déroule chez l'autre*²⁵ ».

Par l'empathie du soignant, le patient est reconnu dans sa dimension et sa dignité d'être humain car il est reconnu comme apte à être écouté. Le patient n'est pas réduit à sa seule maladie mais bel et bien pris en compte en tant que personne. L'empathie peut se traduire à travers une communication verbale comme c'est le cas quand on invite un patient à s'exprimer sur son ressenti. Elle peut aussi se retranscrire d'une manière non-verbale tels qu'un sourire, une position d'écoute, le toucher, le regard partagé ou encore des petites attentions (approcher la sonnette, proposer des lectures,...). La démarche d'empathie permet de s'adapter à la singularité de chaque personne.

²³ EXCHAQUET et ZUBLIN, *Effectif et organisation pour des soins infirmiers adéquats*, Paris, Le Centurion - p 92. Consulté le 12/04/2015

²⁴ Ibid.

²⁵ ROGERS Carl, *Empathique, qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur*, 1982. Consulté le 12/04/2015 à partir de : www.afpacp.fr/doc.php?dc=doc017.pdf

III. 2. Le prendre-soin

Le concept du prendre-soin a été remis au goût du jour par Walter Hesbeen qui souhaite restaurer une humanité en perte d'accélération dans un contexte de soin dominé par la science et les techniques. Il n'est pas si éloigné du concept d'empathie dans la mesure où il s'inscrit dans une même démarche : replacer l'humanité au centre du soin.

Walter Hesbeen différencie tout d'abord la notion de « *faire des soins* » et « *prendre soin* ». En effet, comme il l'explique « *faire des soins* » est devenu très instrumentalisant car « *on peut ainsi effectuer une tâche ou poser un acte avec soin mais sans prendre nullement soin de la personne « sur laquelle » on intervient car l'attention est centrée sur l'acte posé*²⁶ ».

Le prendre soin, qu'il énonce comme une valeur, désigne pour lui « *cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé [...] L'attention s'inscrit dans la perspective d'apporter de l'aide à une personne, donc d'apparaître comme un professionnel aidant pour elle, dans sa situation singulière et en utilisant les compétences professionnelles qui caractérisent les acteurs de telle ou de telle profession*²⁷ ». Le prendre soin remet ainsi le patient au centre du soin en tenant compte du fait que chaque personne soignée est unique. L'attention particulière dédiée à celui-ci n'est pas transposable à un autre patient.

Par la perspective du prendre soin, le patient n'est plus réduit à un « *corps-objet* » ou « *corps que l'on a* », autrement dit limité à « *un ensemble d'organes, de membres et de fonctions* », mais bien considéré comme un « *corps-sujet* » ou « *corps que l'on est* ». Le « *corps-sujet* » est « *animé d'une vie particulière, on peut dire exceptionnelle, faite de projets, de désirs, de plaisirs, de risques, de joies et de peines, de sources de motivations, de déceptions mais aussi d'espérances, etc., il est celui qui ne peut se soumettre entièrement à la rationalité de l'autre, ni correspondre parfaitement aux théories et outils utilisés par les professionnels*²⁸ ».

Walter Hesbeen considère ainsi que le prendre soin est avant tout une « *rencontre entre une personne soignée et des personnes soignantes. Il s'agit pour des soignants de rencontrer une personne sur le chemin particulier de vie qui est le sien et de faire un bout de chemin avec elle, allant, parfois même jusqu'au « bout du chemin »*²⁹ ». Le souci du « *confort* », la « *chaleur* », la « *douceur* », l'instauration de la relation de confiance et l'égard aux « *mille et un détails* » sont autant d'éléments, si dosés subtilement et adaptés à la spécificité de chacun, qui permettent à cette rencontre d'adopter une tournure véritablement aidante et de témoigner du souci réel de l'autre au quotidien.

²⁶ HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Editions Masson, Mars 1997. Consulté le 25/03/2015.

Page 9.

²⁷ Page 8

²⁸ Page 10

²⁹ Page 98

III. 3. Les mécanismes de défense

En psychologie, « *les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement*³⁰ ». Les mécanismes de défenses sont ainsi un processus d'adaptation inconsciente en réponse à une situation émotionnellement insupportable pour la personne et ayant pour objectif de réduire les tensions psychiques. M. Ruzniewski, psychologue, s'est penchée sur les mécanismes de défense des soignants. Elle en dénombre huit³¹:

- Le mensonge : c'est un mécanisme d'urgence qui « *permet de figer le temps en annihilant toute possibilité de dialogue ou de questionnement*³² ».
- La fuite en avant : « *Le soignant est soumis à une angoisse si imminente qu'il ne peut plus trouver de solution d'attente. Il se libère d'un fardeau qui est trop lourd en se «libérant» de son savoir*³³ ».
- La rationalisation : c'est le fait de recourir au langage de bois pour pallier à son propre dénuement et ainsi éviter la confrontation directe au patient.
- L'évitement : il s'agit d'une fuite du soignant « *réelle parfois ou déguisée*³⁴ ».
- La fausse réassurance : « *Le médecin n'arrivant pas à contrôler sa propre angoisse, il va optimiser les résultats médicaux en entraînant un espoir artificiel chez le patient*³⁵ ».
- L'esquive : c'est l'incapacité pour le soignant à entrer en contact avec le patient consécutif au fait de se sentir démuni.
- La dérision : c'est le fait d'utiliser la moquerie dédaigneuse pour engendrer une faible communication.
- L'identification projective : c'est le fait de transférer ses propres traits sur ceux du patient (pensées, émotions,...).
- La banalisation : c'est le fait de se focaliser sur la souffrance physique pour éviter d'être confronté à la souffrance morale du patient.

III. 4. L'habitude

L'habitude peut se définir comme « *un phénomène général d'adaptation biologique et même physique consistant dans le fait qu'un être, après avoir subit une première fois une modification quelconque, conserve une modification telle que si cette action se répète ou se continue, elle ne modifie plus comme la première fois*³⁶ ».

Stephen Mac Say quand à lui en a retenu la définition suivante : « *Ce mot désigne couramment une manière d'être usuelle. La coutume de certaines attitudes, un penchant vers certains actes et comme une facilité naturelle à les accomplir, constituent des habitudes, classées d'ordinaire en*

³⁰ CHABROL Henri, « Les mécanismes de défense », *Recherche en soins infirmiers* 3/2005 (N° 82), p. 31-42, consulté le 01/04/2015.

³¹ RUSZNIEWSKI Martine. *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Partie 3 « les mécanismes de défense des soignants », Editions Dunod, 1995. Consulté le 01/04/2015.

³² Ibid.

³³ Ibid.

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

³⁶ MALABOU Catherine, *L'avenir de Hegel: plasticité, temporalité, dialectique*, Editions Vrin, page 85. Consulté le 15/04/2015

*bonnes ou mauvaises, d'après leur répercussion ou par rapport à la moralité*³⁷». On peut ainsi voir que l'habitude est un processus d'adaptation.

Ce même auteur nous indique ensuite que l'habitude a deux effets. D'un côté, par l'automatisme, l'habitude permet une diminution de l'effort : les actes sont rendus plus faciles et plus rapides. Ainsi, elle rend les infirmiers habiles dans la manipulation manuelle de tous les instruments auxquels nous sommes confrontés et des gestes que nous devons accomplir quotidiennement (pose de perfusion, manipulation d'ampoule, injections, réfection de pansements en stérile,...).

De l'autre côté, nous devenons conditionnés par nos habitudes. L'effort n'est plus nécessaire pour accomplir un geste et celui-ci par sa répétition devient apte au renouvellement. De ce fait, la volonté n'a plus besoin d'intervenir et la vigilance par la même extension s'abaisse. Stephen Mac Say s'attarde d'ailleurs sur le fait que « *l'effet de l'habitude sur la conscience est une dégradation*³⁸ ». En effet, tout élément s'inscrivant dans l'habitude s'affaiblit dans la représentation car il devient de moins en moins perceptible pour la conscience. On peut ainsi en déduire, que l'habitude peut faire perdre conscience de l'impact de nos gestes quotidiens, rendus banals, et ainsi de leur remise en question. Pour ramener cette thématique au domaine du soin, peut-on ainsi déduire que l'on peut perdre la vision du caractère exceptionnel que revêt une hospitalisation pour un patient parce que l'on en voit tous les jours ? Peut-on oublier combien ce doit être dérangent de se retrouver nu devant des inconnus parce que, nous soignants, nous voyons la nudité au quotidien ? L'habitude nous permet-elle de continuer à s'adapter à la situation particulière de chaque patient que nous rencontrons ?

III. 5. La banalisation de l'humain

L'habitude peut induire la banalisation. De façon commune, celle-ci est définie de la manière suivante : « *Action de rendre banal, commun, courant, quelque chose, de lui ôter son caractère rare ou original*³⁹ ».

La banalisation de l'humain a, quant à elle, pris sa pleine mesure sous la plume d'Hannah Arendt dans son œuvre « *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal* ». Cette philosophe a analysé, au moment du procès, la personnalité de cet homme qui était chargé de l'acheminement des déportés vers les camps d'extermination. Ce qui a fait scandale à l'époque, c'est que l'auteure n'a pas dépeint la nature de cet homme à laquelle tout le monde s'attendait, à savoir la sauvagerie, la haine sans fond, le monstre. Non, « *il faut admettre qu'Eichmann est au départ un homme « ordinaire », dont la vie est monotone, vide, et qui s'ennuie à mourir... jusqu'au jour où il apprend que le Service de sécurité d'Himmler recrute et qu'il pose sa candidature. C'est là que sa nouvelle vie commence. La banalité du mal chez Eichmann, qui fait que l'atroce s'intègre sans faire de scandale dans l'agenda quotidien, ce sera cette espèce de tranquillité et de minutie dans l'exécution de la charge officielle qu'on lui a confiée*⁴⁰ ». Hannah Arendt a perçu dans les propos de cet homme au moment du procès « *une espèce de conscience du travail bien fait, sans scrupule particulier, semble-t-il, par rapport au contenu génocidaire*

³⁷ <http://www.encyclopedie-anarchiste.org/articles/h/habitude.html>

³⁸ Ibid.

³⁹ Dictionnaire Larousse en ligne consulté le 17/04/2015

⁴⁰ DUPUIS Michel, GUEIBE Raymond, HESBEEN Walter, *La banalisation de l'humain dans le système de soin*, Editions Seli Arslan, 2011. Consulté le 17/04/2015

de son travail⁴¹». Et c'est « *cette paix monstrueuse, cette tranquillité diabolique, voilà les symptômes de l'inhumaine banalisation du mal commis envers les déportés*⁴² ».

Sans être aussi extrême, la banalisation de l'humain s'invite elle aussi en milieu de soin. Walter Hesbeen, qui s'est approprié ce concept et l'a adapté à ce domaine, en fait la définition suivante : « *la banalisation de l'humain, c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité*⁴³ ». Et il interroge ainsi :

« *Comment en l'absence d'un tel regard volontaire, sensible et généreux, être capable de détecter, de décoder, ce qui est important pour cet autre en vue d'en tenir compte à l'occasion des soins qui lui seront donnés ?*⁴⁴ ». Cet oubli au quotidien du caractère exceptionnel d'une personne ne permet plus de s'adapter à la spécificité de celle-ci. Michel Dupuis, co-auteur de l'œuvre, rajoute que ceci « *désigne avant tout une transformation de nature : l'humain banalisé change de nature ; d'une certaine façon, il disparaît, il est englouti parmi les choses, il devient en quelque sorte invisible, inaudible, insaisissable. Devenu ordinaire, c'est-à-dire inséré sans difficulté dans la trame du quotidien, l'évènement humain n'est plus un « évènement » ; il n'intéressera plus personne*⁴⁵ ».

III. 6. La maltraitance ordinaire

La banalisation de l'être humain peut susciter de la maltraitance ordinaire, un thème qui devient de plus en plus d'actualité. Celle-ci est ainsi décrite par la Haute Autorité de Santé : « *Quelqu'un qui a fait l'expérience d'un contact avec un établissement de santé a parfois pu avoir le sentiment d'avoir été abandonné, mal ou pas informé et d'avoir été insuffisamment écouté. Il s'est parfois vu imposer des attentes interminables et inexpliquées, des entraves et des contraintes qui ont paru absurdes. Le patient peut également avoir le sentiment d'être « transparent ». C'est ce qui est désigné par les termes de maltraitance « ordinaire ». Ordinaire parce qu'elle se distingue d'une maltraitance délictuelle, intentionnelle et exceptionnelle. Elle est présente dans le quotidien, elle est banalisée, parfois presque invisible et impalpable, et elle concerne l'institution plus que les individus*⁴⁶ ». Dans son livre « *Le souci de l'autre* », Marie de Hennezel nous fait partager à ce propos le témoignage d'une cadre de santé qui a pris conscience de la violence que peut ressentir le patient hospitalisé quand elle s'est elle-même retrouvée de l'autre côté de la barrière. Elle dit : « *Croyez-moi, lorsqu'on est dépendant, incapable de communiquer par la parole, les mains attachées et qu'on a des douleurs dans tout le corps, le plus important ce ne sont pas les perfusions et les pansements, mais bien plutôt un sourire, un regard, une information rassurante et une main qui ne vous considère pas comme un objet, mais comme une personne. C'est là que la démarche de soin prend tout son sens. J'ai parfois été traitée comme un objet. Croyez-vous que les soignants aient conscience de la façon dont ils soulèvent les malades, dont ils les touchent ou leur parlent ? Je n'ai pas ressenti de méchanceté de leur part, plutôt une sorte d'inconscience, voire de fuite, car notre profession n'est pas facile et je sais, pour l'avoir vécu, que la réanimation est un service particulièrement lourd*⁴⁷ ». Comme cette dame le précise, cette maltraitance ordinaire ne se produit pas dans une

⁴¹ Ibid page 33.

⁴² Ibid page 33.

⁴³ Ibid page 19.

⁴⁴ Ibid page 19.

⁴⁵ Ibid page 39.

⁴⁶ Haute Autorité de Santé : « Maltraitance et bientraitance dans les établissements de santé », consulté le 10/04/2015 à partir du lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201001/plaquette_maltraitance_v3.pdf

⁴⁷ DE HENNEZEL Marie, *Le souci de l'autre*, Edition Robert Laffont, page 16, consulté le 10/04/2015.

volonté de nuire aux patients. On peut distinguer deux types de maltraitements ordinaires : la maltraitance institutionnelle et celle liée aux comportements des soignants. La maltraitance institutionnelle concerne notamment l'organisation : ne pas respecter les rythmes de sommeil, le manque de temps par patient du fait du nombre à charge qui fait que l'on en vient à gaver ceux qui ne sont pas en mesure de s'alimenter par eux-mêmes,... La maltraitance peut aussi être liée aux comportements soignants : des négligences comme oublier de protéger la nudité d'une personne au moment de la toilette, ne pas répondre aux sonnettes, rechigner à rentrer dans une chambre parce que l'on sait que c'est pour enlever un bassin et qu'il faudra nettoyer la personne, le manque ou l'absence d'écoute,... Après avoir pris des exemples du même type, Margot Phaneuf constate : « *ce qui étonne ce n'est pas seulement que ces brimades existent, c'est aussi que personne ne semble voir ces irrégularités commises auprès des gens sous nos soins et que personne ne semble responsable! Le personnel ne veut pas nécessairement se montrer négligent, mais on observe trop souvent que dominant l'absence de prise de conscience, le manque d'écoute et d'empathie et le plus grand risque de la « maltraitance ordinaire » est sa banalisation*⁴⁸ ».

La question de départ :

En quoi le quotidien des soins impacte-t-il sur le prendre-soin infirmier et ainsi sur le vécu du patient de sa prise en charge ?

⁴⁸PHANEUF Margot, *Maltraitance ordinaire/bienveillance et soins infirmiers*, Mai 2013, consulté le 22/03/2015 à partir de : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bienveillance-et-soins-infirmiers.pdf>

IV. Méthodologie : vers le chemin de la recherche empirique

Arrivé à ce stade, il m'a semblé important de confronter les dires des auteurs et mon propre vécu face aux opinions de professionnels sur le terrain. Ceci se nomme une démarche de recherche empirique, c'est-à-dire « *qui ne s'appuie que sur l'expérience, qui repose sur l'expérience commune* ⁴⁹ ».

Cette recherche de l'expérience soignante s'est déroulée par le biais d'une « *méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations* ⁵⁰ ».

Il existe plusieurs types d'entretiens : directifs, semi-directifs et libres. Il nous a été conseillé, pour notre part, de recourir à des entretiens semi-directifs. Ils permettent en effet à la personne interrogée de discuter sur des thèmes, que nous avons préparés à l'avance, tout en lui laissant une certaine liberté d'expression. Les questions posées doivent rester, de ce fait, assez générales.

En vue de réaliser ces entretiens, il a donc fallu au préalable créer une grille d'entretien, c'est-à-dire des questions ouvertes relatives aux thèmes que nous souhaitions voir aborder par les professionnels.

La construction de cette grille est en rapport avec le cadre conceptuel développé plus haut. Ma grille d'entretien pouvait ainsi se découper en trois parties :

- Partie I : des questions visant à mieux connaître la personne interrogée et qui portaient sur sa date de diplôme, son parcours professionnel et sa situation actuelle.
- Partie II : une question portant sur ce que représente, pour ces professionnels, le fait d'être attentif au patient.
- Partie III : deux questions : une sur les éléments pouvant représenter un frein dans l'attention qui est portée à celui-ci au quotidien et une seconde question de relance.

Une fois la grille réalisée (Annexe page II), il a fallu déterminer le type de population infirmière le plus pertinent en rapport avec mon sujet. J'ai opté pour des infirmiers prenant en charge des personnes sur une durée assez limitée (quelques jours au maximum) car ceci induit un renouvellement fréquent de patients et que c'est précisément dans ce type de conditions que je souhaitais voir quelle attention était portée à ceux-ci.

J'ai ainsi réalisé trois entretiens exploratoires :

- Le premier (26 minutes 32 secondes) s'est déroulé auprès d'un infirmier appartenant à une équipe de remplacement permanent et qui exerce donc dans quasiment la totalité des services de son établissement.
- Le second entretien, qui a duré 24 minutes 48 secondes, a été réalisé avec une infirmière des soins intensifs.

⁴⁹ Dictionnaire Larousse consulté le 15/04/2015

⁵⁰ DE KETELE Jean-Marie, ROEGIERS Xavier, Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'études de documents, Editions de boeck, page 14, consulté le 15/04/2015.

- Enfin, le dernier (12 minutes 59 secondes puis 5 minutes 04 secondes) a été fait en présence de deux professionnelles, une infirmière et une aide-soignante. Dans le cadre de ce mémoire infirmier, je ne tiendrais donc compte que du discours de l'infirmière. Il est possible que le fait d'être deux ait orienté les propos de celle-ci. Pour ce dernier entretien, j'ai recouru à un enregistrement supplémentaire du fait que les professionnels ont continué à évoquer mon sujet même après la fin officielle de l'enregistrement.

L'ensemble des personnes interrogées ont consenti à ce que leurs voix soient enregistrées et ont été prévenues de la garantie de leur anonymat.

Une fois ceux-ci réalisés, il a fallu procéder au stade de la retranscription puis à celle de l'analyse. L'analyse est composée de deux étapes.

La première est l'analyse verticale qui « *correspond à cette première phase dans laquelle on cherche, entretien par entretien, à isoler des éléments (unités signifiantes) tels que les thèmes ou les variables afin d'identifier correctement et classer ce qui a été dit par chaque personne interviewée*⁵¹ ». Il nous a pour cela été conseillé de recourir à un tableau afin de classer au mieux tous les éléments (ce tableau est visible en annexe page XXIV).

La seconde étape est l'analyse dite horizontale : « *celle qui opère la mise en relation (différences et ressemblances) entre les différents éléments identifiés dans la phase d'analyse verticale*⁵² ».

Au vu des réponses des professionnels et de ma question de départ, il m'a semblé pertinent de classer les données offertes par les personnes interrogées en quatre axes :

- Eléments témoignant de la conscience du vécu du patient
- Eléments présentés comme pouvant représenter un frein à l'attention portée au patient
- Eléments présentés comme ambivalents
- Eléments non-envisagés en première intention

Ainsi, pour vous témoigner au mieux de ce qui a été dit par les professionnels, je procéderai pour chacun de mes thèmes analysés à une description des données énoncées (l'analyse verticale), puis une comparaison des dires des différentes personnes interrogées (l'analyse horizontale) et enfin une interprétation avec la formulation d'hypothèse ou d'éventuels rapprochement avec mes lectures.

Je tiens à préciser qu'au vu du nombre de personnes interrogées, l'analyse que j'établis est une analyse qualitative et non quantitative. Cet échantillon n'est pas représentatif.

⁵¹ ALVESTEGUI Gonzalo, Méthodologie MIRSI 1^{er} et 9 Avril 2015, Analyse des lectures et des entretiens, Guidance 5 et 6, consulté le 19/04/2015.

⁵² Ibid.

V. Population interviewée

Dans cette partie, j'ai réalisé un tableau présentant le profil des différents infirmiers interviewés, obtenu d'après la partie I de ma grille d'entretiens.

	IDE I (homme)	IDE II (femme)	IDE III (femme)
SERVICE	Pool Médecine Chirurgie Obstétrique (intervention au niveau des urgences, du service de post- urgence et des services de médecine tels que la pneumologie, la cardiologie,...).	Unité de Soins Continus	Médecine polyvalente à orientation palliative
DATE DE DIPLÔME	2010	2009	2006
EXPERIENCES ULTERIEURES	Premier poste	Premier poste	Remplacements en clinique privée de jour et de nuit (notamment en maternité et en soins palliatifs) EHPAD, domicile.
NOMBRE DE PATIENTS A CHARGE	De 10 à 14 selon les services de médecine.	De 3 à 6 selon les moments (6 patients à charge le weekend et les nuits)	De 12 à 15 Et 4 pour les journées de binômes soins palliatifs.

VI. Recherche empirique

VI. 1. Eléments témoignant de la conscience du vécu du patient

VI. 1. 1. Empathie et prendre soin :

J'ai volontairement choisi d'allier ces deux concepts. Ils me semblent en effet difficiles à différencier dans les dires des professionnels car ils témoignent tout deux l'intérêt de placer le patient au centre du soin. Car comment matérialiser cette attention particulière portée au patient si ce n'est en passant par la compréhension de sa singularité ?

L'IDE I va ainsi traduire la singularité de chaque patient à travers la phrase suivante : « *d'une personne à une autre, avec la même maladie, l'attente ne peut pas être la même* » ou encore « *une hospitalisation peut être complètement perçue différemment d'une personne à une autre* ». On peut voir sa démarche de compréhension par son adaptation à la situation du patient : il dit en effet qu'il faut comprendre « *la capacité de chacun à comprendre les choses* ». Ceci peut être d'« *expliquer la maladie* » parce que les patients « *peuvent ne pas bien la comprendre et du coup ça change leurs attentes* ». On peut voir dans son discours, une volonté de les « *intégrer dans le soin* » car, comme cet infirmier l'explique, « *au final, c'est le patient qui est le plus proche de lui-même et qui ressent tout, que ce soit les effets bénéfiques et/ou non des traitements, donc c'est cette personne là qui doit être informée en premier pour avoir une meilleure prise en charge* ». Il identifie également les émotions que peuvent ressentir les patients quand il dit : « *ça peut faire peur une hospitalisation, ils peuvent le percevoir comme une baisse d'autonomie* ». Enfin, il dit en parlant des patients: « *on est amené à se dévoiler au niveau de son intimité, on est obligé de se dévoiler, de dévoiler sa vie, ses conditions de vie, son alimentation, [...] se mettre à nu, pour moi* ». L'utilisation du pronom indéfini « on » évoque les personnes en générale, ce qui semble dire qu'il s'inscrit dans cet ensemble autant que les soignés, donc que d'une certaine manière il partage leurs ressentis.

L'IDE II pour sa part, met en avant la communication, verbale comme non-verbale. L'attention au patient se traduit « *dans l'écoute évidemment* », « *dans l'observation* », le « *faciès* ». Cette infirmière étant confrontée à des patients non-communicants par sa spécialité, elle prend l'exemple d'annoncer tous ses gestes à ceux-ci « *comme pour quelqu'un de conscient en pensant qu'il peut nous entendre* ». Selon les dires de l'IDE II, l'attention au patient se porte aussi à travers l'utilisation d'outils techniques « *en se référant à l'échelle Algo +* » (j'ai pu observer que la prise en charge de la douleur était importante pour cette infirmière car elle évoque cette thématique à plusieurs reprises au cours de l'entretien) ou encore à sa dimension physique (« *à travers tout ce qui est cutanée* »).

L'IDE III, quant à elle, met en avant le fait de s'adapter à tout ce qui va interférer dans le quotidien du patient, donc à sa singularité : « *ses habitudes de vie, à l'évolution de sa maladie avec les symptômes, style la douleur avec les insomnies, l'anxiété* ». L'attention au patient est faite de « *petites attentions comme ça* », « *d'écoute active* », de « *disponibilité* » du soignant. Pour les journées où elle a en charge les quatre patients en soins palliatifs, elle évoque le fait de les chouchouter par le biais du toucher (« *on met de la crème, on met du lait de toilette* »).

- Deux infirmiers sur trois mettent en avant le fait de s'adapter à la singularité du patient.
- Un infirmier s'attache à rendre le patient actif dans sa prise en charge.
- Une infirmière (soins intensifs) met sur le même pied d'égalité l'attention au bien-être physique et l'attention au bien-être psychologique.

Je peux ainsi voir que l'empathie et le prendre soin peuvent s'exprimer de bien des manières. Qu'est-ce qui déterminent ces visions différentes, complémentaires et qui se rejoignent parfois ? De là, je peux émettre quelques hypothèses. La spécialité infirmière détermine-t-elle l'attention qui est portée au patient ? Sont-ce les valeurs propres à chaque infirmier ?

VI. 1. 2. Les demandes et attentes des patients :

Un seul infirmier a parlé pleinement de ce sujet. J'avais en effet posé directement cette question lors de l'entretien pour rebondir sur son discours. Ceci explique le fait que l'IDE II et l'IDE III ne l'ont que brièvement évoqué.

En ce qui concerne les demandes et attentes des patients, l'IDE I fait ressortir plusieurs idées. Selon lui, les soignés attendent des infirmiers une prise en charge de leurs douleurs : « *En règle générale, les patients ne veulent pas souffrir, avoir mal et ils ont un besoin, un besoin de compréhension de leur souffrance* ». Ils ont, de plus, un besoin d'écoute : un « *besoin de parler qui amène à un rôle d'écoute de notre part* ». L'infirmier explique ensuite que certains patients, isolés socialement à leur domicile, « *aiment* » d'une certaine manière à côtoyer l'hôpital car il « *reste un lieu de soin mais aussi de vie, parce qu'il y a toujours du monde* ». Les patients auraient donc un besoin de communication et donc de liens sociaux. Enfin, il affirme que les patients aiment à parler « *de toute leur histoire* », « *de leur famille, de leur histoire familiale ou de l'année, de ce qu'ils ont vécu* ». Et précise : « *ça va peut être pas changer quelque chose à la maladie actuelle mais ça peut rentrer dans, pour la santé psychologique de la personne sur la longue durée* ». Ceci peut traduire le besoin de ne pas être réduit à sa seule maladie mais bien d'être pris en compte par les soignants en tant qu'individu.

L'IDE II parle de brièvement de l'écoute.

L'IDE III évoque quant à elle, le besoin de communiquer : les patients ont-ils besoin « *d'un moment dans la journée où on se pose avec eux ? Ouais ! Même si c'est juste pour parler de la pluie et du beau temps mais juste qu'on se pose* ».

- Les trois infirmiers perçoivent le besoin de communiquer et d'écoute chez le patient.
- Un infirmier cible les demandes des patients sur le fait d'être pris en charge au niveau de la douleur, le besoin de liens sociaux et de sortir des discussions relatives à la seule santé du soigné.

L'ensemble des propos des soignants traduisent une perception du besoin de communication et d'écoute chez le patient. Les réponses sont toutefois insuffisantes concernant cette partie. Je peux alors me demander : quels autres besoins peuvent-être perçus par les soignants ?

VI. 1. 3. La perception soignante de la maltraitance ordinaire :

J'ai choisi de diviser cette partie en deux. Comme dit précédemment, la maltraitance ordinaire est composée de deux éléments : la maltraitance institutionnelle et celle liée aux professionnels.

- Maltraitance liée à l'institution :

L'IDE I traduit la conscience de ce phénomène à travers la phrase suivante : *«parfois on leur impose certaines choses pour un fonctionnement collectif. Des gens qui sont habitués à manger à telle heure, se lever à telle heure, ça c'est un peu oublié».*

L'IDE II n'évoque pas pour sa part le thème de la maltraitance institutionnelle.

L'IDE III, quant à elle, s'étend davantage sur le sujet. Elle dit tout d'abord que c'est aux gens de s'adapter *« au rythme de l'hôpital, c'est pas l'hôpital qui va s'adapter à eux ! »*. Puis elle prend l'exemple suivant : *« A *****, moi, on arrivait à 6h et demi, à 7h les trans' étaient finies, les filles attaquaient les petits-dèj' à 7h ! « Bonjour Monsieur, bonjour Madame, c'est le petit-dèj' ! ». On allume la lumière, on ouvre les volets, on te les remet dans le lit et puis « café? chocolat ?! lait ?? ». Là, tu te disais « oups » ! ». Puis un autre : « Je me rappelle de ça et on attaquait d'entrée de jeu. Sans compter que c'était l'équipe de nuit qui piquait et ils les réveillaient à 5 heures et demi du mat' pour faire les prises de sang ! Donc les gens, la plupart du temps dans la matinée, ils repiquaient du nez, quoi ! ». Et encore un autre : « Y a eu un moment, on s'est retrouvé avec 26 patients comme ici donc l'après-midi, on était deux infirmières et deux aides-soignantes et sur 26 patients, on s'est retrouvé à 24 patients à faire manger et là je me suis dis « oh putain, stop, on va jamais y arriver », les filles elles commençaient à 5 heures ! Donc, on commençait à donner à manger à 5 heures, la moitié collation et la moitié repas parce qu'on donnait compotes, machin, petits gâteaux, et on leur donnait des crèmes enrichies ! Je dis, mais attendez « c'est pas possible, quoi ! », sauf que les gens, ils allaient manger à 5 heures du mat', fin 5 heure de l'après-midi et ils mangeaient pas avant 7 heures le lendemain matin ! Ouais, parce que du coup, il fallait attendre les 8 heures, parce que c'est les 8 heures qui donnaient à manger ».*

- La maltraitance liée aux professionnels :

Deux éléments témoignent de cette thématique dans les propos de l'IDE I. Du fait qu'il soit amené à prendre en charge des patients de façon très brève et dans l'objectif d'amener une *« qualité des soins »*, il estime qu'il ne faut peut-être pas, pour lui, *« se surcharger en informations secondaires voire tertiaires et plutôt s'axer sur les choses importantes »*. Il convient toutefois que si celles-ci sont jugées *« inutiles à [son] esprit »*, elles peuvent *« être très importantes »* pour la personne soignée. A travers cette phrase, on peut observer ainsi un décalage entre la priorité du soignant et la priorité du patient. Dans un second temps, il met en évidence une certaine transparence du soigné : *« on leur apporte d'un coup, une multitude de possibilités... au final, ils sont trop passifs dans cette prise en charge, parce qu'on leur amène beaucoup de choses, des fois, on leur propose ou fait des choses sans sollicitation de leur part »*. Et poursuit en disant que le patient *« ne se sent pas écouté, il ne se sent pas pris en charge ou on ne répond pas forcément à ses questions, à ses besoins ou on est moins attentifs »*. L'IDE II témoigne aussi de la transparence des personnes soignées à travers l'exemple suivant : elle sait que les soignants ne sont pas sensés *« parler de choses personnelles devant un patient. Or, le fait de travailler en binôme, souvent, ça...ça arrive »*. Et quand je lui demande ce qu'en disent les patients, elle répond *« Ça m'est pas arrivé que... ils le disent, qu'ils l'expriment »* mais convient : *«Après peut-être, ils le pensent. Certainement même, des fois »*.

L'IDE III n'évoque pour sa part pas de phénomène de maltraitance par les professionnels. Elle témoigne en revanche du décalage de perception qu'il peut y avoir en ce que les professionnels perçoivent des soins qu'ils donnent et ce que les patients perçoivent des soins reçus. Elle

l'évoque en ces termes au sujet d'une lettre de plainte : « *Et nous on trouvait qu'il y avait quand même pas mal de choses qui ont été mises en place, qu'on avait quand même bien travaillé, 'fin on sentait... 'fin on avait l'impression d'avoir bien travaillé et au final, ce qu'ils nous renvoyaient eux dans leur courrier, bah c'était pas du tout ça ! C'est qu'en gros, on avait tout fait de travers !* »

- Deux infirmiers sur trois témoignent d'une maltraitance institutionnelle
- Deux infirmiers témoignent de la conscience de la transparence du patient à certains moments et du ressenti qui en découle pour le patient.
- Deux infirmiers témoignent d'un décalage entre la vision de l'infirmier et celle du patient (par rapport aux informations prioritaires ou aux soins réalisés)

Par le biais de leurs discours, je peux voir que les infirmiers ont conscience d'une certaine maltraitance qu'ils peuvent faire subir aux patients. Comment expliquer que ce phénomène perdure malgré cette conscience soignante? Quelles en sont les causes? Qu'est-ce qui peut expliquer ce décalage de perception entre le vécu infirmier et le vécu patient? Comment les soignants le vivent-ils?

VI. 2. Eléments présentés comme pouvant représenter un frein à l'attention portée au patient

VI. 2. 1. L'habitude/La banalisation

Il m'a semblé difficile de différencier ces deux éléments dans les discours des soignants. En effet, Hesbeen définit la banalisation comme l'oubli de la personne « *au sein des pratiques du quotidien* ». Or, le quotidien étant une répétition d'actions et l'habitude étant induite par la répétition des actions, je peux donc dire que banalisation et habitude sont intrinsèquement liées.

Seuls deux infirmiers évoquent ces phénomènes dans les soins.

L'IDE I confie « *Au début de ma carrière, je pense que je prenais le temps, j'ai été formé pour ça, je prenais le temps, je prenais en compte la personne. Après que peut être que, dans la durée du temps, les mêmes maladies, les mêmes contextes, on écoute moins et on s'oriente beaucoup plus sur l'exécutif* ». Il explique que ce moindre temps passé auprès du patient est dédié à « *faire des vérifications, faire autre chose qui au final sont au bénéfice du patient et qu'il ne se rend pas forcément compte* ». Il rajoute plus loin : « *Et puis pour nous, c'est simple, une prise de sang, une perfusion, c'est simple, mais pour une personne extérieure, c'est pas forcément compréhensible* ».

L'IDE II évoque quand à elle le thème de la routine. Si elle affirme « *nous dans notre service, c'est vrai que je pense qu'il y a moins de routine que dans d'autres services* » du fait des profils variés de patients et qu'elle ne sent pas « *pour l'instant [...] trop le côté routine qui impacte vu que je suis jeune diplômée* », elle confie toutefois qu'elle « *le voit peut-être sur certaines personnes qui sont proches de la retraite, là effectivement la routine ça va se voir* ». Elle précise juste : « *par rapport peut-être au rythme de travail ou quand ça fait très longtemps qu'on est dans un service effectivement ça peut jouer sur le prendre-soin* ». Elle ne parvient pas toutefois à exprimer concrètement sa pensée à travers des exemples.

L'IDE III n'a pas évoqué cette thématique.

- Deux infirmiers sur trois traduisent des propos relatifs à l'habitude et la banalisation.
- Un infirmier (5 ans de diplôme et qui va dans tous les services) témoigne de ce phénomène qu'il a vu s'installer dans sa pratique alors qu'une autre infirmière (6 ans de diplôme et dans le même service depuis 6 ans) ne se sent pas encore concernée par celui-ci mais dit l'observer sur des personnes proches de la retraite.

Au vu de ses éléments, on peut observer des positions opposées. Après la comparaison des différents discours, je peux émettre les questions suivantes : comment expliquer qu'avec quasiment les mêmes années d'expérience, l'un exprime qu'une habitude et donc une banalisation s'est installée dans sa pratique et que ceci impacte sur sa relation au patient et pas l'autre ? A quoi tient cette différence ? Est-ce dû à la spécificité des services dans lesquels ils exercent ? L'IDE I exprime-t-il une lassitude ? Cela tient-il à la personnalité infirmière ?

VI. 2. 2. Les mécanismes de défense

L'IDE I a exprimé la phrase suivante : « *Peut être que dans la durée du temps, les mêmes maladies, les mêmes contextes, on écoute moins et on s'oriente beaucoup plus sur l'exécutif* ». L'IDE II s'étend davantage sur les mécanismes de défense des soignants à travers les propos suivants : « *je suis pas hyperdouée sur le relationnel avec quelqu'un de dépressif qui a fait une TS ou chose comme ça* » et s'en explique sur le fait de ne pas se sentir légitime « *dans le sens où j'ai perdu les mots de vocabulaire pour décrire en fait leurs humeurs ou leurs troubles* ». Elle prend ensuite un autre exemple : « *Après, ça peut arriver aussi qu'il y ait des patients qui soient désagréables (souffle en riant), impolis [...] je pense que quelqu'un qui fait tout, qui se comporte de telle manière que l'on a pas forcément envie d'aller, d'être souvent avec lui, fin, en contact avec cette personne* ».

Pour ce qui est de l'IDE III, un mécanisme de défense se dégage d'un point de vue non-verbal. Elle rit en effet quand elle raconte le fait de devoir réveiller les patients à grands coups de « *Bonjour Monsieur, bonjour Madame, c'est le petit-dèj !* ». *On allume la lumière, on ouvre les volets, on te les remet dans le lit et puis « café ? chocolat ? ! lait ?? » BRAAAAAAAAAAAA !!! (rires)».*

A travers les mots de l'IDE I, je fais le lien avec le mécanisme de banalisation qui consiste à se concentrer sur la sphère physique (« *sur l'exécutif*») plutôt que d'être confronté sur la souffrance morale (« *on écoute moins*»). Les propos de la seconde infirmière rappelle quant à eux le mécanisme d'évitement (« *je ne suis pas hyperdouée sur le relationnel* ») concernant les patients psychiatriques ou quand elle dit qu'elle n'a pas forcément envie d'être en contact avec certains patients désagréables). Voire même d'esquive, quand elle dit qu'elle ne se sent pas légitime (« *j'ai perdu les mots de vocabulaire* »), ce qui rappelle un certain dénuement. Enfin, l'IDE III utilise le mécanisme de dérision par la manifestation de son rire pour atténuer la situation tout comme l'IDE II qui « *souffle en riant* ».

- Les trois infirmiers interrogés manifestent des mécanismes de défense.
- Les mécanismes de défenses évoqués par les infirmiers sont différents d'un soignant à l'autre : banalisation pour l'IDE I, évitement voire esquive et dérision pour l'IDE II et dérision pour la troisième.
- Les infirmiers interrogés utilisent majoritairement le pronom indéfini « on ».

Au vu de ces éléments, je peux voir que les mécanismes de défenses sont présents dans l'ensemble des propos des soignants. Est-ce une réponse à l'angoisse des soignants face aux situations de soins ? En quoi ces mécanismes impactent-ils sur la relation soignant/soigné ? Comment les patients perçoivent-ils ces comportements des professionnels ? De plus, que signifie l'utilisation du « on » ? Est-ce un moyen de se déculpabiliser en généralisant son comportement à un ensemble ?

VI. 2. 3. La vulnérabilité des soignants

L'IDE I met en avant plusieurs éléments pouvant fragiliser les soignants. Tout d'abord, il évoque la thématique de la fatigue voire de l'épuisement: « *c'est aussi une fatigue si nous, on est pas en forme, ça se retranscrit obligatoirement dans notre travail* ». Cette fatigue peut être due aux soignants « *qui donnent* » de trop d'eux-mêmes : « *cette énergie que l'on a positive, on le donne, on le donne à ces patients mais au bout d'un moment, on sent que l'on ne peut plus, on peut arriver à saturation, tellement on a donné sur le plan humain, physique* ». Cette fatigue peut aussi être due selon ses dires aux exigences des patients et aux représentations qu'ils ont de l'infirmier : « *ils pensent que, on leur doit les choses, ils... après il faut... c'est difficile à amener, hein... mais c'est eux qui viennent à nous, nous on a pas été vers eux et dès lors qu'ils sont à l'hôpital, on leur doit assistanat, on leur doit un transport,...* ». Il explique ce comportement des soignés de deux façons. La première est que : « *c'est peut-être... euh...l'origine du métier au départ, l'infirmière, c'était les bonnes sœurs qui s'occupaient, comment, des malades. Donc c'était toujours dans... Ces sœurs étaient dans l'aide, l'assistantat, on garde peut-être en nous cette part de... de.... (pause) cette étiquette* ». La seconde est que nous sommes davantage « *dans une société où on veut les choses maintenant-tout de suite et on essaye au mieux de répondre le plus rapidement aux besoins* ». Toujours selon cet infirmier, la vulnérabilité des soignants peut aussi être causée par « *l'équipe en général* ». Il évoque ensuite le thème de l'infirmier multi-tâches : « *le métier d'infirmier est au centre de tout ça et c'est l'acteur premier d'une prise en charge d'un patient et il peut arriver qu'au bout d'un moment, tout le monde s'attend à ce que tu fasses les choses mais tellement t'es sollicité de toute part, que au bout d'un moment, il y a une fatigue physique et intellectuelle sur la prise en charge* ». Il parle également des émotions en disant : « *si on s'accable trop, je trouve qu'au final on est pas, on est pas... utiles dans la prise en charge* ».

L'IDE II laisse transparaître, quant à elle, une notion de fatigue ou d'épuisement quand elle affirme : « *Ça arrive soit parce que c'est une prise en charge très lourde et donc on s'arrange pour passer le relais, pour changer de côté, voilà on dit avec les collègues que ça fait deux semaines que je suis de ce côté-là avec ce patient là qui en fait partie donc là j'ai besoin de changer* ». Et prend l'exemple d'une situation qu'elle a vécue comme « *très lourd[e]* » : « *c'était un patient qui était trachéotomisé, qui était euh... pour lequel on avait pas de contacts, il y avait plus de contact neurologique, qui nécessitait des soins importants parce que c'était quelqu'un de jeune avec du coup sa maman qui était très présente et sa famille, notamment sa maman qui était très présente, fin, tout le temps en fait* ». J'ai toutefois du mal dans son exemple à comprendre ce qu'elle a voulu dire exactement : la difficulté relevait-elle de l'âge du patient ? Ceci a-t-il suscité un transfert ? Était-ce dû au manque de communication, à un effet de stagnation de l'état du patient qui a pu être perçu comme un échec au fil des jours ? Ou bien la sur-présence de la mère en était-elle la cause ? Enfin, elle évoque également les problèmes personnels du soignant et indique que ceux-ci peuvent impacter sur la prise en charge.

L'IDE III traduit elle aussi une certaine fatigue si ce n'est un épuisement quand elle dit : « *Il faut toujours aller vite, en faire plus et toujours plus* », « *courir tout le temps* », « *le stress, toujours dans le speed, dans le vite* ». Elle parle également de l'infirmier multitâches qui doit jongler avec « *tous les petits parasites à côté, ça peut être le téléphone, ça peut être que ce soit*

pour les examens, pour le labo, le kiné qui vient le chercher, qui vient chercher le patient et qui nous dis pas forcément ou qu'on voit pas, et on rentre dans la chambre, on a plus de patient » et qui fait que l'infirmier est « partout et nulle part, quoi ».

- Les trois infirmiers interrogés laissent transparaître la notion de fatigue voire d'épuisement.
- Deux infirmiers mettent en avant la fonction multitâche de l'infirmier et les conditions de travail comme facteurs fragilisants.
- Un infirmier émet l'hypothèse que cette vulnérabilité est due à une sur-sollicitation des patients envers les soignants (avec en cause des représentations faussées du métier et une culture du tout-tout de suite).
- Un infirmier évoque une mauvaise gestion de ses émotions et un don non-maîtrisé de soi comme facteurs fragilisants.
- Une infirmière évoque les problèmes personnels.

Je peux ainsi voir que selon les dires des infirmiers, les éléments vulnérabilisants sont nombreux. Comment s'explique ce phénomène ? Quel impact dans la relation au soigné ?

VI. 3. Eléments présentés comme ambivalents

VI. 3. 1. Les conditions de travail

- Les évocations négatives

L'IDE I évoque les conditions de travail à travers le thème de la surcharge de travail quand il dit que certaines unités *« laissent moins le temps à cette approche d'écoute, ça retranscrit la surcharge de travail qui font que, à vouloir faire le soin sur plusieurs personnes, on est amené à passer peut être moins de temps auprès de la personne soignée en direct »*. Il s'en explique ainsi : *« il y a tout ce qui est administratif à gérer, les familles, les médecins, les rendez-vous, les examens, il y a tout ce qui est planifications, le travail avec les collègues, les transmissions, ça fait partie de notre journée. [...] C'est vrai que c'est un métier à l'hôpital où on doit gérer les personnels paramédicaux, les examens, les patients, les familles et aussi, les membres de l'équipe, que l'on doit pas oublier, c'est un peu du management, de l'accompagnement et de la formation aussi puisqu'on peut avoir des étudiants comme toi dans le service donc c'est plusieurs sollicitations »*. Au vu de ces conditions, il dit alors que certains actes, ceux sur *« prescriptions médicales »* qui *« ne peuvent pas être remis au lendemain ou à quelques heures »* sont priorisés au dépend d' *« un échange verbal »* qui *« peut lui ne pas être obligatoirement fait ce jour-là, à l'instant T »*. Il rajoute : *« On dit au final, que quand on retranscrit le nombre de moments passés à un patient, c'est souvent quelques minutes, une dizaine de minutes par patient »*.

L'IDE II n'évoque, pour sa part, pas de surcharge de travail mais la charge de travail : *« ça peut être le travail normal mais qui fait qu'on va se concentrer que sur un [...] patient pendant sept heures, quoi ! »*. Elle laisse à penser que ce phénomène est assez récurrent étant donné le nombre de fois où elle évoque ce sujet. Elle fait ensuite part des conséquences sur les autres patients : *« ça va empêcher d'être attentif aux autres, les autres vont être complètement délaissés mais vraiment, fin, c'est même pas entre guillemets, quoi ! »*. Elle convient que *« quand je sais qu'il y a beaucoup de travail à faire, je vais pas réussir à être dans l'écoute [...] c'est quelque chose qui prend du temps et pendant ce temps là, le reste ne se fait pas, le reste des soins ne se fait pas »*.

donc ça c'est quelque chose qui va être un peu laissé pour le jour d'après ou quand il y a plus de temps ».

L'IDE III confie pour sa part que le relationnel, c'est bien, *« quand on nous laisse le temps de le faire. Parce que c'est le plus souvent ça, c'est qu'on a pas le temps. Il faut toujours aller vite, en faire plus et toujours plus. On a de plus en plus de patients avec pas forcément de moyens infirmiers et/ou aides-soignants donc... C'est pas facile d'accorder le temps qu'il faudrait à chaque patient. Donc pour le soin relationnel, [...] on le fait avec l'appui d'un soin technique quand on va aller prendre une tension, quand on va faire une prise de sang, quand on va faire un pansement... Maintenant rentrer dans une chambre pour faire du relationnel pur et dur, tout simple, non ! ».* Elle laisse entendre, qu'au vu de ces conditions, certains patients sont délaissés : *« quand on est infirmière dans un secteur, les patients qui n'ont pas beaucoup de soins ou pas beaucoup de besoins, on va les voir le matin pour les traitements et la tension et on les revoit le midi pour les traitements, après dans la matinée, on ne retourne pas les voir. S'ils nous sollicitent pas, s'il y a pas besoin, on ne retourne pas les voir. Donc, on ne fait pas beaucoup de relationnel quand c'est comme ça ».* Elle témoigne de plus d'une hyper sollicitation de l'infirmier avec des éléments tels que le téléphone, les autres professionnels, les examens qui vont venir parasiter le soignant dans son travail. Enfin, elle reprend une situation qui l'a marquée où elle décrit une surcharge importante de travail (devoir donner à manger à 24 patients sur 26) où il aurait nécessité du personnel supplémentaire.

- Les évocations positives :

L'IDE I n'apporte aucun élément retranscrivant des conditions de travail positives.

L'IDE II, en soins intensifs, considère que outre les patients nécessitant des soins importants, *« si on a des patients classiques [...] ils seront mieux pris en charge, mieux cocoonés que dans un service où il y a douze patients pour une infirmière ».* Le maximum à charge de patients étant de six (le weekend et les nuits) et de trois le reste du temps.

Enfin, l'IDE III vante l'horaire de soins palliatif (un binôme infirmière/aide-soignante qui prend en charge quatre patients sur un horaire de journée) : *« je dirai qu'on va vraiment faire du relationnel à ce moment là. Surtout sur ce temps de binôme là. Je préfère travailler en binôme SP et avoir quatre patient et faire vraiment du relationnel, que d'avoir tout un secteur avec treize ou quinze patients, ça dépend quand on est en lit sup' et courir tout le temps, faire tout et n'importe quoi ».* Elle rajoute plus tard : *« C'est vrai que quand on est d'après-midi, je mens quand même parce qu'il y a pas que avec le binôme SP mais l'après-midi, on fait plus de relationnel. On essaye de travailler en binôme aussi l'après-midi quand c'est possible et c'est vrai que si, c'est plutôt un temps d'échange. On va plus discuter avec les patients, on va plus prendre le temps l'après-midi ».*

- Deux infirmiers sur trois témoignent d'une surcharge de travail qui engendre un manque de temps.
- Les trois infirmiers mettent en avant le fait d'avoir délaissés les patients du fait des conditions de travail (un patient qui passe avant au dépend des autres, des actes non-reportables qui se font au dépend du relationnel).
- Une infirmière déplore un manque de moyens et de personnels.
- Deux infirmiers témoignent d'une hyper sollicitation quotidienne.
- Une infirmière estime avoir des conditions de travail permettant une meilleure prise en charge que dans d'autres services du fait du nombre de patients à charge.
- Une infirmière estime que certains horaires favorisent la relation au patient.

De façon générale, les infirmiers laissent entendre que leurs conditions de travail ont un impact davantage négatif sur leurs relations au patient. A une époque où l'objectif est de replacer le patient au cœur du soin, comment peut-on expliquer que les conditions de travail ne s'inscrivent pas ou peu dans cette lignée ?

VI. 3. 2. L'expérience soignante :

L'IDE I confie que l'expérience a une double fonction. D'un côté, elle facilite la prise en charge soignante : *« on a une vision, on est amené à connaître plus de choses et à réfléchir sur plusieurs choses »*. L'autre versant est le suivant : *« peut-être que ça minimise le temps au niveau du patient pour pouvoir faire des vérifications, faire autre chose qui au final sont au bénéfice du patient et qu'il ne se rend pas forcément compte »*.

L'IDE II, en soins intensifs développe davantage le thème de l'expérience. Elle dit que celle-ci lui a en effet permis de ce détacher de l'aspect technique pour mieux se pencher sur le relationnel : *« au départ, j'étais très concentrée sur tous les soins, c'était mon premier poste donc je connaissais...pas grand-chose ! Donc c'est vrai que j'étais beaucoup plus attentive à tout ce qui était technique, pharmaco, etc... Alors que maintenant comme c'est un service où je suis depuis cinq ans, je connais pas mal de choses donc effectivement je suis beaucoup plus à l'écoute et des patients et des familles »*. Elle rajoute : *« Et puis je pense que je repère plus facilement, le patient qui a besoin de parler, qui a besoin d'écoute, le bon moment, les bons moments [...] quelqu'un qui va vraiment, qui va mal, je vais le repérer plus facilement et pourtant, et plus rapidement. Sans être passée autant de temps auprès de lui et pourtant je vais quand même repérer les signaux plus rapidement »*.

L'IDE III n'évoque pas cette thématique.

- Les deux soignants trouvent l'expérience bénéfique à la prise en charge des patients. Leurs avis divergent toutefois pour ce qui est de la finalité. Pour l'un, ceci amène à une analyse plus rapide de la situation et donc réduit le temps passé auprès du patient. Pour l'autre, l'expérience lui a permis de se détacher du technique et donc de passer plus de temps auprès des soignés.

Au vu de ces éléments contradictoires, je peux me demander : qu'est-ce qui détermine la perception des effets de l'expérience dans la relation soignant/soigné ? Une fois de plus, la spécificité du service est-elle en cause ?

VI. 4. Eléments non-envisagés en première intention

Arrivé à ce point, il reste des éléments qui sont ressortis du discours des soignants que je n'avais pas imaginé en première intention. Il me semble important de les présenter.

VI. 4. 1. La présence de la famille

L'IDE II et III ont toutes deux évoqué la présence de la famille. Quand elle prend l'exemple d'une prise en charge qu'elle estimait lourde, l'IDE I dit les mots suivants : « *c'était quelqu'un de jeune avec du coup sa maman qui était très présente et sa famille, notamment sa maman qui était très présente, 'fin, tout le temps* ».

L'IDE II dit pour sa part : « *Les familles des fois ne sont pas faciles à prendre en charge [...] parfois on a des familles qui vont être plus demandeurs que des patients. Donc, on va dire passer plus de temps à expliquer à la famille ou faire du relationnel avec la famille et le patient qui est dans le lit, s'il ne fait pas beaucoup de bruit ou s'il ne demande pas beaucoup de soins ou...* ».

- Dans les deux situations évoquées, la sur-présence de la famille semble gêner la prise en charge.

Je peux alors me demander : La présence de la famille interfère-t-elle dans la relation soignants/soignés ? Comment les soignants perçoivent-ils leur présence ? Que représente la notion de famille pour les infirmiers ?

VI. 4. 2. L'infirmier lui-même

Quand je demande à l'IDE I les éléments pouvant impacter sur l'attention au patient, celui-ci me répond que « *C'est infirmier-dépendant [...] je pense que certains sont plus axés sur le technique que sur le relationnel, c'est l'aspect personnel* ». Il offre ensuite l'idée suivante : « *j'ai toujours pensé qu'un soignant doit être en bonne santé, que ce soit physique et psychologique pour pouvoir donner un bon soin* ». Il explique sa pensée ainsi : « *c'est un sentiment que les personnes malades vous puisent de l'énergie et nous, on en donne pour les tirer vers le haut* ». Selon lui, un infirmier doit posséder « *une force de personnalité* ».

L'IDE II parle quant à elle des « *problèmes personnels qui restent pas à la porte* ».

- Deux infirmiers mettent en avant le fait de devoir « être bien dans sa tête » pour mieux appréhender la relation au patient.
- Un infirmier énonce que l'attention au patient dépend des « axes d'intérêt » de l'infirmier. Chaque infirmier doit avoir une force de personnalité.

Je peux ainsi voir que « l'être » infirmier impacte sur l'attention délivrée au patient. De ce fait, soignes-t-on en fonction de ce que nous sommes ? En fonction de nos valeurs ? Notre propre santé influence-t-elle notre relation au patient et notre perception de son vécu ?

VI. 4. 3. Le rôle du travail d'équipe

L'IDE I identifie une double source d'épuisement possible : *« en fonction des patients mais aussi de l'équipe en général parce que une équipe pour moi, c'est travailler ensemble »*. Il s'en explique ainsi : *« personne ne peut dire « je suis à 100% tous les jours ». C'est pas possible », de ce fait il « y a des moments où ceux qui sont plus disponibles prennent le relais sur ceux qui sont moins disponibles ce jour là [...] Ça c'est l'esprit d'équipe, une solidarité »*. Il explique ensuite que, si l'on veut que l'équipe perdure, il ne faut pas toujours s'appuyer sur les mêmes personnes (*« Je dis pas qu'on travaille pour les autres mais on se rend plus disponible, on est plus sollicités que les autres »*) qui risquent, elles aussi, de s'épuiser.

L'IDE II s'engage pour sa part sur le thème des tensions dans l'équipe soignante : *« c'est arrivé qu'il y ait des tensions dans l'équipe et [...] du coup [...] ça monopolisait un peu tous les soignants, l'esprit de tous les soignants [...] c'est un sujet qui revenait à chaque fois [...] Donc, ça va influencer un petit peu, forcément, sur la prise en charge du patient »*.

Pour sa part, l'IDE III affirme que l'attention accordée au patient, sa place dans le soin relève vraiment d'un *« souhait d'équipe, un souhait du médecin de faire que ou il y a du relationnel ou y en a pas. Evolution ou régression... »*.

- Les trois infirmiers mettent en avant l'importance de la dynamique d'équipe dans le prendre-soin des patients.
- Un infirmier présente l'équipe comme une source d'épuisement possible du fait d'une plus grande sollicitation par les collègues.
- Une infirmière développe la thématique des tensions dans l'équipe et ses répercussions sur la prise en charge.

Je peux ainsi voir que la dynamique d'équipe a un rôle important dans la prise en charge du patient. Qu'est-ce que l'esprit d'équipe ? Quels éléments participent à un bon fonctionnement d'équipe ? Qu'est-ce qui fait que des tensions vont apparaître ? Quels ressentis des patients ?

VII. Analyse croisée et émergence de l'objet de recherche

Après avoir réalisé la confrontation des idées présentées par les trois professionnels, je vais à présent les confronter avec les propos des auteurs. Au vu du nombre limité de pages, je ne vais toutefois m'intéresser qu'aux éléments les plus importants qui sont ressortis de mon analyse et qui me permettront de délimiter mon questionnement. J'ai pu regrouper ces éléments en trois champs principaux : le prendre-soin, l'environnement et la personnalité infirmière.

VII. 1. Le prendre-soin

VII. 1. 1. Le patient-partenaire

Je rappelle succinctement que pour l'IDE I, l'attention au patient, se définissait par une volonté de rendre le patient actif dans sa prise en charge en favorisant sa compréhension de sa maladie ou encore de ses traitements. Ceci n'est pas sans rappeler le concept de « *patient-partenaire*⁵³ ». Ce thème, évoqué comme une « *idée-force mobilisante*⁵⁴ », est apparu dans les hôpitaux de Montréal, au Québec. Il est défini ainsi : « *Le patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe clinique. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe pour les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent*⁵⁵ ». L'attention au patient, n'est-ce pas justement de lui permettre d'être acteur dans sa prise en charge, donc digne en tant qu'être humain d'y jouer un rôle ? L'attention au patient, n'est-ce pas de le rendre autonome pour le rendre partenaire des soins ?

VII. 1. 2. Les attentes des patients

Dans le cadre de cette démarche d'initiation, il ne m'est pas possible d'interroger des personnes vivant une hospitalisation et de déterminer leurs attentes vis-à-vis des infirmiers. Dans un de ses écrits⁵⁶, Walter Hesbeen reprend justement une étude qui s'attache à cette thématique. Il m'a semblé intéressant de vous en faire part. Cette étude⁵⁷ a été publiée en 1996 par l'Ordre de Infirmières et Infirmiers du Québec. On peut ainsi observer que les attentes des patients se distinguent en trois catégories principales :

- La communication : les patients souhaiteraient que les infirmiers aient le souci de se présenter, d'informer sur l'intérêt et les modalités des traitements, de prendre du temps et de s'attacher à transmettre les informations selon les besoins, de répondre aux appels

⁵³ PHANEUF Margot, *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*, Mai 2013, consulté le 24/04/2015 à partir de : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf>

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ ⁵⁶ HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Editions Masson, Mars 1997, pages 52 à 56. Consulté le 25/03/2015.

⁵⁷ MILLAR C., « A la rencontre des besoins des clients », in *L'infirmière du Québec*, mars-avril, 1996, consulté le 25/03/2015.

et demandes dans un temps raisonnable, de s'attacher à avoir une cohérence d'équipe quant aux informations délivrées,...

- Les habilités et connaissances techniques : les infirmiers doivent « *posséder des connaissances techniques avancées et faire preuve d'assurance*⁵⁸ », être attentifs à la personne soignée ou encore « *adopter un rythme de soins déterminé selon un horaire acceptable pour eux*⁵⁹ ».
- Les habilités et comportements : les infirmiers doivent être polis, respectueux, attentifs, faire ce qu'ils promettent, maîtriser leur langage non-verbal, être rassurants, montrer qu'ils sont dignes de confiance, ne pas montrer qu'ils n'ont pas de temps à accorder au patient.

VII. 2. L'environnement

VII. 2. 1. Les conditions de travail

Pour définir brièvement, les conditions de travail recouvrent l'ensemble des modalités d'exercice d'une profession en fonction de l'environnement matériel, des effectifs humains, des avantages sociaux ou encore de l'organisation. Au cours des entretiens, les infirmiers ont, chacun à leur façon, laissé entendre que leurs conditions de travail pouvaient avoir un impact négatif dans la relation au patient (manque de temps, de personnels, patients délaissés, charge de travail voire surcharge,...). Mais comment expliquer ce phénomène ?

Par le biais de mes lectures, j'ai pu avoir un éclairage économique qui explique en partie voire totalement ce phénomène. Les conditions de travail des infirmiers sont notamment dépendantes de l'économie. Comme l'explique Guillaume Sarlat, inspecteur des finances, la protection sociale et le marché financier sont intrinsèquement liés. Ils ont en effet une vocation commune. Les marchés financiers reposent sur un principe d'échanges de façon à ce que leurs agents financiers ajustent « *leur patrimoine et leurs revenus futurs en fonction des scénarios économiques qu'ils anticipent*⁶⁰ ». La protection sociale, quant à elle, est un ensemble de mécanismes d'assurance collective « *qui permettent de transférer des revenus entre des agents pour venir couvrir des risques*⁶¹ ». Ainsi, « *marchés financiers et protection sociale ont donc fondamentalement le même rôle économique et social : transférer, entre les agents économiques et dans le temps, des revenus et des risques*⁶² ».

Or, le pays connaît actuellement un état de crise économique depuis 2008 du fait de la crise des marchés financiers, qui s'est par la suite muée en crise de dette souveraine au printemps 2010. La réduction des déficits publics est donc devenue un enjeu majeur pour permettre au pays de se relever : « *des plans d'assainissement des finances publiques ont partout été mis en œuvre avec des conséquences directes sur les dépenses de protection sociale*⁶³ ». Ainsi : « *Pour tenir ses engagements européens en matière de réduction du déficit public, la France a elle aussi été contrainte de s'engager dans la voie d'une réduction structurelle de ses dépenses publiques. Dans cette perspective, la maîtrise de la progression de la part des dépenses sociales dans le produit intérieur brut (PIB) est un impératif majeur. La France consacre en effet 11,8 % de son*

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ SARLAT Guillaume, « Marchés financiers et protection sociale », *Les Tribunes de la santé* 3/2012 N° 36, pages 41/46, consulté le 26/03/2015.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid.

⁶³ VINCENT Gérard, ARCOS Cédric, PRIGENT Alice, « Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital », *Les Tribunes de la santé* 3/2012 (n° 36), p. 47-54 consulté le 27/03/2014.

PIB, soit 220 milliards d'euros par an, aux dépenses de santé. Au sein de cette dépense totale, 167,1 milliards d'euros sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, les dépenses hospitalières représentant 43,6 % de cette somme (46,3 % pour les dépenses de soins de ville). Dans ces conditions, et alors que le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale reste à un niveau préoccupant, les pouvoirs publics ont décidé de réduire le taux de progression annuelle de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de 2,8 à 2,5 %, soit un effort annuel de 700 millions d'euros ». Les hôpitaux publics français ont donc dû s'engager sur les conditions suivantes : « dynamisation de la politique des achats, gestion active du patrimoine, réorganisation et développement d'activité. Au regard de son importance dans les budgets hospitaliers, la masse salariale n'a bien entendu pas échappé à ce mouvement d'économie et se situe même au cœur des plans de retour à l'équilibre financier⁶⁴ ».

Ces restrictions engendrent ainsi des conséquences pesantes sur les professionnels infirmiers : réduction du nombre d'emplois qui suscite une augmentation de la charge de travail, fatigue professionnelle voire burn out, arrêts de travail fréquents ou encore une moindre présence auprès des patients.

VII. 2. 2. Le conditionnement du service

J'ai pu voir des disparités dans la formulation de l'attention portée au patient. Tandis que les deux infirmiers de médecine ancrèrent leurs discours uniquement sur le relationnel (ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils ignorent la sphère physique), l'infirmière de soins intensifs a mis sur le même pied d'égalité l'attention à la sphère physique et relationnelle. Je me suis alors demandé si le service dans lequel on exerce détermine notre attention portée au patient ? Sommes-nous conditionnés par notre spécialité ? Un exemple donné par M. Chauleur, cadre de santé et formatrice, me revient à l'esprit. Elle prenait l'exemple d'une situation d'urgence au temps où les cursus pour devenir infirmier psychiatrique ou infirmier de médecine générale étaient séparés. Deux étudiants, appartenant à ces cursus différents, se sont retrouvés face à un patient en état de crise aiguë. Tandis que l'une percevait les symptômes d'une embolie pulmonaire ou un œdème aigu du poumon (ma mémoire me fait défaut), l'autre diagnostiquait une crise d'angoisse.

La notion de conditionnement a été initiée pour la première fois par Pavlov. Il a réalisé une expérience après d'un chien : il a habitué celui-ci à recevoir de la nourriture au son d'une clochette. De ce fait, dès que le son retentissait, le chien se mettait à saliver, sans pour autant que la nourriture soit sous ses yeux. Ce phénomène « provient de l'association entre des stimuli (c'est-à-dire des phénomènes issus de l'environnement qui vont stimuler l'organisme) et les réactions automatiques de l'organisme⁶⁵ ». Être conditionné constitue ainsi le fait d'agir en réponse à une influence externe. Celle-ci détermine nos comportements ou encore nos idées.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ « Conditionnement classique et conditionnement opérant »:

<https://paradoxa1856.wordpress.com/2008/12/18/conditionnement-classique-et-conditionnement-operant/>
consulté le 27/04/2015.

VII. 3. La personnalité infirmière

VII. 3. 1. La vulnérabilité de la personne infirmière

Si la vulnérabilité des personnes malades est couramment évoquée, celle des soignants reste très peu mentionnée. La vulnérabilité est « *le caractère de ce qui est vulnérable, fragile, précaire, de ce qui peut être attaqué, blessé, endommagé* »⁶⁶. Mais d'où vient la vulnérabilité de la personne soignante ?

Comme nous allons le voir, celle-ci peut provenir de la conception que les infirmiers ont de leur propre métier. Le décalage qui existe entre l'idéal et la réalité du terrain peut être source d'épuisement et donc de vulnérabilité du fait d'une volonté d'atteindre des objectifs trop hauts et qui contribue à épuiser l'énergie du soignant. Les infirmiers ont évoqué cette vulnérabilité dans les entretiens au travers des mots comme la « *fatigue* » ou encore le « *stress* ». Ces éléments combinés (les sollicitations continues, un idéal non atteint) en plus du contexte professionnel (avec des facteurs comme la surcharge travail, un manque de communication, de soutien,...) peuvent conduire à ce qui est appelé le burn out. Celui-ci correspond à un « *syndrome d'épuisement professionnel* »⁶⁷ consécutif à un stress poussé à son paroxysme. Les soignants étant des humains comme les autres, les personnes qui en sont la proie souffrent d'un état d'épuisement général et d'une dépression sur une période prolongée avec des symptômes tels que les céphalées, les troubles du sommeil, les troubles cognitifs et de la mémoire ou encore une irritabilité.... Les chiffres en eux-mêmes parlent de cette vulnérabilité soignante au travers de ceux du burn out. Voici par exemple ceux d'un document qui a vu le jour en 2010: « *En ce qui concerne les infirmiers, une étude réalisée en France sur quelques 3 600 infirmiers et infirmiers spécialisés montre des scores de burn-out élevés (tels que mesurés à l'aide du Maslach Burnout Inventory ou MBI) chez 21,1 % d'entre eux dès 5 ans d'ancienneté. Ce taux croît ensuite de manière régulière avec l'ancienneté pour toucher 26,8 % des infirmiers ayant plus de 25 ans d'ancienneté. Ces résultats sont corrélés avec les scores obtenus à l'aide d'un autre questionnaire qui fournit un score de burn-out physique et psychologique : le Copenhagen Burnout Inventory ou CBI. Les résultats obtenus avec cette échelle révèlent des scores de burn-out moyens et élevés chez respectivement 58,8 % et 16,6 % des infirmiers de moins de 5 ans d'ancienneté* ».⁶⁸ « *Il est fondamental de comprendre que l'épuisement professionnel est d'abord l'expression d'un refus de perdre le sens du soin* »⁶⁹. Autre élément vulnérabilisant présenté par Margot Phaneuf : « *le fait de se laisser piéger dans la situation émotionnelle du malade* »⁷⁰. Elle décrit ce phénomène et ses conséquences ainsi : « *La soignante de personnalité affectivement dépendante et celle qui est émotionnellement très sensible sont promptes à s'émouvoir et certaines « carburent » même à l'intensité émotionnelle des situations critiques.[...] Il en résulte une fatigue accrue et avec le temps, par effet de rebond, une lassitude du service, une usure de la compassion et un risque d'épuisement professionnel caractérisé par une diminution*

⁶⁶ <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Vulnerabilite.htm>, consulté le 27/04/2015.

⁶⁷ Cahier des sciences infirmières N°18. Elsevier Masson Edition 2010. Pp185 consulté le 27/04/2015.

⁶⁸ « Le syndrome de burn-out » : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Le_syndrome_du_burn-out.pdf consulté le 27/04/2015.

⁶⁹ PRAYEZ Pascal, *Distance professionnelle et qualité des soins*, Editions Lamarre, page 53 consulté le 28/04/2015.

⁷⁰ PHANEUF Margot, *Relation qui apaise, personnalité soignante et usure de la capacité d'empathie*, Novembre 2013. Consulté le 04/01/2015 à partir de : www.prendresoins.org/.../Relation-qui-apaise-personnalite-soignante-et-us...

*progressive de la capacité de se tourner vers les autres pour les comprendre, qu'il s'agisse des malades ou des compagnes de travail*⁷¹».

Ensuite, comme l'évoquait l'IDE I, l'histoire de la profession laisse des traces sur le métier actuel par le biais des représentations sociales. Les représentations sociales sont « *un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions particulières du milieu social, et qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception ou d'analyse des situations et d'élaboration des conduites*⁷² ». L'infirmière reste ainsi, à des degrés différents, associée à l'image de la religieuse qui fait don total de sa personne au profit des plus nécessiteux, consacrant son temps et sa vie personnelle aux autres. Cette image reste véhiculée par les médias comme par exemple cette nouvelle série documentaire (bien éloignée de la réalité) qui s'invite dans les services d'urgences et dont l'un des épisodes s'intitule « *notre vie, c'est vous* »⁷³. Mais comme l'explique Marie de Hennezel : « *Longtemps, l'infirmière a bénéficié d'une très grande considération. Son dévouement sans limites lui a valu la reconnaissance des malades et des familles. Mais cette reconnaissance-là, la profession n'en veut plus. Car elle la cantonne à une image trop idéalisée, une image qui n'a rien d'humain, finalement. La barre est trop haute. L'infirmière d'aujourd'hui demande autre chose : la reconnaissance de son humanité, donc de sa vulnérabilité. Elle n'est pas cette sainte, corvéable à merci, qui renonce à toute vie personnelle. Elle demande qu'on lui reconnaisse le droit d'être épuisée, de souffrir, d'avoir des limites, quand la charge de travail est trop lourde et qu'elle est exposée à la souffrance et à la mort des patients* ».⁷⁴ Marie de Hennezel met ainsi en avant le décalage entre ce qui est attendu des soignants par les personnes étrangères au système de soins et ce qu'ils sont en mesure de donner réellement. Les sollicitations des patients, de leurs familles, des familles au téléphone, peuvent alors susciter une fatigue importante.

VII. 3. 2. Les valeurs

Si le mot « valeur » ne transparait pas directement dans les propos des infirmiers, cette notion m'est apparue à plusieurs reprises au cours des hypothèses émises suite à l'analyse de leurs discours. C'est pourquoi j'ai voulu m'y pencher un instant. Les valeurs se définissent, tout d'abord, comme étant « *des éléments d'un idéal de vie humaine, considéré comme bon ou meilleur [...] constitué d'éléments essentiels à une personne, à une organisation, à un groupe, à une société, cet idéal comprend une manière d'être ou d'agir, considérées comme durables et désirables, personnellement ou socialement préférables à leur contraire*⁷⁵ ». Il existe différents niveaux de valeurs : les valeurs personnelles (acquises pendant l'enfance), les valeurs sociales (admises par l'ensemble de la société) et les valeurs professionnelles. Celles-ci « *sont en quelque sorte des valeurs intermédiaires entre les valeurs personnelles et les valeurs sociales puisqu'elles ne concernent qu'un groupe social particulier, les professionnels* ». Elles « *déterminent une grande part de leur éthique professionnelle*⁷⁶ ». De là, je peux alors me demander : les valeurs propres à chaque infirmier influencent-elles l'attention portée au patient?

⁷¹ Ibid.

⁷² MOSCOVICI S., cité par Fischer Gustave-Nicolas, « *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* », Paris, Dunod, 1996, page 125. Consulté le 27/04/2015.

⁷³ « 24h aux urgences : notre vie, c'est vous », diffusé sur NT1 le 11/12/2014.

⁷⁴ DE HENNEZEL Marie *Le souci de l'autre*, Editions Robert Laffont, pages 80-81, consulté le 27/04/2015.

⁷⁵ DESAULNIERS Marie-Paule et JUTRAS France, *L'éthique professionnelle en enseignement: fondements et pratiques*, Project Muse, Editions Presses de l'Université du Québec. Consulté le 27/04/2015.

⁷⁶ Ibid.

Au regard de ces éléments et dans l'objectif de réaliser un éventuel travail de Recherche en Soins Infirmiers, j'ai ainsi pu déterminer un nouvel objet de recherche :

En quoi l'environnement de travail et la personnalité infirmière déterminent-ils le prendre soin?

Conclusion

En conclusion, je peux dire que les éléments de mon cadre théorique sont entrés en résonance, de façon plus ou moins importante, dans le discours des professionnels interrogés. J'ai ainsi pu retrouver les thématiques suivantes : l'empathie, le prendre-soin, les mécanismes de défense, l'habitude, la banalisation ainsi que la maltraitance ordinaire. J'ai également pu voir transparaître des données auxquelles j'avais moi-même pensé au regard de ma question : les demandes et attentes des patients, la vulnérabilité des soignants, les conditions de travail ou encore l'expérience des professionnels. Enfin, j'ai pu découvrir au travers de leurs paroles, des éléments que je n'avais pas envisagés. Ceux-ci sont venus élargir le champ de compréhension de ma situation : la présence de la famille, l'infirmier lui-même et le rôle du travail d'équipe sont autant de données nouvelles présentées par les soignants comme influençant l'attention accordée aux patients. Ces idées m'ont permis d'ouvrir une palette d'investigation plus large en interrogeant ou réinterrogeant les concepts suivants : le patient-partenaire, l'attente des patients, les conditions de travail, le conditionnement du service, la vulnérabilité de la personne infirmière et enfin, ses valeurs.

C'est ainsi que j'ai pu passer d'une question d'initiation à la démarche de recherche à une véritable question de recherche, qui est : « En quoi l'environnement de travail et la personnalité infirmière déterminent-ils le prendre-soin ? ».

Susciter un tel questionnement permet, à mon sens, de garder à l'esprit la singularité de ceux que nous prenons en charge au quotidien. C'est aussi un moyen de comprendre que toutes les conditions ne sont pas nécessairement réunies pour permettre aux soignants d'atteindre un idéal de prise en charge. Comme j'ai pu l'observer dans le discours des infirmiers interrogés, ceux-ci ont en effet conscience des besoins des patients et des retentissements de leurs comportements sur ces personnes. Chacun soigne en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il peut mais aussi en fonction des possibilités qui lui sont données. Cette démarche m'a permis d'appréhender ces pratiques d'un point de vue nouveau et ainsi de sortir d'un certain jugement vis-à-vis de celles-ci. Toutefois, ce n'est pas parce que les mécanismes en sont entendus que des pratiques comme la maltraitance ordinaire sont pour autant acceptables. Il convient de maintenir une analyse régulière de nos pratiques soignantes afin de permettre l'amélioration de la qualité de nos soins. La communication entre les différents acteurs du système des soins (incluant les patients) reste ainsi un maillon à préserver.

Je tiens à rappeler que cette démarche est qualitative et non pas quantitative, l'échantillon de personnes interrogées ne reflète pas les pensées de l'ensemble de la profession. En axe d'amélioration, je pense qu'il aurait fallu que j'interroge des personnes ayant des années d'expérience différentes pour peut-être percevoir l'impact des années sur la prise en charge. Le temps imparti pour l'écriture de ce mémoire n'a finalement pas été un obstacle comme je le pensais, même si cela a paru effrayant au début.

L'élaboration de ce travail de recherche confirme ainsi ma volonté d'inscrire le patient au cœur des soins infirmiers et de promouvoir ces pratiques de bientraitance.

Bibliographie

ALVESTEGUI Gonzalo, Méthodologie MIRSI 1^{er} et 9 Avril 2015, Analyse des lectures et des entretiens, Guidance 5 et 6, consulté le 19/04/2015.

BERTHOZ S., KRAUTH-GRUBER S., Juin 2011, *La face cachée des émotions*, éditions Le Pommier et Universcience éditions. Consulté le 07/12/2014.

CHABROL Henri, « Les mécanismes de défense », *Recherche en soins infirmiers* 3/2005 (N° 82), p. 31-42, consulté le 01/04/2015.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (article L4311-1)

DE HENNEZEL Marie, *Le souci de l'autre*, Editions Robert Laffont, Février 2004. Consulté le 09/03/2015.

DE KETELE Jean-Marie, ROEGIERIS Xavier, Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'études de documents, Editions de boeck, page 14, consulté le 15/04/2015

DUPUIS Michel, GUEIBE Raymond, HESBEEN Walter, *La banalisation de l'humain dans le système de soin*, Editions Seli Arslan, 2011. Consulté le 19/04/2015.

EXCHAQUET et ZUBLIN, *Effectif et organisation pour des soins infirmiers adéquats*, Paris, Le Centurion - p 92. Consulté le 12/04/2015

Haute Autorité de Santé : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette_maltraitance_v3.pdf, consulté le 22/03/2015.

HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Editions Masson, Mars 1997. Consulté le 25/03/2015.

LAUDY Danielle, DURAND Guy, DUPLANTIE Andrée, LAROCHE Yvon, *Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Contexte socioculturel et scientifique*, Broché, page 225. Consulté le 02/05/2015.

LECOMTE J., « L'empathie et ses effets », EMconsulte, *Savoirs et soins infirmiers*, Janvier 2010, article 60-495-B-10. Consulté le 22/03/2015.

MAC SAY Stephen, « Habitude », tirée de *L'encyclopédie anarchiste* de Sébastien Faure, édité en Décembre 1934 par les presses d'E. Rivet. Consulté le 20/11/2014 à partir de : <http://www.encyclopedie-anarchiste.org/index.html>

MALABOU Catherine, *L'avenir de Hegel: plasticité, temporalité, dialectique*, Editions Vrin, page 85. Consulté le 15/04/2015

MILLAR C., « A la rencontre des besoins des clients », in *L'infirmière du Québec*, mars-avril, 1996, consulté le 25/03/2015.

MORSE Janice M., ANDERSON Gwen, BOTORFF Joan L., YONGE Olive, O'BRIEN Beverley, SOLBERG Shirley M., HUNTER MCLLVEN Kathleen, « Analyse de l'empathie :

est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers ? », *Recherche en Soins Infirmiers* n°58, Septembre 1999. Consulté le 03/01/2015.

PHANEUF Margot, *Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux*, 2007, consulté le 12/03/2015.

PHANEUF Margot, *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*, Mai 2013, consulté le 22/03/2015 à partir de : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf>

PHANEUF Margot, *Relation qui apaise, personnalité soignante et usure de la capacité d'empathie*, Novembre 2013. Consulté le 04/01/2015 à partir de : www.prendresoin.org/.../Relation-qui-apaise-personnalite-soignante-et-us

ROGERS Carl, *Empathique, qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur*, 1982. Consulté le 22/12/2014 à partir de : www.afpacp.fr/doc.php?dc=doc017.pdf

RUSZNIEWSKI Martine. *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Partie 3 « les mécanismes de défense des soignants », Editions Dunod, 1995. Consulté le 01/04/2015

SARLAT Guillaume, « Marchés financiers et protection sociale », *Les Tribunes de la santé* 3/2012 N° 36, pages 41/46, consulté le 26/03/2015.

TISSERON Serge, « L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ? », *Médecine des maladies Métaboliques*, Octobre 2011, Vol. 5, N°5 Consulté le 24/11/2014.

VINCENT Gérard, ARCOS Cédric, PRIGENT Alice, « Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital », *Les Tribunes de la santé* 3/2012 (n° 36), p. 47-54 consulté le 27/03/2014.

WALTI-BOLLIGER Marianne, FONTAINE Michel, « Réalisation de soi du résident en établissement médico-social, un phénomène à comprendre » *Recherche en Soins Infirmiers* N° 104 - MARS 2011. Consulté le 15/04/2015.

Liens internet :

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/etre-humain/> consulté le 18/04/2015.

http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/modele-virginia-henderson-diapor_681.pdf diapositive 3, consulté le 18/04/2015.

http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/21807-patient-definition#simili_main consulté le 18/04/2015.

<http://www.encyclopedie-anarchiste.org/articles/h/habitude.html>
Dictionnaire Larousse en ligne consulté le 17/04/2015

« Conditionnement classique et conditionnement opérant »:
<https://paradoxa1856.wordpress.com/2008/12/18/conditionnement-classique-et-conditionnement-operant/> consulté le 27/04/2015.

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Vulnerabilite.htm>, consulté le 09/03/2015.