



**U. E. 3.4. : Initiation à la démarche de recherche**  
**U.E. 5.6. : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles**  
**U. E. 6.2. : Anglais**

**TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES**

**Semestre 6 – Session 1**

**« LE TEMPS C'EST DE L'ART, GENS »**  
*La qualité du soin infirmier : Entre temporalité et humanité*

**GONZALEZ-PEREZ Sandra**

Etudiante en Soins Infirmiers - 3ème année  
Promotion 2011 – 2014  
Institut de Formation en Soins Infirmiers de Fleyriat  
900, route de Paris  
01012 BOURG EN BRESSE CEDEX

Source image de couverture [lesenfantsdechonos.blog.com](http://lesenfantsdechonos.blog.com)

Note aux lecteurs :

«Ce travail de fin d'études est le fruit d'un travail personnel ; en l'occurrence, il ne saurait faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur ».

*« On a toujours assez de temps quand on en fait un bon usage. » Goethe*

*« La plus coûteuse des dépenses, c'est la perte de temps. » Théophraste*

*« On ne possède rien, jamais qu'un peu de temps. » Eugène Guillevic*

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Aline DEBEUX pour m'avoir guidée lors de ce travail écrit de fin d'études. Il lui aura fallu faire preuve de beaucoup de professionnalisme pour répondre à mes besoins en matière de conseils et d'indications, sans toutefois dépasser les limites d'un accompagnement neutre.

Egalement, j'adresse mes remerciements à la documentaliste de l'école, ainsi qu'aux autres formateurs de notre promotion, particulièrement à Mesdames Elisabeth COLIN et Marie FERNANDES, pour avoir répondu à certaines de mes questions, pour avoir entendu certaines de mes craintes, et pour m'avoir soutenue dans ce travail. Merci.

J'adresse une pensée à Monsieur Jean-Bernard HOG, qui m'a accompagnée au début de ce projet, mais qui n'a pas pu continuer. Je lui souhaite un prompt rétablissement.

Merci aux professionnels de santé qui m'ont accueillie au sein de leurs services, qui m'ont fait vivre des moments extraordinaires, qui m'ont enseigné le métier. Merci aussi à ceux qui ont accepté de m'écouter, et qui ont répondu à mes questions pour l'élaboration de ce travail.

Enfin, le mérite revient à mon mari et à mes enfants, qui ont su accepter mes humeurs, qui ont pu être patients et attendre ce moment où « maman aura fini son mémoire ».

Pour leur douceur, pour leur aide, pour leur soutien inconditionnel, pour leurs encouragements durant ces trois ans, pour avoir su me motiver lors de périodes de doute, pour avoir cru en moi, je leur dois une reconnaissance éternelle. Ils ont été mon moteur, je les aime de tout mon cœur.

# POEME

## ECOUTER

### « **Ecouter,**

*C'est peut-être le plus beau cadeau que nous puissions faire à quelqu'un...*

*C'est lui dire, non pas avec des mots, mais avec ses yeux, son visage, son sourire : tu es important pour moi [...] je suis heureux que tu sois là [...]*

### **Ecouter,**

*C'est commencer par se taire....*

*[...] Bien souvent, ce que l'autre dit n'est qu'une occasion de parler de soi.*

*Ecouter, c'est commencer par arrêter son petit cinéma intérieur, son monologue portatif, pour le laisser transformer par l'autre. C'est accepter que l'autre entre en nous-même comme il entrerait dans notre maison et s'y installerait un instant.*

### **Ecouter,**

*Ce n'est pas chercher à répondre à l'autre, sachant qu'il a en lui-même les réponses à ses propres questions. C'est refuser de penser à la place de l'autre, de lui donner des conseils et même de vouloir le comprendre. Ecouter, c'est accueillir l'autre avec reconnaissance tel qu'il se définit lui-même sans se substituer à lui pour lui dire ce qu'il dit être [...]*

### **Ecouter,**

*C'est ne pas vouloir que quelqu'un soit comme ceci ou comme cela, c'est apprendre à découvrir ses qualités spécifiques.*

*Être attentif à quelqu'un qui souffre, ce n'est pas donner une solution ou une explication à sa souffrance, c'est lui permettre de la dire et trouver lui-même son propre moyen pour s'en libérer.*

### **Apprendre à écouter quelqu'un,**

*C'est l'exercice le plus utile que nous puissions faire pour nous libérer de nos propres défenses...*

*Ecouter, c'est donner à l'autre ce que l'on ne vous a peut-être encore jamais donné : de l'attention, du temps, une présence affectueuse [...]*

*C'est devenir poète, c'est à dire sentir le cœur et voir l'âme des choses. [...] »*

Texte extrait de l'annexe 1 du livre de Walter HESBEEN, Prendre soin à l'hôpital.

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
• Présentation de la situation d'appel .....	2-3
• Formulation de la problématique .....	4
• Questionnement .....	5

## **I. CADRE THEORIQUE**

**Pages 7 à 19**

### **1.1 L'HOPITAL**

1.1.1 Définition .....	7
1.1.2 Historique de l'institution hospitalière .....	7
1.1.3 L'hôpital du 21ème siècle .....	8
1.1.3.1. La T2A .....	8
1.1.3.2. La loi HSPT .....	8
1.1.4 Les missions .....	9

### **1.2. LE SOIN INFIRMIER**

1.2.1 Le soin .....	10
1.2.2 Les soins .....	10
1.2.3 L'infirmier .....	10
1.2.4. Le soin infirmier .....	11
1.2.4.1 La rencontre soignant-soigné .....	12
1.2.4.2 La relation de confiance .....	12
1.2.4.3 L'exercice de la profession .....	12
Le Cure, ou faire des soins .....	13
Le Care, ou prendre soin .....	13
Les limites à la relation soignant-soigné .....	14
Les valeurs soignantes .....	14

### **1.3. LA TEMPORALITE**

1.3.1 Définitions .....	15
1.3.1.1 La contrainte .....	15
1.3.1.2 La temporalité .....	15
1.3.1.3. L'évolution .....	15
1.3.2. L'évolution des contraintes en milieu hospitalier .....	15
1.3.3 L'impact possible de la pression temporelle sur le métier soignant .....	15-16

### **1.4 LA QUALITE DES SOINS**

1.4.1 La qualité .....	17
1.4.2. La démarche qualité .....	17
1.4.3. La qualité des soins infirmiers .....	17

1.4.4. Les déterminants de la qualité .....	18
1.4.4.1. Politique et économie .....	18
1.4.4.2. Organisation institutionnelle .....	18
1.4.4.3. Acteurs de santé : comportement et compétences .....	19

## **II. ENQUÊTE AUPRÈS DE PROFESSIONNELS** **Pages 21 à 23**

2.1. Objectifs de la recherche .....	21
2.2. Choix de l'outil d'enquête .....	21
2.3. Population interrogée .....	21
2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	22
2.5. Elaboration du recueil d'informations .....	22
2.6. Difficultés rencontrées .....	23

## **III. ANALYSE DES RESULTATS** **Pages 25 à 35**

3.1. Données sociales des personnes interrogées .....	25
3.2. Valeurs des infirmières .....	25
3.3. Les soins infirmiers .....	26
3.3.1. Faire des soins .....	26
3.3.2. Prendre soin .....	26-27
3.3.3. Interrelation Care – Cure .....	27-28
3.4. L'idéal du soin .....	29
3.5. Le heurt de l'idéal du soin .....	30
3.6. Représentations de la qualité .....	31-32
3.6.1. Les soins .....	32
3.6.2. Le soin .....	32
3.6.3. L'équipe .....	32
3.7. L'évolution des pratiques soignantes .....	32
3.7.1. L'aspect ressenti comme positif .....	32
3.7.2. Les aspects ressentis comme négatifs .....	32 à 34
3.8. Conserver sa motivation de soignant .....	34 - 35

## **IV. SYNTHÈSE DES RESULTATS** **Pages 36 - 37**

<b>CONCLUSION</b> .....	38 - 39
-------------------------	---------

### **ANNEXES**

# INTRODUCTION

Lorsque j'ai décidé de changer de voie professionnelle, j'ai tout d'abord exploré plusieurs pistes en envisageant toujours un ensemble d'aspects importants (ma famille, les enjeux financiers d'une reconversion professionnelle). J'ai alors choisi de m'engager dans la profession infirmière qui synthétisait à elle seule des valeurs et des axes de vie fondamentaux pour moi.

J'avais alors un idéal, une représentation de la qualité des soins apportés aux patients. J'accordais également une haute importance au temps que je leur offrais pour les écouter et les prendre en compte ainsi de manière globale.

Cependant, au fil de mes stages, j'ai pu constater que l'exercice infirmier pouvait ne pas forcément se dérouler de la manière que je l'avais imaginée, et que je pouvais être heurtée dans mes représentations par des facteurs extérieurs à la profession, auxquels je n'avais pas pensé.

Un stage en EHPAD<sup>1</sup> et plus récemment un autre en service de médecine, m'ont effectivement fait prendre conscience de deux choses : l'existence d'une certaine pression temporelle dans le domaine de la santé (comme dans les autres secteurs d'activité) ; et la crainte que ma conception humaniste du métier infirmier ne vienne s'y opposer.

Dès lors, face à ce heurt, et face au doute qui a pu m'envahir concernant mon futur accomplissement professionnel, en devenant infirmière, je suis aujourd'hui amenée à m'interroger.

Aussi, au travers de ce travail écrit de fin d'étude, ai-je choisi de traiter de l'écart que j'ai pu constater entre mes idéaux et la réalité du terrain. En l'occurrence, je me suis intéressée aux contraintes temporelles rencontrées par les soignants, contraintes qui, par ailleurs, semblent pouvoir entraver leur métier dans sa visée humaniste.

Ainsi, j'expliciterai, dans la première partie de mon travail, une situation que j'ai vécue en stage et les questionnements que cette dernière a soulevés en moi. Dans un second temps, je développerai le cadre conceptuel en lien avec mes recherches, cadre dans lequel j'exposerai les concepts de l'hôpital, du soin infirmier, de la temporalité ; et je terminerai par celui de la qualité de soins. En dernier lieu, je parlerai de la phase d'exploration que j'ai menée auprès des professionnels, en expliquant la méthodologie employée. Je pourrai alors élaborer une synthèse et une analyse des réponses qui m'ont été apportées, ainsi qu'une hypothèse de réponse à ma question de départ. De même, j'expliciterai les limites de mon travail et enfin la suite que je souhaiterai lui donner.

---

1 Lire Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

## PRESENTATION DE LA SITUATION D'APPEL

**D**urant mes stages, plusieurs situations de soin m'ont posé question, et m'ont donné matière à élaborer une réflexion, par le biais des analyses de la pratique professionnelle. Souvent, elles avaient en commun : Le temps dans le soin, le positionnement infirmier, le cœur du métier, surtout le « prendre soin » et la représentation que j'en ai.

Parmi les situations que j'ai été amenée à rencontrer, celle que je retiens pour ce travail de fin d'études, s'est déroulée durant ma 2ème année d'études, dans un service de médecine :

Je suis au 4ème jour de mon stage, le matin, et encadrée par une ASDE<sup>2</sup> du service, je m'apprête à aller faire une toilette complète au lit à Madame J., une patiente de 99 ans.

Cette dame est entrée dans le service depuis plusieurs jours, pour altération de l'état général, anorexie et syndrome dépressif. Elle est dépendante de l'aide des soignants pour se mobiliser et manger. Notons qu'elle est toujours très algique, notamment au niveau de ses extrémités, ceci à cause de l'arthrose dont elle souffre. En dehors de ce problème de santé, aucune pathologie n'a été révélée par les investigations menées.

J'ai remarqué qu'elle est seule. En effet, elle ne reçoit malheureusement aucune visite malgré le fait qu'elle ait 19 petits-enfants. Ce sentiment de solitude et ce besoin de présence l'ont d'ailleurs conduite à sonner souvent, la veille du soin dont je vais parler. Lorsque j'allais voir ce que je pouvais faire pour elle, elle répondait simplement « rien » et semblait triste. Et alors que je lui proposais de repasser la voir plus tard, elle me demandait « Vous revenez bientôt, einh ? ».

Le soin, en l'occurrence la toilette au lit, que je vais faire à Madame J., doit, selon les pratiques d'évaluation, être réalisée « en technique », et par hémicorps (ceci afin de préserver l'intimité de la patiente).

Ce matin là, tôt, notons qu'elle a assisté au décès de sa voisine de chambre, et j'ai pu observer qu'elle prend des positions "vicieuses". Elle tenait des propos morbides la veille, que je trouve accentués le matin lors de la distribution des traitements. J'en informe l'IDE<sup>3</sup> du service. Et je pense alors que venir faire sa toilette va me donner l'occasion de lui apporter un peu de bien-être.

Entre l'installation de la patiente, du matériel, ainsi que l'évacuation du chariot de linge sale, je vais passer 40 à 45 mn auprès d'elle. Apaisée, détendue, Madame J. s'est endormie ; je suis alors satisfaite puisque j'ai atteint l'objectif que je m'étais fixé.

Néanmoins, pendant ce temps que je lui ai accordé, un médecin est venu nous interrompre pour lui palper l'abdomen qu'elle disait douloureux. De même, une seconde ASDE ainsi qu'une étudiante en Soins Infirmiers 1ère année sont venues dans la chambre assister au soin. Et l'IDE du service est plusieurs fois venue voir "*où ça en est avec cette toilette*".

A la fin, l'ASDE et elle me disent "*tu as mis beaucoup trop de temps, il faut speeder ; tu as 20 mn, pour faire une toilette complète au lit, pas plus ! D'ailleurs à l'école ils vous le disent, que c'est 20 mn, pas la peine de nous dire le contraire, on le sait qu'ils vous l'apprennent comme ça*".

Je suis alors surprise, je ne me souviens pas avoir appris de notion de temps, en 1ère année, lors des cours portant sur l'hygiène, les soins de confort et de bien-être ; aussi je décide de vérifier

---

2 Aide Soignante Diplômée d'Etat

3 Lire Infirmière Diplômée d'Etat

dans mes cours et auprès des ESI<sup>4</sup> 1ère année et EAS<sup>5</sup> cet aspect des choses. Mais je ne trouve confirmation de ceci nulle part, dans aucun cours donné à l'IFSI<sup>6</sup>, ni auprès d'aucun étudiant. Les formateurs nous apprennent plutôt qu'un soin est vraiment centré sur la personne, donc susceptible d'évoluer en fonction des capacités de cette dernière.

Le lendemain matin, j'entre dans la chambre d'une autre patiente qui était la veille en état de choc ; dès mon arrivée dans la chambre, l'IDE (la même que la veille) me dit tout de suite "*une prise de sang, c'est 2 minutes*". Je n'ai pas encore eu la possibilité d'approcher la patiente, ni de me présenter ou lui expliquer le soin que je m'appête à lui faire.

---

4 Etudiants en Soins Infirmiers

5 Etudiants Aide-Soignants

6 Institut de Formation en Soins Infirmiers

## FORMULATION DE LA PROBLEMATIQUE

Dans la situation de la toilette comme dans celle de la prise de sang, la singularité des patientes ainsi que leurs besoins ou capacités personnelles, ne pouvaient pas être pris en compte. Mais malgré mon profond malaise, malgré mon ressenti, j'ai souhaité réajuster mes gestes et techniques de soins selon le modèle organisationnel des professionnels du service. Aussi suis-je retournée, au cours du stage, faire des toilettes complètes au lit en hémicorps, sur des patients dépendants et algiques. Je les ai effectivement pratiquées chaque fois plus rapidement, dans les "temps impartis", mais cela m'a énormément contrariée.

Après chacune d'entre elles, je me suis sentie très mal, ayant systématiquement l'impression de ne pas "prendre en soin" le patient, et de déshumaniser le soin. Mon ressenti ne se mesurait « qu'en » termes de production, comme si je devais travailler sur des machines. J'avais l'impression de ne devoir « voir » la personne que comme une chose, un objet quelconque à manipuler sans égard. J'ai alors de nouveau pensé à certaines autres situations, sur d'autres terrains de stages, similaires en terme de « manque de temps ».

Est-ce qu'il me serait alors offert d'écouter les patients afin de prendre en compte leurs possibilités physiques, émotionnelles, leurs attentes en matière d'accompagnement au recouvrement de leur santé ? Telle est la première question qui est venue me hanter, me faisant douter de mes possibilités de m'investir dans la profession que j'avais choisi d'exercer par humanité.

La temporalité, que j'ai été surprise de trouver si prégnante, dans le soin, m'a alors fait réfléchir pour tenter d'appréhender ce que je considérais comme de la « déshumanisation ». Me questionnant, de fait, au regard de la qualité du soin que je pourrai offrir.

Venant du milieu de l'industrie à caractère productif, j'ai peut-être été davantage sensibilisée au manque de temps auquel les soignants peuvent, eux aussi, être confrontés, lors des soins. Partant du constat que l'automatisme, la rapidité d'exécution d'une tâche, peuvent faire perdre du sens à un métier, j'ai décidé de quitter mon ancien poste. Et après avoir pris conscience du sens que je souhaitais donner à ma vie, j'ai repris mes études, avec le souhait de devenir infirmière. La formation théorique et les stages m'ont permis de me sentir en accord avec moi-même, dès lors que j'avais la possibilité d'accompagner les patients dans une perspective d'humanité.

Néanmoins, certaines situations de soin, dont celle explicitée, m'ont confrontée à une évidence : J'étais rattrapée par mes valeurs, et je me sentais de nouveau dans « l'impasse financière et productive » d'une profession que je n'avais pas envisagé sous cet « angle ».

Les possibilités de me rendre disponible, et de comprendre comment soigner en prenant en compte la temporalité, ont été interrogées. Il me fallait alors tenter de mettre en lien ma pratique, ainsi que mes capacités d'investissement, qui semblaient pouvoir être entravées par des contraintes actuellement instituées.

## QUESTIONNEMENT

Aujourd'hui, au travers de ce travail de fin d'études, je souhaite étudier le métier avec une nouvelle approche, en tant que future professionnelle ; ceci afin de me l'approprier dans une éthique qui puisse concilier ma conception du soin infirmier, mes valeurs, avec une offre de soins qui semble de nos jours plus soumise aux contraintes économiques et temporelles.

Ainsi, avant d'aller interroger des infirmiers, je me suis beaucoup documentée. Sur la « place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique du soin », sur le « care », sur le « cure », sur la notion de qualité dans les soins, ainsi que sur la manière « d'appréhender le temps ».

Selon Walter Hesbeen, être soignant s'entend par la mise en œuvre d'un ensemble de « petites choses », c'est faire « de l'art ». Pour lui, « prendre soin » constitue une valeur humaniste. La qualité est ainsi posée comme valeur de référence par chaque soignant cherchant « à éprouver du plaisir par le résultat atteint ou [...] par la sincérité et la pertinence de l'intention qui l'animait dans l'action menée ».<sup>7</sup>

Il fait également la distinction entre LE soin et LES soins, les corrélant respectivement au fait de « prendre soin » et de « faire des soins ».

Néanmoins, et parallèlement aux concepts de soin développés par cet auteur, il est nécessaire de tenir compte de contraintes actuellement prégnantes y compris dans le domaine de la santé. En effet, certains articles traitent de la difficulté qu'auraient aujourd'hui les soignants à concilier l'exercice de leur profession, avec une offre de soins qui semble plus soumise aux contraintes économiques.

Toutes ces réflexions, ces nouvelles façons de penser le soin infirmier m'ont amenée à m'interroger de cette manière :

Mes représentations du soin infirmier sont-elles fondées sur une part de réalité ou sont-elles purement utopistes ? La pression temporelle a-t-elle un impact sur le soin ? Le modifie-t-elle ? De manière plus concise, je me suis posée la question suivante :

*Dans ce contexte de contrainte temporelle, comment se sentir soignant ?*

« Prendre soin » a-t'il toujours toute sa place dans l'exercice de la profession infirmière ? Ou « faire des soins » a-t'il pris le dessus ? Ainsi, une conception humaniste du métier infirmier est-elle réhibitoire, en regard des possibilités d'exercer, de nos jours ? Comment comprendre la qualité ?

En résumé, ma problématique et mon travail de recherche peuvent alors s'articuler autour de la question suivante :

***« En quoi la conception humaniste de la prise en charge infirmière peut-elle s'accorder avec les contraintes de temps, pour répondre aux exigences de la qualité des soins, à l'hôpital ? »***

---

7 HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier – Penser et agir dans une perspective soignante, Paris, Editions Masson, 1999.

## **1ERE PARTIE**



## **APPORTS CONCEPTUELS**

## I. CADRE THEORIQUE

### 1.1 L'HOPITAL

#### 1.1.1. Définition

Selon le dictionnaire Le Larousse, l'hôpital est un « *établissement public ou établissement privé ayant passé certaines conventions avec l'État et où peuvent être admis tous les malades pour y être traités* »<sup>8</sup>.

Par « tous les malades », entendons qu'il n'y a aucun critère restrictif, que ce soit d'ordre ethnique, religieux, culturel ou social.

L'encyclopédie universelle en ligne, Wikipédia, rajoute même, sur sa page web dédiée à l'hôpital, le fait qu'« *on y rencontre aussi des SDF qui ne savent pas où dormir, ainsi que des personnes âgées qui n'ont plus de toit et pas de maison de retraite* »<sup>9</sup>. Dès lors, l'étymologie du mot « hôpital » prend tout son sens : En effet, il est dérivé du latin *hospes* (qui signifie « hôte »), la racine de « hospitalité » (« l'action de recevoir autrui chez soi »).

#### 1.1.2. Historique de l'institution hospitalière<sup>10</sup>

Pourtant, pendant l'antiquité, hospitalité et assistance étaient strictement réservées à la famille. Les notions d'adversité et de danger liés à la présence éventuelle d'étrangers chez soi étant trop prégnantes. Les invalides et soldats blessés étaient alors, quant à eux, soignés par des infirmières militaires dans des lieux d'hébergement public.

C'est au Moyen Âge qu'est née l'idée d'assistance pour tous. Basée sur les consignes religieuses laissées par le Christ (charité, accueil...), elle permettait d'offrir de la compassion aux pénitents, eux mêmes censés se racheter de leurs péchés par la souffrance qu'ils enduraient.

L'hôpital, alors placé sous l'autorité de l'évêque, fonctionnait grâce aux ressources de la charité individuelle. Il n'était pas encore lieu de soins médicaux.

A la fin de la Renaissance, se transformant plus en refuge pour les sans abris, il souffre alors de problèmes d'ordre financier. L'accueil des personnes sans domicile continuera, mais cependant dans une mesure plus étroite, au profit des malades atteints de pathologies curables.

Lors de la Révolution, l'hôpital va devoir faire face au nombre croissant de pauvres, l'exposant alors de nouveau à des soucis pécuniers, en l'occurrence à une augmentation considérable de ses dépenses.

C'est pourquoi les pouvoirs publics vont alors se désengager de sa gestion, dès lors municipalisée en 1796 puis redevenue indépendante en 1851.

Au début du 20ème siècle, suite à la création de la Sécurité Sociale et des mutuelles, il devient affaire d'état (en 1941).

En 1958, sous la Vème République, l'hôpital est financé par les pouvoirs publics, mais la gratuité des soins prodigués entraîne une surconsommation de ces services.

8 Source web : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%B4pital/40365>, page consultée le 21 Février 2014

9 Source web : <http://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital>, page consultée le 21 Février 2014

10 Source web : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>, page consultée le 22 Février 2014

La période des « 30 glorieuses »<sup>11</sup> sera particulièrement prospère pour la France et son système de santé.

Néanmoins, entre 1980 et 1990, devant des coûts de plus en plus élevés, l'institution sera de nouveau réformée, voyant son nombre de lits et ses durées de séjours réduits.

### 1.1.3. L'hôpital du 21ème siècle

Dès lors, de nos jours, un ouvrage mentionne le fait que l'hôpital ne serait a priori « *plus le centre de la prise en charge des malades* » il n'en serait « *plus qu'un pôle, dont le coût doit être réduit.* »<sup>12</sup>

Lieu où le « *soin aigu hyperspécialisé* »<sup>13</sup> s'est développé, il semblerait qu'il soit désormais davantage dédié à soigner les pathologies aiguës que chroniques. Le soin de ces dernières serait en effet « *d'autant plus coûteux qu'il nécessite du temps [...et comporte beaucoup d'incertitudes sur son évolution]* »<sup>14</sup>.

Différentes révisions de sa gestion ont, de fait, eu lieu, modifiant peut-être son concept de base.

#### 1.1.3.1. La Tarification A l'Activité (ou T2A)<sup>15</sup>

Effectivement, le financement des hôpitaux a subi un changement depuis l'instauration de la T2A en 2005. L'objectif de cette réforme était d'augmenter l'efficacité et la qualité des soins. L'hospitalisation en ambulatoire a été développée, permettant alors la combinaison de l'amélioration du rendement, et un retour à domicile plus rapide pour le patient.

#### 1.1.3.2. La loi Hôpital Santé Patients Territoire (HSPT)<sup>16</sup>

Puis, l'hôpital a encore évolué. En effet, plus récemment, et plus précisément depuis 2009, il est régi par la loi HSPT, qui prétend à son tour à l'amélioration du système de santé Français.

Cette loi, outre l'établissement officiel d'une démographie médicale, et l'égal accès aux soins, a attribué la gestion de l'institution à un directeur recruté sur CV<sup>17</sup>, nommé en conseil des ministres, et dont le pouvoir est lié aux objectifs fixés par la politique. Depuis lors, l'état exerce une emprise globale sur la santé, rationalisant l'offre de soins et souhaitant réduire les coûts.

L'obligation de rentabilité soulève des craintes précises : Que la logique économique ne vienne dépasser la logique médicale<sup>18</sup>.

#### 1.1.3.3. Les missions de l'hôpital

Un changement s'est effectivement opéré au fil du temps, les missions de l'hôpital se précisant afin

---

11 Période de l'après-guerre, s'étalant de 1946 à 1975

12 ROTHIER NAUTZER Eliane, Le Care négligé, Collections Science du Soins, Editions De Boeck Estem, Septembre 2013, page 123

13 Ibid

14 Ibid

15 Source web : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>, idem

16 Idem

17 Lire Curriculum Vitae

18 Citation de La Tribune, du 28/04/2009, page 2 – Citation tirée de la page web :

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Loi\\_du\\_21\\_juillet\\_2009\\_dite\\_%C2%AB\\_H%C3%B4pital,\\_patients,\\_sant%C3%A9\\_et\\_territoire\\_%C2%BB](http://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_du_21_juillet_2009_dite_%C2%AB_H%C3%B4pital,_patients,_sant%C3%A9_et_territoire_%C2%BB), consultée le 23 Février 2014

de s'adapter aux évolutions de la société. Elles forment aujourd'hui un vaste ensemble, qui va de la prévention aux soins, en passant par l'enseignement et la formation, sans oublier la sécurité et la qualité des soins.

Ces missions plongent leurs racines dans l'histoire de l'institution hospitalière, telle que nous l'avons décrite plus haut.

Toutes sont assurées à différents niveaux, par différents acteurs.

Intéressons nous ici au personnel soignant, plus particulièrement aux infirmiers, ainsi qu'aux soins qu'ils prodiguent.

## 1.2 LE SOIN INFIRMIER

### 1.2.1. Le soin

Le mot « soin », lorsqu'il est écrit au singulier, est difficilement interprétable, car c'est un terme assez général, employé dans diverses situations.

Par exemple, le dictionnaire le Robert, le définit comme une « *manière appliquée, exacte, scrupuleuse (de faire quelque chose)* »<sup>19</sup>.

« Faire quelque chose », suppose ainsi une action, quelle qu'elle soit ; dès lors, faire quelque chose avec soin signifie alors porter une grande attention à.

Ceci dit, ce terme, le « soin », semble revêtir un sens effectivement très général et se rattacher à l'application, la précision, d'un individu pour une action.

Néanmoins, force est de constater qu'il prend une toute autre connotation si nous l'évoquons au pluriel.

### 1.2.2. Les soins

En effet, les définitions qui en sont alors données se rapportent davantage aux personnes.

Ainsi, toujours selon le Robert, il s'agirait d'« *actes par lesquels on soigne*» ou encore d'« *actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé* »<sup>20</sup>.

De la même manière, le dictionnaire Larousse précise qu'il s'agit d'« *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* », d'« *actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* ».

Par essence, il est possible de le rapprocher ici de l'Homme, et du concept qu'en donne Walter HESBEEN lorsqu'il dit que « *lorsqu'il est orthographié au singulier, (il) désigne l'attention positive et construite portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui* »<sup>21</sup>

Cet auteur réunit ainsi l'idée de « faire quelque chose » (« *construite* », « *réaliser* ») et également l'idée de « veiller » sur autrui (« *attention positive* », « *avec lui ou pour lui* »), en lui portant une « *attention positive*».

Il semble faire le lien entre soin et soins.

Pour Laure MARMILLOUD, les soins désignent « *les actes par lesquels on s'occupe avec attention de quelqu'un ou de quelque chose* ».<sup>22</sup>

### 1.2.3 L'infirmier

Au début du Moyen-Âge, « *le modèle dominant de la femme soignante, c'est la religieuse* »<sup>23</sup>. Les soeurs agissaient sous la direction des médecins, sachant qu'en outre « *le travail de soin repose [...] sur la gratuité* »<sup>24</sup>. Dans le don de Soi et le sacerdoce, elles s'occupaient des « infirmes ».

Aujourd'hui, la profession infirmière a évolué, tant dans la formation qui précède son exercice que dans les personnes qui l'habitent (il ne s'agit plus de religieuses). Elle désigne une profession

---

19 Dictionnaire Le Robert, dictionnaire pratique de la langue Française, Paris, Editions France Loisirs, Paris, 2004

20 Ibid

21 HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante, op.cit., page 93

22 MARMILLOUD Laure, Soigner, un choix d'humanité, Editions Vuilbert, page 15

23 Source web: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>, page consultée le 03 Janvier 2014

24 Ibid

paramédicale, régie par un code de déontologie<sup>25</sup> spécifique, et dont l'exercice est décrit dans des textes législatifs du Code de la Santé Publique<sup>26</sup>.

Selon le site internet santé médecine, « *un infirmier est un professionnel de la santé qui soigne les patients tout en s'assurant de leur confort, leur hygiène et leur bien-être* »<sup>27</sup>.

Le site gouvernemental [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) en complète le sens par la notion de participation « *à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement* »<sup>28</sup>.

En effet, l'exercice de la profession infirmière comprend une multitude d'actions ; nous nous attacherons donc, afin d'expliquer la prise en charge infirmière, à définir la profession du point de vue de ses fonctions.

#### 1.2.4. Le soin infirmier

Le soin infirmier est défini comme « *l'ensemble des actes prodigués à des individus qui en ont besoin* »<sup>29</sup>. Il désigne « *autant une pratique qu'une posture morale* »<sup>30</sup>.

Dans un de ces ouvrages, Walter Hesbeen l'assimile à une « *attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne ou à ses proches en vue de leur venir en aide dans la situation qui est la leur* »<sup>31</sup>.

Pour lui, il s'agit bien d'être centré sur le patient, dans sa singularité, afin de contribuer à son bien-être.

Ainsi, en regroupant les concepts sus-mentionnés, le soin infirmier peut être décrit comme comportant plusieurs dimensions, qu'il serait réducteur de vouloir caractériser de manière exhaustive.

Néanmoins, et en émettant le souhait de ne pas paraître trop simpliste, il pourrait s'apparenter au fait de veiller à porter une attention, des soins curatifs et/ou psychologiques, ainsi qu'un accompagnement à une personne, en la prenant en compte de manière holistique, et en intégrant ses proches au plan de soin.

En l'occurrence, en plus de leurs connaissances théoriques des pathologies, techniques de soins curatives, préventives, voire palliatives, les soignants accompagnent les patients dans un processus de recouvrement de leur santé et de leur autonomie.

Aussi, afin que cela soit possible, afin que chaque être humain, unique, soit entendu, le soin infirmier débute par le fait d'entrer en relation avec, de faire connaissance avec ; ceci afin de

---

25 ARTICLES R. 4312-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

26 Les articles R4311-1 à R4311-5 précisent les soins relatifs au rôle propre infirmier. Et les articles R4311-7 à R4311-9 précisent les soins relatifs au rôle sur prescription médicale. Cf annexe 3

27 Source web : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/20616-infirmier-definition>. Page consultée le 15 Janvier 2014

28 Source web : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000017832771&idSectionTA=LEGISCTA000006171306&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080531>, page consultée le 03 Janvier 2014

29 Source web : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/23747-soin-infirmier-definition>. Page consultée le 15 Janvier 2014

30 Ibid

31 HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Editions Masson, Mars 1997, page 66

cheminer avec (le patient).

En effet, comme le confirme Laure Marmilloud, « *pour soigner il ne suffit pas de maîtriser des gestes techniques, de comprendre des mécanismes physiopathologiques [...] ; la grande affaire du soin est d'approcher un homme, de le rencontrer* »<sup>32</sup>

#### 1.2.4.1. La rencontre soignant-soigné

Une rencontre suppose que plusieurs protagonistes soient réunis à un moment de leur existence, ceci de manière parfois fortuite.

Il est donc fait mention d'un contact entre des hommes. Et par définition, être en contact signifie être en relation, en communication, être liés, et également être touchés (d'un point de vue physique, mais aussi émotionnel).

Afin d'atteindre ce premier objectif, qui est de rencontrer son patient, le soignant l'accueille. Il « *fait connaissance avec un visage* » qui « *parle du sujet* »<sup>33</sup>.

Voici une première opportunité pour le soignant d'établir un lien avec le patient. C'est le moment qui paraît le plus propice, au fait de « *déceler les attentes de la personne, ce qui l'inquiète le plus et ne relève pas toujours directement de la pathologie* ».<sup>34</sup>

Avec la volonté de s'impliquer dans cette relation de soin, chaque fois unique, le soignant construit, au fil du temps, une relation de confiance avec son patient.

#### 1.2.4.2. La relation de confiance

« *La relation patient-infirmière est le pivot central des soins infirmiers. Il est indispensable d'avoir le plus d'éléments possibles concernant sa dynamique [...] afin de pouvoir l'utiliser vraiment* »<sup>35</sup>.

De même, elle ne connaît pas de limite dans le temps. Elle se construit chaque jour, et peut être remise en question au fur et à mesure de l'évolution de l'état de santé du patient.

Dès lors qu'elle a pu s'établir et qu'elle peut perdurer, chaque protagoniste s'enrichit au contact des différences et des compétences de l'autre. Ceci en poursuivant un but commun : le confort et le rétablissement du patient.

Elle correspond alors à une démarche interactive entre le soignant et le soigné.

#### 1.2.4.3. L'exercice de la profession

La profession infirmière s'articule autour de deux grands axes : les soins sur rôle propre<sup>36</sup>, et ceux sur rôle prescrit<sup>37</sup>.

Plus schématiquement, il y a le « faire des soins » et « le prendre soin », deux notions qu'il conviendrait de distinguer. En effet, selon Laure Marmilloud, « *« prendre soin » ne dit pas tout à fait la même chose que « faire des soins » . [...] En tant qu'étudiant nous apprenons à faire des*

---

32 MARMILLOUD Laure, Soigner, un choix d'humanité, op.cit., page 18

33 MARMILLOUD Laure, Soigner, un choix d'humanité, op.cit., page 20

34 MARMILLOUD Laure, Soigner, un choix d'humanité, op.cit., page 31

35 POLETTI Rosette, Les soins infirmiers - théories et concepts, Editions du Centurion, 1980, page 61

36 Article R4311-3 du Code de la Santé Publique

37 Article R4311-1 du Code de la Santé Publique

*soins, en premier lieu, donc à réaliser des actes* ».<sup>38</sup>

En l'occurrence, faire des soins semblerait signifier : effectuer des actes techniques.

- Le « cure » ou « faire des soins »

Effectivement, outre les explicitations fournies par les articles du Code de la Santé Publique, Walter Hesbeen définit le « cure » par opposition au « care », en ce sens qu'il le rattache à la fonction de soigner, guérir. Rosette Poletti le rejoint dans la différence qu'il conviendrait de faire avec le « Care » : Lui même serait « *l'essence des soins infirmiers* » et s'appliquerait plus au « *maintien et au recouvrement de la santé* »<sup>39</sup>.

Pourtant, selon Eliane Rothier Nautzer, le « cure » « *ne peut être définitivement efficace en excluant le Care, la sollicitude et le soin mêlés* »<sup>40</sup>.

Ainsi, ces deux dimensions de soin semblent pouvoir s'articuler pour former le soin infirmier dans sa globalité.

- Le « care » ou « prendre soin »

En effet, afin de prendre en compte le besoin singulier du patient, tant au niveau somatique que psychologique, il convient d'écouter, de L'écouter, de L'entendre.

C'est sur cet aspect de la nécessité d'une écoute active et singulière que se base Walter Hesbeen lorsqu'il écrit que « *le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide [...]* » rajoutant qu'il « *ne peut, à chaque fois, qu'être unique* »<sup>41</sup>. Selon lui, « prendre soin » serait plus corrélé à une notion de « *corps-sujet* », contrairement à « faire des soins » qui serait plutôt relié au « *corps-objet* », posant ainsi la question du respect de la place du patient dans le projet de soin.

Ainsi, « prendre soin » signifierait la prise en compte du patient dans sa globalité, et non seulement au regard de la pathologie dont il souffre.

Ceci dit, il semble plus difficile de définir de manière précise cette dimension de la profession infirmière. Cela pourrait être, comme le suggère Laure Marmilloud, dû au fait que « *l'expression « prendre soin » n'est pas très utilisée dans le langage courant soignant* » car elle aurait en fait une connotation affective qui « *viendrait brouiller la frontière entre la sphère privée et la sphère professionnelle* »<sup>42</sup>. Ce qui semble poser ici la question des limites à la relation soignant-soigné.

- Les limites à la relation soignant-soigné

Une limite se définit comme le « *degré extrême de quelque chose, seuil de ce qui est acceptable* »<sup>43</sup>.

---

38 MARMILLOUD Laure, Soigner, un choix d'humanité, op.cit., page 15

39 POLETTI Rosette, Les soins infirmiers – théories et concepts, op.cit., page 89

40 ROTHIER NAUTZER Eliane, Le Care négligé, collections sciences du soin, Editions De Boeck estem, 2013, page 30

41 HEBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital – inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Editions Masson, Paris, 1997. Page 8

42 MARMILLOUD Laure, Soigner, un choix d'humanité, op.cit., page 16

43 Source web : [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

Les soignants, en prenant en soin les patients, se « risquent » à laisser cours à leurs affects. Or, et afin d'adopter une attitude professionnelle, et de définir les limites à la relation soignant-soigné, Jean Lombard et Bernard Vandewalle nous rappellent qu'il est nécessaire que les soignants aient la

*« capacité de n'être ni trop proche ni trop éloigné du patient mais de trouver la bonne distance. [...] Trop près du patient, l'émotion ou l'affect l'emporte et le jugement ou bien la décision manque de sûreté. Trop loin, il n'y a plus que la froideur professionnelle dans sa technicité, où l'humanité risque de se perdre »<sup>44</sup>*

- Les valeurs soignantes

Walter Hesbeen nous dit que

*« Une valeur constitue une clé permettant de donner sens à ma vie, à mon action, un idéal [...]. Une valeur ne désigne donc pas, par définition, quelque chose qui est, mais bien quelque chose qui est à faire, à réaliser [...]. Bref, le contenu de la valeur ne se révèle qu'avec le progrès de celle-ci. Nul ne peut le définir a priori »<sup>45</sup>*

Il semblerait donc que les valeurs soient personnelles. de composante à la fois intellectuelle et émotionnelle, elles s'acquièrent dès l'enfance, par le biais de l'éducation. De même, elles évoluent en fonction de nos expériences de vie.

Hormis ces dernières, citons la nécessité pour les soignants d'avoir des connaissances et des compétences qui pourraient s'apparenter à des valeurs « professionnelles » : les « savoir », « savoir-faire » et « savoir-être ». Ceux ci s'articulent pour former la globalité de la compétence<sup>46</sup>.

Le savoir-être<sup>47</sup> correspond au fait de savoir « trouver le juste comportement [...], adopter les comportements et attitudes attendus dans une situation donnée »<sup>48</sup>.

Notons qu'il est en première ligne dans une relation, même s'il semblerait que de nos jours la société soit « matérialiste, centrée sur l'efficacité et la production »<sup>49</sup> et que de ce fait, les professionnels soient « surtout préoccupés des savoirs et des savoirs-faire »<sup>50</sup>.

Interrogeons nous sur cette notion de production, rythmée, de fait, par la temporalité.

---

44 LOMBARD Jean et VANDEWALLE Bernard, Philosophie et soins – Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique, Editions Seli Arlsan

45 HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier – penser et agir dans une perspective soignante, op.cit., page 146

46 Cf schéma en annexe 5

47 Cf schéma en annexe 5

48 BOURDEAULT Henri, Quelques définitions du savoir-être professionnel. Source Web : <http://savoiertrepro.com/le-savoir-etre/>, page consultée le 15 Mai 2014

49 16 Ibid

50 16 Ibid

## 1.3. LA TEMPORALITE

### 1.3.1 Définitions

#### 1.3.1.1 La contrainte

Une contrainte est une « *violence exercée contre quelqu'un ; une entrave à la liberté d'action* »<sup>51</sup>. Par opposition, le concept de « liberté » est défini comme une « *possibilité, pouvoir d'agir sans contrainte ; autonomie* » et par le « *pouvoir d'agir, dans une société organisée, selon sa propre détermination, dans la limite des règles* »<sup>52</sup>.

Ici sont repris, pour la liberté, la possibilité d'agir selon son propre libre arbitre, en adaptant néanmoins sa volonté et ses possibilités aux règles préalablement établies.

#### 1.3.1.2 La temporalité

La temporalité est le « *caractère de ce qui est dans le temps, qui a une valeur temporelle* »<sup>53</sup>, autrement dit c'est ce qui est relatif au temps qui s'écoule.

### 1.3.2. L'évolution des contraintes temporelles en milieu hospitalier

Nous nous concentrerons ici sur cette évolution, ainsi que sur le sentiment qu'elle semble engendrer chez les professionnels de santé.

Car même s'il n'est a priori « *pas du tout facile de se soustraire aux influences de la société, de la science et de la technologie [...]* »<sup>54</sup> cela semble l'être d'autant moins lors de l'exercice d' « *[...] une profession qui s'intéresse tout particulièrement à l'être humain, comme celle des soins infirmiers* »<sup>55</sup>.

Rosette Poletti a par ailleurs écrit, quant à elle, que « *trop souvent, pour des raisons diverses, un décalage important existe entre la finalité soignante qui anime les professionnels et la réalité des modalités pratiques de mise en œuvre du soin. Ce décalage est source de malaise – de mal-être – et ne favorise donc pas un exercice professionnel serein et épanouissant* ».<sup>56</sup>

### 1.3.3 L'impact possible de la contrainte temporelle sur le métier soignant

En effet, selon le magazine Santé & Travail, le personnel soignant serait désorienté : « *Pour les salariés du secteur hospitalier, l'intensification du travail ne se traduit pas seulement par une course contre la montre. Elle s'accompagne également d'une perte de repères sur la finalité du travail, tout aussi épuisante.* »<sup>57</sup>

Ce sentiment semble être récurrent et était déjà identifié en 1991, lorsqu'une infirmière a écrit dans

---

51 Dictionnaire le Robert, dictionnaire de la langue Française, Paris, Editions France Loisirs, 2004

52 Ibid 33

53 Ibid 30

54 KOZIER et ERB, Soins infirmiers, une approche globale, Editions du renouveau pédagogique Inc, 1er trimestre 1983, page 19

55 Ibid

56 POLETTI Rosette, Les soins infirmiers – théories et concepts, op.cit., , page 1

57 GAUDART Corinne, Malaise à l'hôpital, Santé & Travail n° 066 - Avril 2009

un roman « *la profession est malade. Le mécontentement est général parmi ces femmes en blanc si populaires* »<sup>58</sup> parlant de « *difficultés quotidiennes* » et de « *manque chronique d'infirmières* »<sup>59</sup> entraînant la sensation d'accomplir chaque fois un « *exploit exténuant représentant des risques et une insécurité pour le malade* »<sup>60</sup>

La HAS, de son côté, dans un communiqué de presse en 2012<sup>61</sup>, a fait état de « *freins à la promotion de la bientraitance* » en milieu hospitalier, freins mis en exergue par « *les contraintes* » telles que « *l'intensification du travail* » par exemple.

Ceci rejoint le fait qu'a priori « *l'hôpital, comme les entreprises, fonctionne dans 99 % des cas sur un modèle d'organisation de type taylorien* »<sup>62</sup>.

Retenons ici les notions de démotivation des soignants, de perte de repères et de sens, de fatigue, mais également une notion importante d'exposer les patients à des risques, ou à un manque de bientraitance, peut-être directement liés au rythme de travail auquel sont soumis les soignants.

Se pose alors la question de la qualité des soins prodigués. A quoi correspond-elle ?

---

58 SCHACHTEL Martine, *J'ai voulu être infirmière*, Editions Albin Michel, 1991

59 Ibid

60 Idem, page 204

61 H.A.S., Communiqué de presse du 24 Octobre 2012, *Bientraitance : patients et professionnels de santé se mobilisent*

62 RIBAUT Micheline et AROMATARIO Claude, *L'hôpital entreprise...pourquoi pas ?*, 1991, page 203

## 1.4. LA QUALITE DES SOINS

### 1.4.1. La qualité

La qualité correspond à « *chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend* »<sup>63</sup>. C'est alors une notion qui peut être généralisée à bien des domaines, et qui, par essence, sous-entend d'être mesurable et potentiellement améliorable.

En effet, selon la HAS<sup>64</sup>, « *les critères de qualité correspondent aux points clés d'une prise en charge, fondés sur des recommandations, pour lesquels une amélioration de la qualité est possible* ». Cette notion d'amélioration explique qu'il puisse y avoir une démarche.

### 1.4.2. La démarche qualité

Une démarche est une « *manière de conduire un raisonnement, de progresser vers un but par le cheminement de la pensée ; méthode, manière d'agir* » selon le Larousse.

Ainsi, il semblerait que par essence, et en regroupant les définitions des mots « démarche » et « qualité », nous puissions conceptualiser la démarche qualité de la manière suivante : Notion potentiellement améliorable, préalablement établie puis personnalisée ; c'est le centre d'une prise en charge, qui reflète la subjectivité de celui qui la met en œuvre ».

Intéressons nous ici à la qualité, quand elle concerne les soins infirmiers.

### 1.4.3. La qualité des soins infirmiers

Selon Avedis Donabedian<sup>65</sup>, « *les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins* ». Entendons ici une notion d'amélioration du confort et de la santé du patient, ainsi qu'une notion de sécurité.

Pour Walter Hesbeen, « *dire ce qu'est un soin de qualité [...] oriente le sens de la pratique et la représentation que l'on a de celle-ci* »<sup>66</sup>.

Selon lui, « *lorsque le professionnel pose la qualité du soin [...] comme un idéal professionnel, cela implique que le souci de la qualité est la clé qui va guider et donner du sens à son action* »<sup>67</sup>.

Il rajoute qu' « *un soin de qualité sera avant tout le fruit de ce désir du soignant [...] de chercher à éprouver du plaisir par le résultat atteint [...]* »<sup>68</sup>.

Il semblerait donc que pour tout un chacun, outre les outils utilisés pour la mesurer, aussi fiablessoient-ils, cette notion soit subjective, et soit la voie de la satisfaction.

Ainsi, définir la qualité du soin infirmier semble s'avérer complexe, car elle serait dotée d'aspects multidimensionnels. Examinons en les déterminants, afin de tenter de comprendre s'ils peuvent s'accorder entre eux.

---

63 Source web : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qualit%C3%A9/65477>, page consultée le 07 Mars 2014

64 Lire Haute Autorité de la Santé

65 Physicien né au Liban, fondateur de l'étude de la qualité au sein du système de santé

66 HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier – Penser et agir dans une perspective soignante, op.cit., page 147

67 Ibid

68 Ibid

#### 1.4.4. Les déterminants de la qualité

##### 1.4.4.1. Politique et économie

La politique est « *la structure et le fonctionnement (méthodique, théorique et pratique) d'une communauté, d'une société, d'un groupe social.* »<sup>69</sup>. De par sa dimension « organisationnelle » elle pourrait alors avoir des répercussions sur la vie de l'Homme.

Le Larousse la définit comme une « *manière d'agir avec autrui habile, judicieuse, diplomate et calculée* »<sup>70</sup> mais aussi en tant que notion relative « *à une conception particulière du gouvernement, des affaires publiques* »<sup>71</sup>. Ce qui laisse supposer qu'en dehors de tout « calcul », l'esprit politique devrait être en accord avec les besoins du peuple, en réfléchissant ces besoins de « *manière habile et diplomate* ».

Or, il semblerait qu'actuellement, l'esprit politique fasse plutôt montre d'une « *confusion entre santé de la personne et non-maladie du corps* »<sup>72</sup>. Ceci peut-être dans le but de penser l'économie du système de santé.

Car notons que l'économie, quant à elle, est « *l'ensemble des activités d'une collectivité humaine relatives à la production, à la distribution et à la consommation des richesses* ».

Il s'agit là de production et de distribution d'argent. En l'occurrence, les déterminants de la qualité, au niveau politico-économique, se conçoivent a priori en termes de productivité et de rentabilité, de gestion.

Néanmoins, il semblerait que « *la logique gestionnaire n'a pas toujours laissé beaucoup de place à la logique soignante* »<sup>73</sup>, dénotant ici d'un conflit de valeurs, somme toute relativement éprouvant pour les soignants en fonction. Et qu'en est-il desdits déterminants, du côté institutionnel ?

##### 1.4.4.2 Organisation institutionnelle

Les structures de santé ont une part importante dans la détermination des budgets alloués aux services, et ipso-facto à la définition qu'elles donnent à la qualité des soins.

Le site internet dédié à l'hôpital nous permet de lire par exemple que « *cette qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel* ». <sup>74</sup>Il est également fait mention du fait que « *mesurer la qualité consiste à vérifier des conformités au regard de niveaux de performance préalablement définis* ». <sup>75</sup>

Remarquons de nouveau, cette notion de « performance », qui nous permet par ailleurs de rappeler cet apparent conflit de valeurs existant également parfois entre les critères de qualité au

69 Source web : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Politique>, page consultée le 12 Avril 2014

70 Source web : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/politique/62189>, page consultée le 12 Avril 2014

71 Ibid

72 Ibid

73 POLETTI Rosette, Les soins infirmiers – théories et concepts, op.cit., page 11

74 Source web : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-qualite>, page consultée le 12 Avril 2014

75 Idem

niveau institutionnel et au niveau soignants.

En effet, selon Rosette Poletti,

*« les professionnels qui côtoient tous les jours les malades et leurs familles se trouvent de moins en moins dans la possibilité de prendre soin des personnes [...] au nom d'une organisation performante qui pèse de plus en plus lourd sur l'activité quotidienne des soignants »<sup>76</sup>*

Pour terminer, il nous reste à explorer la manière dont les soignants eux-mêmes conçoivent la qualité, afin de tenter de comprendre si les critères établis par ces acteurs de santé peuvent s'accorder aux critères préalablement cités.

#### 1.4.4.3. Acteurs de santé : comportement et compétences

Walter Hesbeen nous dit que *« la formation est un déterminant incontournable de la qualité [...] ni plus ni moins essentiel que les autres déterminants »<sup>77</sup>*.

Il précise que même si

*« l'attitude peut être définie comme une disposition de l'esprit, le comportement est l'expression concrète d'une action ou d'une réaction dans une situation donnée. Le comportement de nombreux soignants ne reflète pas leur attitude, car ils sont influencés par tel ou tel environnement ou vivent des moments de pressions intenses qui les font réagir autrement que ce à quoi les pousserait leur attitude »<sup>78</sup>*

Pour Guy Le Bortef, chaque individu *« crée un service à partir de ses ressources »*. Mais en revanche, *« les ressources ne sont pas des compétences »<sup>79</sup>*

Ainsi, nous pouvons penser que la formation nous a, certes, apporté une certaine ouverture d'esprit, mais aussi les connaissances techniques et scientifiques. Ces dernières, en revanche, nécessitent une actualisation, une curiosité intellectuelle témoignant d'une progression du soignant désireux d'améliorer la qualité du/des soins qu'il fournit.

---

76 POLETTI Rosette, Les soins infirmiers – théories et concepts, op.cit., page 4

77 HESBEEN Walter, La qualité de la pratique soignante, op.cit. Page 69

78 Ibid

79 Idem, page 74

## **2EME PARTIE**



## **ENQUETE AUPRES DE PROFESSIONNELS**

## II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

### 2.1. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Pour rappel, ma question de départ s'articulait de la manière suivante :

*« En quoi la conception humaniste de la prise en charge infirmière peut-elle s'accorder aux contraintes de temps, afin de répondre à l'exigence de la qualité des soins, à l'hôpital ? »*

Aussi, afin de tenter d'y répondre, j'avais pour objectifs de comprendre :

- si les valeurs des professionnels étaient celles que je me représentais comme « universellement » soignantes ; et en l'occurrence si elles s'articulaient autour de l'humanité des prises en charge.

- quels étaient, selon eux, les critères de qualité, dans un soin, et si ces derniers faisaient davantage référence à leur idéal de soin, à leurs valeurs, qu'aux critères définis institutionnellement et donc politiquement.

- si de ce fait, leur idéal de soin, leurs représentations du soin et de la qualité du soin, avaient été heurtés, en arrivant sur le terrain.

- comment ils vivent aujourd'hui leur quotidien, par exemple au regard des contraintes temporelles. Et comment, en l'occurrence en regard de ces dernières, ils articulent leurs valeurs avec les critères qualité institutionnelles, afin de ressentir une satisfaction à l'exercice de leur métier.

### 2.2. CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUETE

D'une nature communicante, et centrée sur l'écoute, afin de tenter de recueillir un maximum de réponses, j'ai choisi de privilégier le dialogue avec les soignants. Ainsi, l'outil d'enquête que j'ai souhaité exploiter était l'entretien semi-directif.

Celui-ci est déterminé au préalable par un guide de questions. Il m'a offert l'avantage d'apprécier la qualité des échanges que j'ai pu avoir, avec des professionnels tous rompus à une expérience de terrain riche d'enseignement pour moi. De plus, les questions que j'ai choisi de poser sont restées somme toute assez ouvertes, de manière à ne pas cloisonner les réponses des soignants. Le but étant de les laisser s'exprimer librement sur les thèmes, pour ensuite tirer de leurs dires des hypothèses de réponse à ma problématique.

Avec leur accord, et après leur avoir rappelé le respect de l'anonymat, les entretiens, d'une durée variant entre 15 et 40 minutes, ont été enregistrés. Ils se sont déroulés, pour 3 d'entre eux, dans un bureau, et pour les 3 autres dans un lieu neutre.

L'outil d'enquête est joint à ce travail de fin d'études, en annexe 1.

### 2.3. POPULATION INTERROGEE

La situation d'appel que j'ai retenue pour ce travail de recherche s'étant déroulée à l'hôpital, il m'a semblé pertinent de cibler la population qui travaille en son sein.

Je me suis particulièrement intéressée à la place actuelle du « prendre soin », dans le soin infirmier, place qui semble être mise à mal par les contraintes politico-économiques voire institutionnelles. Le fait, pour moi, de comprendre comment, de nos jours, les infirmiers parviennent à articuler le sens qu'ils souhaitent donner à leur métier avec ses contraintes, devaient pouvoir me

permettre d'adopter moi-même un positionnement professionnel futur, de manière éthique.

En outre, et étant donné que je souhaitais savoir si le métier avait dû évoluer, d'une quelconque manière, eu égard aux critères de qualité aujourd'hui évalués, il m'a semblé intéressant d'interroger, parmi eux, des infirmier(e)s ayant plusieurs dizaines d'années de pratique.

#### **2.4. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION**

La pratique infirmière est, dans le fond, sensiblement la même, dans tous les services ; mais étant néanmoins quelque peu différente suivant qu'elle s'adresse plus à des patients qui ne sont, par exemple, pas en mesure de communiquer, ou à des patients atteints de pathologies chroniques voire délétères, il m'a semblé inapproprié d'aller enquêter en service de réanimation, de cancérologie, ou d'urgences.

Après avoir obtenu les autorisations nécessaires, j'ai pu interroger 4 soignantes, dont 1 ayant une assez longue expérience (8 ans).

Néanmoins, et afin de trouver des réponses à une de mes questions, portant sur l'évolution des pratiques infirmières au fil des ans, il était nécessaire que je puisse interroger des professionnels de plus longue expérience.

En l'occurrence, et n'obtenant pas d'inscription supplémentaires aux 4 premières, il m'a semblé pertinent d'interroger 2 cadres de santé (diplômées cadres depuis 2 et 3 ans), ceci en regard de l'expérience infirmière dont elle ont pu témoigner : plus de 30 ans de pratique.

#### **2.5. ELABORATION DU RECUEIL D'INFORMATIONS**

Mon guide d'entretien, joint en annexe 1, a été établi en fonction des réponses ou des hypothèses de réponses, que je souhaitais obtenir. Ainsi, mes objectifs en étaient les suivants :

- Connaître les personnes interrogées.

Avoir connaissance de leur ancienneté dans le métier devait me permettre de comprendre si l'ancienneté dans le poste peut les conduire à adopter une approche particulière du concept « soin », et une manière différente d'habiter la profession, en regard des contraintes actuelles.

- Entendre les valeurs qui les caractérisent.

Selon certains ouvrages, il semble difficile pour les soignants parler d'eux. Dire qui ils sont semble être un véritable exercice. Pourtant, les valeurs sont personnelles, et ce sont en partie ces dernières qui les ont conduits à exercer ce métier. Mon but était de tenter de les mettre éventuellement en lien avec l'idéal de soin.

- Savoir si de nos jours, le « prendre soin » avait toujours sa place dans le métier.

J'ai souhaité savoir si, actuellement, les soignants font une différence entre le « corps-objet » et le « corps-sujet » dont parle Walter Hesbeen. Et comment conçoivent-ils ces différences, concrètement. Egalement, je souhaitais entendre si le soin infirmier regroupait bien le « prendre soin » et le « faire des soins ».

- Ecouter le ressenti des soignants sur ce qui a pu, ou peut, heurter leur idéal de soin.

Mon objectif était de comprendre si parfois, un ou des éléments peuvent induire une perte de sens dans le soin prodigué. Et si tel est le cas, je souhaitais savoir comment font les soignants pour satisfaire leur idéal en tenant compte de ce qui est venu le parasiter.

- Déterminer leurs critères de qualité, dans le soin.

Effectivement, que l'on soit soignant ou patient, les critères de qualité semblent ne pas être les mêmes, mais néanmoins peuvent se rejoindre. De plus, sachant que certains soignants sont peut-être plus « techniques » que « relationnels », il se peut qu'ils n'en aient pas ou la même conception. Dans tous les cas, il me fallait comprendre si leur façon de la voir pouvait s'accorder à celle de l'institution, ou si, avec les contraintes actuelles, elles se heurtent.

- Comprendre l'évolution éventuelle de la pratique du métier.

De manière à comprendre si le contexte économique actuel pouvait avoir induit une évolution dans l'exercice du métier, et si elle était ressentie plutôt positivement ou plutôt négativement par les soignants, quels en sont les bénéfices et les risques en quelque sorte.

- Evaluer leur niveau de satisfaction.

Mon objectif, pour clore cet entretien, était de savoir s'ils parvenaient à concilier leur vision du métier, avec les contraintes actuelles, et quelles étaient les sources de la satisfaction sur lesquelles il se basent pour se sentir soignants et fiers de l'être. Eventuellement, je souhaitais avoir leur positionnement, la posture qu'ils adoptent lors d'un soin, face aux problèmes de temporalité.

## **2.6. DIFFICULTES RENCONTREES**

La difficulté consistait en le fait de trouver des professionnels susceptibles d'être intéressés par le thème du travail de fin d'études. Aussi, afin de ne pas « effrayer » les futurs interrogés ou influencer leurs réponses, j'ai choisi de ne pas révéler ma question de départ. J'ai intitulé le guide d'entretien : « la satisfaction du soignant ». Néanmoins, il était difficile d'avoir des « candidatures » pour les réponses.

De plus, une des questions à poser portant sur l'éventuelle évolution des pratiques infirmières au cours des années, nécessitait d'interroger des professionnels diplômés depuis une vingtaine d'années pour obtenir des réponses témoignant de leur vécu à ce sujet.

Or, je n'ai trouvé personne qui ait ce critère, dans un premier temps ; néanmoins, lors d'un stage en psychiatrie, le hasard m'a fait rencontrer 2 personnes nouvellement diplômées cadres de santé, qui avaient surtout une très longue carrière en tant qu'IDE dans le secteur somatique.

Après leur avoir exposé mon besoin, et obtenu leur enthousiasme à me répondre, l'enquête a pu avoir lieu et ainsi être plus complète.

Une autre difficulté est présentée, suite à cela : Il ne fallait pas perdre de vue leur statut de cadre. Et alors ne pas se laisser influencer de trop par leur vision des choses, ceci afin de répondre à une question de départ, qui s'intéresse au positionnement infirmier.

## **3EME PARTIE**



## **ANALYSE DES RESULTATS**

### III. ANALYSE DES RESULTATS

Quatre entretiens ont été menés, auprès d'infirmières travaillant dans différents centres hospitaliers, principalement en services courte durée chirurgie.

Deux entretiens supplémentaires correspondent aux réponses de cadres de santé, exerçant aujourd'hui en secteur psychiatrique, mais ayant une longue expérience des services de courte durée en secteur somatique.

Dans les paragraphes suivants, je nommerai ces professionnelles IDE 1, IDE 2, et ainsi de suite jusqu'à IDE 6.

Afin d'analyser leurs réponses, j'ai utilisé une grille d'analyse, jointe en annexe 2.

#### 3.1. DONNEES SOCIALES DES PERSONNES INTERROGEEES

L'âge des personnes interrogées varie de 22 à 59 ans, et leur expérience professionnelle est comprise entre 7 mois et 36 ans.

Ces professionnelles travaillent actuellement, pour 3 d'entre elles, en service de chirurgie, mais dans des établissements de santé différents. Une autre infirmière œuvre en service de médecine.

Enfin, les personnes nommées IDE 5 et IDE 6 sont cadres de santé respectivement depuis 2 et 3 ans, en secteur psychiatrique. Elles exercent dans la même structure, mais pas dans le même service.

#### 3.2. VALEURS DES INFIRMIERES

La valeur qui apparaît prioritairement, suite aux réponses fournies par les professionnelles, est celle liée au fait de : **Placer le patient au centre du soin, au centre de l'attention.**

De manière unanime, c'est **l'écoute** conférée au patient qui a été citée.

Sa **prise en charge holistique** semble effectivement au cœur des souhaits des soignantes. Elles citent, à ce sujet, le fait de ressentir de **l'empathie** (pour les IDE 1, 3 et 6) et de le **respecter** (pour les IDE 1 et 4) comme des valeurs nécessaires dans le soin à côté desquelles il n'est pas souhaitable de passer. L'IDE 4 rajoute même que selon elle, ce qui est « fondamental, c'est le respect ».

La notion de **disponibilité** qui peut être conférée au patient arrive également dans les réponses des IDE 2 et 3.

Une des 2 IDE désormais cadres de santé évoque également « **l'amour de l'humain** », sans lequel « *on ne peut pas faire ce métier* ».

Pour sa collègue cadre et elle-même, il est nécessaire d'avoir le **sens des responsabilités**. Les 2 ajoutent, dans ce sens le besoin de **se sentir investi** par la profession, avec **sérieux** et en ayant une bonne **connaissance de soi** quant à ses propres valeurs ou aux limites de ce qui est supportable par rapport à la pénibilité du métier.

La notion d'humilité est, par ailleurs, amenée par l'IDE 6. En effet, d'une manière qui pourrait paraître, de prime abord, paradoxale avec le fait qu'il faut avoir une bonne connaissance de soi, elle nous parle d'humilité, en précisant que selon elle, « *on ne sait pas trop qui on est, en fait* ». Elle dit également que lorsque quelqu'un nous fait des compliments « *ça nous met mal à l'aise* », et que c'est finalement cette humilité, cette modestie, qui serait responsable du fait « *qu'on ne sait pas parler de nos valeurs* ».

Enfin, deux autres concepts sont abordés, que nous appellerons : les valeurs professionnelles. Effectivement, 3 des 6 professionnelles interrogées la **rigueur** (pour l'IDE 1 et l'IDE 5) et le **savoir-faire** (pour l'IDE 3).

=> Ici, concernant **les valeurs**, force est de constater qu'elles **sont effectivement toutes personnelles** et peuvent être expliquées différemment par les personnes interrogées.

**Ceci affirme les notions présentées dans le cadre conceptuel.**

De plus, **elles correspondent** bien aux grandes lignes qu'en donne Claudine Carillo lorsqu'elle les cite en tant que « *humanité, écoute, respect, prise en charge globale de la personne* ». <sup>80</sup>

Ainsi, et selon les réponses apportées, il est possible de dire que **l'humanité**, ici valeur centralisant les qualités énoncées par Walter Hesbeen, est bien **présente prioritairement dans l'esprit soignant**.

### **3.3. LES SOINS INFIRMIERS**

#### **3.3.1. Faire des soins**

- **La représentation du « faire des soins »**

Les infirmières interrogées sont unanimes : pour chacune d'entre elles, « faire des soins » ne correspond qu'à l'aspect technique du métier, au fait de faire un geste.

L'IDE 2 y associe la notion de « *faire son boulot et partir* », donc n'avoir a priori aucune dimension relationnelle dans le soin, ne témoigner aucun intérêt à son patient. Tout comme pour l'IDE 6, qui rajoute qu'il s'agirait d'un soin « *bête, dur et méchant* », connotant ici d'un aspect relativement négatif de l'aspect technique.

Pour les IDE 4 et 5, il s'agirait d'effectuer un acte donc prescrit, en se concentrant dessus.

- **La connotation**

Trois des six professionnelles, les IDE 1, 3 et 6, nous expliquent que pour elles, cette dimension du soin dénoterait d'un aspect a priori désagréable, de quelque chose qui puisse induire de la douleur chez le patient. L'IDE 6 rajoute qu'il s'agirait de n'avoir « *aucun égard pour la personne* ».

- **La motivation**

Les IDE 5 et 6 apportent une notion en rapport avec la formation : Selon elles, il ne s'agirait de rien de vraiment inné, en ce sens que « faire des soins » serait appris. Ce qui nous fait déduire que cela ne fait pas appel à des valeurs intrinsèques aux individus.

**Hypothèse : Les professionnelles se prononcent sur la notion de « corps-objet » dont parle Walter Hesbeen, et la relie, comme lui, AUX soins, et à l'aspect technique du soin infirmier.**

Ne sommes-nous pas, également, face à la notion de travail prescrit ?

#### **3.3.2. Prendre soin**

- **La représentation du « prendre soin »**

De manière unanime, il s'agit là d'une **forte dimension relationnelle**. Pour les professionnelles interrogées, « prendre soin » correspond au fait d'être disponible pour le patient, en établissant un dialogue également en terme d'écoute et de réassurance. C'est avoir de la considération et de l'empathie pour lui, respecter son intégrité, sa singularité.

---

80 CARILLO Claudine, Être un soignant heureux : le défi. op.cit, conclusion

Notons qu'à l'abord de cet aspect du soin infirmier, toutes les professionnelles ont adopté un langage non verbal qui témoignait d'une certaine douceur : sourire, gestes empruntés en parlant, ton de la voix baissé, regard qui semblait rêveur.

- **La connotation**

Cet aspect du métier infirmier est apparenté à une forte connotation de douceur, de **respect**, de « **gestes agréables** » inversement au « faire des soins » qui parfois pourrait être douloureux pour le patient.

- **La motivation**

3 IDE sur 6 ont apporté des éléments de réponse qui semblent témoigner d'une motivation dont le soignant aurait à faire preuve, pour « prendre soin » : L'IDE 1 dit en effet que si on « *veut* » inclure le « prendre soin » dans le « faire des soins », on le « *peut* ». L'IDE 6 la rejoint sur la notion de « *pouvoir faire du relationnel* » même en n'ayant « *que 5 minutes* ». Enfin, l'IDE 3 témoigne de la notion toute subjective de cette volonté, en disant que « *prendre soin, ça t'appartient* », par opposition au « faire des soins » qui serait corrélé à une notion de technique acquise en formation. Visiblement, ici, il n'est pas possible de rapprocher cette notion de volonté à l'année d'obtention du diplôme des IDE, puisque ces 3 personnes n'ont pas la même ancienneté dans la profession.

=> Il semble alors que le « **prendre soin** » soit relié au travail réel. Il serait en lien avec les **valeurs des soignants désireux de le mettre en œuvre** ; nous retrouvons ici l'humanité, ainsi que cette notion de « vouloir » dont parle Walter Hesse lorsqu'il dit que « *la tâche peut sembler écrasante pour le soignant dont la formation a une forte coloration technique. Il invoquera [...] le manque de temps. Mais ce serait fuir la dimension proprement humaine et la plus belle de son travail* ». <sup>81</sup> De même, pour lui, le soin correspond au fait d'« *avoir le souci de* », de « *témoigner d'une disposition* » <sup>82</sup>.

En revanche, même si éventuellement « prendre soin » n'est pas une expression souvent « *employée dans le langage courant soignant* », il ne semble pas que la connotation affective dont parle Laure Marmilloud constitue un obstacle pour les soignantes. Du moins, en parler et laisser cette notion susciter des émotions chez elle, via le langage non verbal par exemple, ne les a nullement gênées, au contraire.

### 3.3.3. Interrelation Care – Cure :

5 des 6 IDE interrogées se prononcent **en faveur de la combinaison des 2 aspects de la profession infirmière** : le « faire des soins » est selon elles, effectivement, à combiner avec le « prendre soin » pour former l'intégralité du soin infirmier dans une dimension humaniste.

Des notions de volonté, de possibilité, et de conception du soin, sont abordées par les IDE 1 (« *on peut faire les deux à un moment donné* »), IDE 3 (« *faire les 2 [...] c'est comme ça que ça doit se concevoir* »), IDE 5 (« *ça va ensemble, l'un sans l'autre c'est pas possible* ») et IDE 6 (« *[...] si on veut bien le faire. C'est une histoire de volonté* »).

Pour l'IDE 5, par ailleurs, l'interrelation du Care et du Cure connoterait alors la qualité d'un soin, qui lui est de l'ordre de l'efficacité ET du savoir-être.

---

81 HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier – penser et agir dans une perspective soignante, op.cit., page 73

82 HESBEEN Walter, Conférence débat « décision médicale et pratique pluridisciplinaire : quelle éthique pour le quotidien des soins », le 24 Avril 2014 à l'amphithéâtre de l'IFSI de Fleyriat, Bourg en Bresse (01)

De même, les IDE 4, 5 et 6 abordent de plus l'**éventualité de déshumanisation** en précisant qu'il ne s'agit effectivement pas de se transformer « *en robot* » « *en machine* » **en faisant des soins sans prendre soin** du patient, autrement dit il est nécessaire de prendre en compte sa singularité. Faire des soins sans prendre soin reviendrait à « *oublier l'humain* ».

=> Ici, nous pouvons faire le lien avec la notion d'efficacité dont parle Eliane Rothier Nautzer dans son livre <sup>83)</sup> ainsi qu'avec la différence que fait Laure Marmilloud entre « faire des soins » et « prendre soin » (comme explicité dans le cadre conceptuel).

De nouveau, la notion de « **volonté** » du soignant est abordée.

**Hypothèse** : Le « faire des soins », s'il n'est pas corrélé au « prendre soin », déshumanise le patient et **fait perdre du sens au métier infirmier**.

Le fait de « prendre soin » d'un patient auprès de qui « des soins » sont effectués, est **en lien avec une réelle volonté du soignant**.

#### APPORT CONCEPTUEL SUPPLEMENTAIRE :

- **Le travail prescrit** correspond à une « *recommandation thérapeutique, éventuellement consignée sur ordonnance, faite par le médecin* »<sup>84</sup> en ce qui concerne le domaine de la santé. C'est une injonction de faire, « *un ordre formel et détaillé, énumérant ce qu'il faut faire* »<sup>85</sup>.

L'une des difficultés du travail prescrit est qu'il est difficilement « mesurable », tant il est sujet à interruptions dans l'activité quotidienne, constituant dès lors un « *écart avec le travail réel* ». <sup>86</sup>

- **Le travail réel**, lui, est potentiellement « mesurable », est celui qui est effectivement réalisé ; en fonction de la singularité des situations, des perturbations lors de la réalisation du travail prescrit, il peut alors différer de ce dernier.

Aussi, en tenant compte des contraintes de temps ou des impondérables liés aux différentes situations rencontrées, force est de constater que l'écart entre travail prescrit et travail réel témoigne de la différence entre « *ce qui est demandé* » jusqu'à ce que « *ça demande* ». <sup>87</sup>

C'est ainsi que naît la notion de « travail ressenti ».

- **Le travail ressenti** provient effectivement des « *interférences qui peuvent se produire dans la poursuite d'un but* »<sup>88</sup>.

Dès lors qu'il y a obstacles à « *la poursuite d'un but, le patient, ou toute autre personne dans ce cas ressent un sentiment de frustration* ». <sup>89</sup>

En outre, constatons ici que deux types de rationalité différentes s'opposent, dans la notion de sens donné au travail réalisé : celle corrélée à la qualité du soin conçue ici par chaque soignant selon ses désirs, et celle plus instrumentale, plus économique, des institutions.

Examinons maintenant les différents déterminants de la qualité.

83 ROTHIER NAUTZER Eliane, Le Care négligé, collections sciences du soin, op.cit., page 30

84 Dictionnaire le Larousse, source web : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prescription/63676>, page consultée le 10 Avril 2014

85 Ibid

86 Source web : <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/publ-1101.pdf>, page consultée le 10 Avril 2014

87 Ibid

88 POLETTI Rosette, Les soins infirmiers – théories et concepts, op.cit., page 35

89 Ibid

### **3.4. L'IDEAL DU SOIN**

La notion d'idéal de soin n'a pas été développée dans le cadre théorique. Aussi, même si la question ne leur a pas été posée de savoir quel était le leur, personnellement, 4 d'entre elles se sont prononcées sur cet aspect :

- 2 IDE sur les 6 interrogées (IDE 1 et IDE 2) mettent en avant **la temporalité contre laquelle elles luttent ou tentent de lutter** : L'IDE 1 semble positionnée à ce sujet, lorsqu'elle précise que même si « *on a une image des infirmières qui courent partout* » il serait possible de « *prendre le temps quand même* ». Le fait qu'il le faille semble montrer que pour elle, l'idéal de soin, ou du moins la qualité qu'elle confère au soin, réside dans la disponibilité qu'elle offre.

L'IDE 2, en revanche, ne renvoie pas la même posture. Elle semble relativement désabusée lorsqu'elle répond, et dit qu'il s'agirait d'avoir le temps de pouvoir établir un relationnel avec le patient.

- **La nécessité de l'interrelation du Care et du Cure** : L'idéal de soin de l'IDE 3 comporte « *avant tout* » la dimension de « *prendre soin même en faisant des soins* ». Selon elle, si ce n'est pas le cas, ce serait « *qualité zéro* ».

- Pour l'IDE 5, l'idéal de soin ce serait « *que les choses se passent comme on l'avait programmé* ». Elle rajoute alors que « *c'est l'écart avec le terrain* ».

Ici, nous pouvons constater l'emploi de termes qui laissent imaginer qu'il puisse s'agir de différents facteurs influençant le déroulement du soin, et donc de son idéal : le terme « programmé » laisserait entendre une notion de planification, en termes d'horaires peut-être, et le terme « prévu » pourrait être plus rapporté à une notion d'interruptions, d'impondérables divers.

« L'écart avec le terrain » nous permet de faire du lien avec les notions de travail prescrit, travail réel et travail ressenti dont nous avons parlé dans le cadre théorique.

=> Concernant « l'idéal », les définitions du Larousse font mention d'une « *idée* » « *conçue par l'esprit* » ; mais aussi de **quelque chose qui n'existerait « que dans l'esprit [...] et non dans le réel »**. Lisons ici un aspect relativement défaitiste.

Néanmoins, il est également stipulé que « l'idéal » serait « *difficilement réalisable* » mais à qui néanmoins on pourrait prêter « *toutes les caractéristiques, toutes les qualités propres à son type* », et qui serait « *considéré comme parfaitement adapté à son rôle, à sa fonction* ».

« **L'écart avec le terrain** » ainsi que **le rapport au temps**, mentionnées respectivement par l'IDE 5 et les IDE 1 et 2, rejoignent la définition du Larousse au regard de **ce qui n'existerait « que dans l'esprit [...] et non dans le réel »**.

**Hypothèse** : L'idéal du soin est le reflet parfait de la qualité du soin vue par les professionnelles. Il s'agirait pour elles de **pouvoir exercer son métier en y conférant du « sens »** et donc en laissant « *l'action se déployer en dehors du registre strictement technique* »<sup>90</sup>  
Les soignants ayant choisi leur métier par humanité, leur « *épanouissement personnel en dépend* »<sup>91</sup>.

### **3.5. LE HEURT DE L'IDEAL DU SOIN**

- **Les contraintes temporelles et économiques :**

Les 6 professionnelles interrogées ont mentionné cet aspect de la politique de santé qui, de nos jours, vient heurter leur idéal de soin.

Les 4 premières ont une vision de ces contraintes de temps qui **seraient liées à une surcharge**

90 HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier – penser et agir dans une perspective soignante, op.cit., age 73

91 Ibid

**de travail et/ou de patients** dans les services, elles ajoutent que le **manque de personnel** face à cette surcharge les conduiraient à « *manquer de temps* » pour faire ce qu'elles souhaiteraient faire en terme de relationnel avec les patients.

Les IDE 5 et 6 abordent également cet aspect des choses, en rajoutant l'aspect économique, la marchandisation actuelle de la santé : Elles évoquent des problèmes matériels parfois, mais également elles sont heurtées par le fait de « *parler de soin en parlant de finances* ». Une dimension actuelle qui semble insupportable pour l'IDE 6, qui par ailleurs, amène le fait qu'il serait réhébitorique de « *calculer le temps qu'on va passer* » et « *le matériel utilisé* » tant « *chaque individu est unique* » et qu'il n'est donc pas pertinent de « *faire des généralités* ».

Selon elle, ce problème de financement, de temps et d'argent corrélés, seraient intervenus lors de l'instauration de la T2A.

**Ce qui nous rapproche du chapitre consacré à « l'hôpital du 21ème siècle », et à ses récentes réformes.**

- **Les parasites :**

Pour 5 IDE sur 6 (les IDE 1, 2, 4, 5 et 6), le fait d'être interrompues par exemple par le téléphone, par les visites des médecins ou de la famille, de se sentir intrusées, lors des soins prodigués, bouleverserait non seulement leur idéal de soin mais par là même la relation qu'elles seraient entrain de mettre en place avec le patient au moment du soin.

L'IDE 1 explique, durant l'entretien, que personnellement elle ne s'interrompt pas pour répondre au téléphone du service, car elle place l'attention témoignée au patient, ainsi que le soin prodigué, en priorité. En revanche, elle précise qu'à la suite de sonneries, parfois il y a interruption de la conversation, qui peut être reprise ensuite mais qui s'en trouve altérée.

- **L'altération de la maîtrise du soin :**

Pour 3 d'entre elles, les IDE 1, 3, et 4, le soin serait bouleversé par des soucis qui viendraient altérer leur maîtrise d'un soin préalablement établi, organisé.

La douleur induite chez le patient lors d'un soin est citée, ainsi que le manque possible de maîtrise en regard de la représentation des réactions de patients atteints de pathologies psychiatriques.

=> Ces **notions de temps et d'argent dans le soin**, ainsi que **l'insatisfaction qu'elles génèrent**, semblent pouvoir **affirmer l'évolution de contraintes temporelles** évoquée dans le cadre théorique.

Egalement, notons que, selon les dires des professionnelles interrogées, la relation soignant-soigné peut être parasitée sur le plan relationnel pur.

**Hypothèse :** C'est globalement **le fait de ne pas pouvoir « prendre soin » de manière singulière**, d'avoir une **disponibilité « altérée »** pour les patients, qui **gênent les professionnelles**.

### **3.6. REPRESENTATIONS DE LA QUALITE**

Pour les 6 personnes interrogées, les critères de qualité sont scindés en 2 parties : une partie concernant la technique, et l'autre concernant le patient.

#### **3.6.1. Les soins**

- **La sécurité :** Pour 4 IDE sur 6, la qualité DES soins serait à lier à la sécurité. Elles citent

« l'aseptie », et le fait de « faire en sorte que le patient ne risque pas d'être infecté ».

- **L'efficience** : Pour les IDE 1 et 5, il s'agirait d'être efficace, en terme de « *préparation de matériel* » et d' « *aspect organisationnel* ».
- **L'efficacité** : Selon les IDE 2 et 5, la qualité des soins, du point de vue technique, se mesurerait à « l'efficacité ». Pour l'IDE 2, cette notion d'efficacité serait celle qu'elle cherche à ressentir au niveau technique comme au niveau relationnel.
- **L'importance des transmissions** : L'IDE 1 cite l'importance des transmissions, comme critère de qualité fourni.
- **L'interrelation care / cure** : Les IDE 1 et 3 abordent la nécessité pour elles de mêler le « prendre soin » au « faire de soins ». L'IDE 3 rajoute que selon elle, sans cela, « c'est qualité zéro ».

### 3.6.2. Le soin

- **Le relationnel, le respect de l'intégrité du patient** : Toutes les professionnelles interrogées sont unanimes, « prendre soin », établir « le relationnel », « témoigner du respect au patient », « se montrer disponible », sont autant de critères de qualité du soin prodigué aux patients. L'IDE 3 cite, de son côté, par 7 fois « la personne », insistant par là sur la notion de « corps-sujet » dont parle Walter Hesbeen. L'IDE 6 invoque le « savoir-être ».
- **La disponibilité** : En terme de temps, de présence, il s'agirait pour 3 IDE de critère de qualité du soin, et a priori de leur idéal de soin. Une quatrième rajoute qu'il s'agirait de « ne pas être obnubilée par ce qu'on est entrain de faire », témoignant ici d'une notion de nécessité d'avoir de la disponibilité psychologique.
- **Le ressenti du patient** : Enfin, pour 4 professionnelles sur 6, le ressenti du patient, le vécu du soin, est un critère important de la qualité du soin. Elles abordent également son feedback ou une forme de reconnaissance du patient envers elles.

### 3.6.3. L'équipe

Seule L'IDE 1 aborde la dynamique d'équipe. Selon elle, avoir la même que celle des collègues avec lesquelles elle travaillerait faciliterait les choses, et donc conférerait de la qualité aux soins.

=> **A priori, la qualité**, pour les infirmières interrogées, englobe :

- **les soins, du point de vue essentiellement de la sécurité** apportée au patient (afin de le soigner en toute efficacité et respect de sa personne et santé)

- **le soin, au niveau de la disponibilité** qu'elles souhaitent conférer au patient, à la relation de confiance qu'elles souhaitent établir avec lui. Il s'agit là de nouveau d'une notion de respect.

**La qualité, vue par les soignants**, n'est pas vraiment la même que celle déterminée au niveau politique ou institutionnel.

Leur métier est résolument tourné vers l'humain. Le sens de ce dernier est **heurté par l'amalgame qui est fait au niveau national entre LE soin** (centré sur la personne, et nécessairement humain)

et **LES soins** (centrés davantage sur l'aspect technique du métier). Ce qui vient confirmer les écrits de Rosette Poletti développés dans une partie du cadre théorique (« *trop souvent, pour des raisons diverses, un décalage important existe entre la finalité soignante qui anime les professionnels et la réalité des modalités pratiques de mise en œuvre du soin* »<sup>92</sup>).

### **3.7. L'EVOLUTION DES PRATIQUES SOIGNANTES**

#### **3.7.1. L'aspect ressenti comme positif**

Les IDE 2 et 5 abordent l'aspect de l'évolution des techniques sous un angle plutôt positif. En effet, l'IDE 2, jeune diplômée, s'appuie sur des échanges qu'elle a eus avec sa maman (elle-même IDE depuis 27 ans) et rapporte alors qu'aujourd'hui « *on a plus de dispositifs qu'avant* ». L'IDE 5, quant à elle, fait parler sa longue expérience de terrain, et évoque également cet aspect des choses en parlant des « *facilités liées aux matériels* » qui constitueraient « *une évolution plutôt positive* ».

Néanmoins, en dehors de cet aspect positif lié aux progrès de la technologie, et après que seulement 2 professionnelles sur 6 l'aient abordé, les réponses données avaient plutôt une connotation négative.

#### **3.7.2. Les aspects ressentis comme négatifs**

- **Le comportement des patients**

L'IDE 1 dit que l'évolution ne s'est pas forcément faite « *dans les techniques de soins, mais plus dans le comportement* ». Elle cite le fait que de nos jours, « *certains patients* » se croiraient « *à l'hôtel* ».

Effectivement, un ouvrage fait mention du fait que les patients adopteraient envers les soignants, de nos jours, des « *comportements d'incivilité ou d'impolitesse, de plus en plus fréquents dans certains services.* »<sup>93</sup>. Ils seraient « *de plus en plus exigeants* ».<sup>94</sup>

- **Le comportement des soignants**

- Le manque, la perte de motivation

L'IDE 1 évoque la **démotivation ressentie de nos jours par les soignants**, démotivation qui serait **en lien avec « toute cette notion d'argent qui tourne autour des soins »**. Elle rajoute que dans le service dans lequel elle travaille, elle se trouve parfois face à une forte surcharge de travail.

Les IDE 3, 5 et 6, les plus anciennement diplômées, ne semblent pas voir les choses tout à fait sous le même angle : Selon elles, il s'agirait bien d'un manque de motivation des soignants, mais plus **en lien avec un manque d'investissement dans la profession** de leur part, dès le départ. Après recherche, il apparaît qu'elles semblent ici rejoindre des propos tenus par Rosette Poletti : « *il arrive aussi que certains membres du personnel de ces institutions choisissent ce type de*

---

92 POLETTE Rosette, Les soins infirmiers, théories et concepts, op.cit., page 1

93 CARILLO Claudine, Être un soignant heureux, le défi – Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions, Editions Masson, page 8

94 Idem, page 58

*travail pour la sécurité de l'emploi et, de ce fait, ne soient pas très motivés »<sup>95</sup>*

- L'individualisme

De nouveau, les IDE 5 et 6 s'expriment, et rajoutent qu'actuellement « *c'est de plus en plus individualiste* » (pour l'IDE 6). L'IDE 5 modère quelque peu ses propos précédents, en apportant le fait que, selon elle, il y aurait « *encore des gens qui ont ce côté là (humain) mais c'est pas tout le monde* ».

- **La perception des soignants**

- La perte de sens

Pour 4 professionnelles sur les 6 interrogées, le métier perdrait « *du sens* ».

En effet, l'IDE 3 parle du fait que de nos jours, les médecins n'observeraient pas forcément la législation en matière de prescription ; elle rajoute à ce problème une notion de confiance.

L'IDE 4 la rejoint sur cet aspect des choses, elle cite le fait que les médecins les « *poussent à faire des soins qui ne relèvent pas forcément de (leur) droit* ».

Elle a, d'autre part, le sentiment d'être utilisée à des fins économiques, précisant qu'elle doit en effet « *souvent remplacer des collègues au pied-levé dans un autre service* » lors d'absences.

L'IDE 5 apporte une notion de déshumanisation au profit d'une technicisation du soin infirmier. Elle dit que « *les gens vont à fond dans la technique et pas dans le relationnel* », et qu'alors « *on ne ressent parfois plus [...] cet intérêt pour l'humain [...] physique et moral* ».

L'IDE 6 parle d'une « *perte de valeurs* ». Elle dit que « *ceux qui restent ont la sensation de faire des soins dans de mauvaises conditions* » et rajoute que c'est « *tout un pan de l'histoire de l'hôpital qui s'arrête, [...] un métier qui s'en va* ».

- Le risque d'erreurs

2 jeunes professionnelles abordent le risque de l'évolution des pratiques soignantes, sous un autre aspect qui pourrait avoir des conséquences négatives : Elles témoignent du fait que **les contraintes temporelles induiraient un fort risque d'erreurs.**

Leurs dires peuvent être corrélés à ceux de Martine Schachtel, une infirmière qui écrit dans les années 70 : « *Aujourd'hui, le manque chronique d'infirmières dans de nombreux établissements de soins transforme chaque heure de jour comme de nuit en exploit exténuant entraînant des risques et une insécurité pour le malade* »<sup>96</sup>.

- **L'aspect économique :**

Quatre infirmières s'expriment sur l'aspect économique qu'elles relient à l'évolution des pratiques soignantes actuelles. Elles évoquent un désir de plus en plus croissant de rentabilité de la part des structures hospitalières, et une surcharge de travail liée au manque de personnel combiné au fait de l'accroissement du nombre de patients.

Pour l'IDE 6, il est inconcevable de « *parler de soin et parler d'argent* » ou de donner un délai à des hospitalisations « *parce qu'il faut récupérer le lit* ».

- **Les contraintes temporelles**

Les 6 infirmières sont d'accord pour dire que de nos jours, les contraintes temporelles leur

---

95 POLETTI Rosette, Les soins infirmiers, théories et concepts, op.cit., page 58

96 SCHACHTEL Martine, J'ai voulu être infirmière, op.cit., page 207

apportent un vécu négatif de leur métier. Elles évoquent un « *énervement* », d'avoir le sentiment « *d'avoir raté* » leur matinée, de « *rapidité* » qui iraient à l'encontre de la disponibilité nécessaire à leur perception de la qualité des soins infirmiers.

L'IDE 6 rajoute la notion de chronométrage, qui de plus, serait très présente en secteur somatique, et qui irait « *contre les valeurs du soins à proprement dit* ».

**=> Outre le risque d'erreurs, il apparaît que les contraintes temporelles induisent un sentiment négatif chez les soignants.** Elles ôtent de la finalité à leur métier.

Hypothèses: Au niveau institutionnel, les contraintes instituées par le domaine politico-économique, et notamment **l'aspect financier des soins, pourrait dépasser l'humanisme, risquant de l'annihiler.**

De ce fait, les soignants, déçus par leurs conditions d'exercice, se laisseraient-ils envahir par de fortes émotions négatives, avant de choisir de quitter la profession, déçus par ses conditions d'exercice et las de combattre les contraintes ?

### **3.8. CONSERVER SA MOTIVATION DE SOIGNANT**

Toutes les infirmières étant bien embêtées par les contraintes temporelles, il était effectivement intéressant de les faire s'exprimer sur la satisfaction qu'elles pouvaient ressentir, à la fin de leurs journées de travail. Et surtout il était important de comprendre leur positionnement face à cela.

De plus, apporter une note positive à l'exercice de leur métier, après avoir abordé un aspect qui, de manière unanime, était ressenti de manière négative, a clos nos entretiens de manière sympathique, et leur a fait retrouver un sourire qu'elles avaient perdu lors de la (voire des 2) question(s) précédente(s).

Effectivement, toutes ont souri.

- **La reconnaissance :**

Pour 4 des 6 soignantes, la reconnaissance du patient, leur sentiment d'utilité, est ce qui leur permet de se sentir satisfaites de leur métier aujourd'hui. Elles citent les remerciements, les dires et les sourires, la satisfaction du patient en regard des soins qui lui ont été prodigués, et surtout en regard de la manière dont ils ont été prodigués.

Pour l'une d'entre elles, il s'agirait également du témoignage de la reconnaissance de collègues lors d'aide apportée. Elle témoigne ici d'une capacité à travailler en équipe, comme le veut la profession.

Quant à l'IDE 5, elle cite d'être satisfaite par ce qu'elle apporte « *par souci* », se rapprochant ici de ce que nous a livré Walter Hesbeen en parlant d'une « *pratique soignante soucieuse* »<sup>97</sup>.

- **Le positionnement du soignant :**

Pour les IDE 1, 3, 5 et 6, la satisfaction du soignant découlerait du fait de savoir se positionner professionnellement, en ce sens qu'il s'agirait de choisir ses priorités dans les soins, ou dans le soin. En effet, les IDE 1 et 6 déclarent dire aux médecins de patienter lorsqu'ils viennent interrompre un soin. Quant aux IDE 3 et 5, elles décalent les tâches administratives.

Une certaine posture lors du soin est également citée par les IDE 1 et 3, lorsqu'elles disent

---

97 HESBEEN Walter, Conférence débat « décision médicale et pratique pluridisciplinaire : quelle éthique pour le quotidien des soins ?, le 24 Avril 2014 à l'amphithéâtre de l'IFSI de Fleyriat, Bourg en Bresse (01)

toujours se présenter souriantes aux patients.

- **Préservation de l'idéal de soin :**

Par contre, l'IDE 2 soumet sa volonté de s'exprimer « honnêtement » et dit qu'elle se sent satisfaite « les jours où c'est moins chargé » et qu'en l'occurrence elle peut « prendre le temps » avec les patients. Elle rajoute « en ce moment, y a pas beaucoup de jours où on est satisfait ».

Hypothèse : **La source de la satisfaction** ressentie par les soignants réside dans le travail ressenti, **en regard de la qualité telle qu'ils la conçoivent**, et plus précisément **par rapport à l'humanité du soin offert au patient. C'est leur volonté à se positionner face à ces contraintes et à préserver la finalité soignante**, à la faire passer avant l'aspect économique du soin, qui les fait se sentir toujours soignants. **Leur posture**, notamment l'ouverture et le sourire offerts aux patients, est très importante dans la manière d'aborder la relation.

#### IV. SYNTHÈSE DES RESULTATS

**A**u début de ce type de travail de recherche, notre principale cible de compréhension portait sur la place actuelle du « prendre soin » face aux contraintes temporelles rencontrées en service. Dès lors, au fil des différentes recherches conceptuelles, nous avons pu élaborer notre question de départ, comme suit :

*« En quoi la conception humaniste de la prise en charge infirmière peut-elle s'accorder aux contraintes temporelles pour répondre aux exigences de la qualité des soins, à l'hôpital ? »*

Le temps passant, les lectures se précisant, force était de constater que les soignants pouvaient de nos jours ressentir une perte du sens humaniste de leur métier, confrontés à une logique de la santé davantage tournée vers la productivité, la rentabilité, que vers la qualité DU soin infirmier. Néanmoins, portés par leurs valeurs, par le sens qu'ils souhaitent donner à leur vie, il semble qu'ils essaient du mieux possible de combiner leur conception de la qualité DU soin à celle de la qualité DES soins, qui est, elle, mesurable. Ils essaient de continuer à offrir, autant que faire se peut, de la disponibilité aux patients, en faisant de leur métier un art comme l'a qualifié Walter Hesbeen.

Il semblerait par ailleurs que ce problème, ce heurt du cœur du métier soignant, soit un problème ancien et récurrent. A priori, la qualité du soin infirmier n'est pas une préoccupation centrale au niveau de la politique de la santé. Seule semble « compter » celle qui serait potentiellement mesurable par des actes, par son aspect rentable.

Ainsi, est-ce vraiment simple, pour les soignants qui ont choisi leur métier par humanisme, d'habiter leur profession de manière éthique, en se sentant résolument aidants, alors qu'ils sont presque dans l'obligation « d'afficher des chiffres » ? Est-ce simple pour eux de se voir objecter une qualité dont la démarche et les critères diffèrent de celle qui donne du sens à leur profession ?

Car effectivement, parler qualité n'aura pas la même connotation selon que nous soyons patient, soignant, ou dirigeant.

Dès lors, pour un soignant elle est celle DU soin infirmier (dans sa dimension humaniste en premier lieu) mais pour l'institution, elle est a priori celle DES soins infirmiers. Il y a là conflit de valeurs.

Lors de l'utilisation de notre outil d'enquête, il nous a été offert la possibilité d'entendre des professionnelles actuellement en fonction, se prononcer sur divers points : la dimension humaniste du métier, la qualité, et les contraintes temporelles actuelles. Egalement, sur une notion qui nous intéressait particulièrement : La posture qu'ils adoptent en regard de ces dernières, face aux patients dans le besoin.

Chaque personne a globalement exprimé le fait que finalement, son image de la qualité est corrélée à celle de son propre idéal de soin. La notion d'évolution des contraintes dans le soin a été liée de manière unanime avec la temporalité, plaçant cette dernière comme facteur négatif et potentiellement dangereux pour l'exercice et donc pour la sécurité des patients.

En confrontant ainsi les résultats de nos entretiens avec nos recherches conceptuelles, il nous a été possible de vérifier que de très nombreux points convergent : Par exemple, le fait que le cœur du métier infirmier place toujours l'humanité en son centre. Les notions de « faire des soins » et de

« prendre soin » sont bien différenciées, tout en étant considérées comme un ensemble indissociable. Ce qui permet d'obtenir une qualité considérée comme « entière ».

Notons, en outre, que la notion d'argent dans les soins, ainsi que les contraintes actuelles, heurtent l'idéal des soignants. Cela fait perdre du sens à leur métier, les empêchant d'offrir toute la disponibilité et l'humanité aux patients, telles qu'ils souhaiteraient le faire.

Ils sont contraints de se dépêcher, et par là même de se positionner en laissant de côté certaines tâches, ceci afin de prioriser le soin conféré aux patients, dans leurs journées. Ils parlent alors du fort risque d'erreurs face auquel la notion de productivité les place. Et abordent enfin leur satisfaction d'être soignants en regard du ressenti du patient ; ils semblent néanmoins pouvoir s'essouffler relativement rapidement.

A ce titre, certains points ont été abordés par des infirmières. Des points sur lesquels les infirmières de longue expérience ont beaucoup insisté : la notion de « *volonté* » des soignants de « prendre soin » et d'humaniser le soin conféré au patient.

Elles laissaient penser que de nos jours, certains soignants peuvent être davantage submergés par les attentes économiques de la société, voire par leur propre sécurité financière, que par l'aspect résolument humain de la profession.

Voici un point qu'il serait effectivement pertinent, pour la poursuite de l'exploration, de chercher à comprendre.

En effet, il pourrait être intéressant de chercher à entendre si les soignants sont effectivement envahis par le burn-out, suite à la pénibilité reconnue de la profession, pour alors se laisser envahir par la logique économique. Quelles émotions ressentent-ils ? Comment leur volonté d'humaniser s'émousse-t-elle parfois ? En quoi est-il possible que leur positionnement ne soit pas respecté, entendu ?

## CONCLUSION

9 mois.

9 mois, c'est le temps qu'il faut à une maman pour faire grandir et mettre au monde son enfant.  
9 mois, c'est aussi le temps qu'il m'a fallu pour rendre ce travail, que je souhaite grandi lui aussi, enrichi de lectures, d'expériences et de positionnement professionnel.  
9 mois, c'est aussi le temps qui m'a été nécessaire pour faire le deuil d'un stage qui m'a laissé un goût amer et qui a questionné ma possibilité d'exercer le métier d'infirmière selon mon idéal de soin, selon ma conception humaniste du métier.

C'est alors que, confrontée à ce heurt, j'ai, au départ, choisi d'orienter mon travail de recherche en fonction de la question suivante :

**« En quoi la conception humaniste de la prise en charge infirmière peut-elle s'accorder aux contraintes de temps, pour répondre à la qualité des soins, à l'hôpital ? »**

En m'appuyant sur des lectures, la phase de construction de mon cadre théorique a pu débiter, étudiant les concepts de soin, de temporalité, et de qualité.

Dès le début de mes recherches, et face aux réponses qui m'ont été ensuite données par les soignants lors de la phase d'enquête, je me suis aperçue que ces concepts se lient, et que la qualité, par exemple, ne revêt pas la même signification selon qu'elle soit pensée par une institution, un patient ou un soignant. Pour ce dernier, elle correspond à un ensemble, qui aboutit à la qualité DU soin. Alors qu'institutionnellement, elle est celle de la qualité DES soins. Il y a là conflit de valeurs.

Egalement, cette notion peut être mise en lien avec l'évolution des contraintes temporelles et les notions de finances, tant il est nécessaire de constater que d'un point de vue institutionnel, qualité rime aussi avec efficacité et efficience ; deux notions qui rappellent celle de la productivité, et qui semblent oublier celle de l'humanité.

Parallèlement à la rédaction de ce travail, et en partie grâce à l'enrichissement qu'il m'a apporté, j'ai pris beaucoup de recul. S'est installée la phase « d'acceptation » du deuil liée au stage en médecine et aux émotions fortes et négatives qu'il a provoqué en moi.

Ma vie a évolué, des pages personnelles et difficiles qui ont eu lieu pendant ma seconde année d'études se sont tournées.

De plus, beaucoup de stages heureux se sont déroulés, confirmant mon souhait d'offrir de l'humanité par l'exercice de la profession infirmière. Notamment un, un stage en service de cancérologie. Un service au sein duquel, comme partout ailleurs, les contraintes temporelles sont présentes, mais ne sont pas, pour autant, la priorité des soignants. Au contraire. Ici priment l'humanité offerte aux patients, le temps et la disponibilité qui peuvent leur être accordés. Ici, j'ai trouvé toutes mes capacités à habiter la profession de manière éthique et en fonction du soin tel que je le concevais au départ de la formation. Ici, j'ai pris conscience que certains services, peut-être de longs séjours, pouvaient bien m'offrir la possibilité d'exercer un métier résolument tourné vers l'humain, un métier en accord avec moi-même. Ce qui a répondu à l'une de mes premières questions.

Cette étape de réflexion, et de rédaction, clôture mes 3 années d'études. Par là, j'ai trouvé la confirmation au fait que ma conception humaniste du métier infirmier n'était pas impertinente. Au

contraire, offrir DES soins mais aussi DU soin peut se concevoir et se vivre, en dépit des démarches politico-économiques.

Aussi, et en émettant le souhait de ne pas sembler trop jugeante, je mets en lien la manière dont les soignants gèrent le soin et la temporalité en service de cancérologie, et les dires des professionnelles que j'ai interrogées durant ce travail. Celles-ci ont en effet souvent abordé la notion de volonté de « prendre soin » ou non. Volonté de s'investir dans la profession, volonté d'humaniser le soin.

Ce qui semble dénoter d'une valeur, d'une posture, propre à chaque soignant.

Je m'interroge alors désormais sur les moyens, ou plutôt l'attitude à adopter par les soignants, afin ne serait-ce que donner « l'illusion » du temps.

Je me remémore aussi certains conseils prodigués notamment par des infirmiers libéraux, soumis eux aussi à de très fortes contraintes temporelles mais néanmoins désireux de laisser place et priorité à l'humanité dans le soin, à la satisfaction des patients.

Ceci me conduit à penser qu'un nouveau travail de recherche pourrait s'articuler comme suit :

***« En quoi la volonté, la posture du soignant placé face aux contraintes temporelles, peuvent-elles présager de la qualité du soin et de l'humanité offertes aux patients ? »***

# ANNEXES

## **ANNEXE 1**

### **GUIDE D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

**THEME** : La satisfaction du soignant

Depuis combien d'années êtes-vous diplômée ?  
Pourriez-vous me dire dans quels services vous avez exercé, avant votre poste actuel ?

1/ Quelles sont, selon vous, les valeurs qui sont nécessaires à la PEC IDE ?

2/ Quelle différence faites-vous entre « prendre soin » et « faire des soins » ?

3/ Quels éléments, lors d'un soin, peuvent venir bousculer votre idéal de soin ?

4/ Quels sont, selon vous, les critères de qualité, dans un soin ?

5/ Il me semble que, ces dernières années, nous assistons à une évolution de la pratique infirmière. Qu'en est-il, pour vous ? (Resentez-vous une évolution ou des freins à votre pratique ?)

6/ Pouvez-vous me parler de la contrainte temporelle ? (temps et qualité des soins).

7/ Qu'est-ce qui vous aide à vous sentir satisfaite malgré les contraintes de temps ?

## **ANNEXE 3**

### **Article R4311-1 du Code de la Santé Publique**

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.

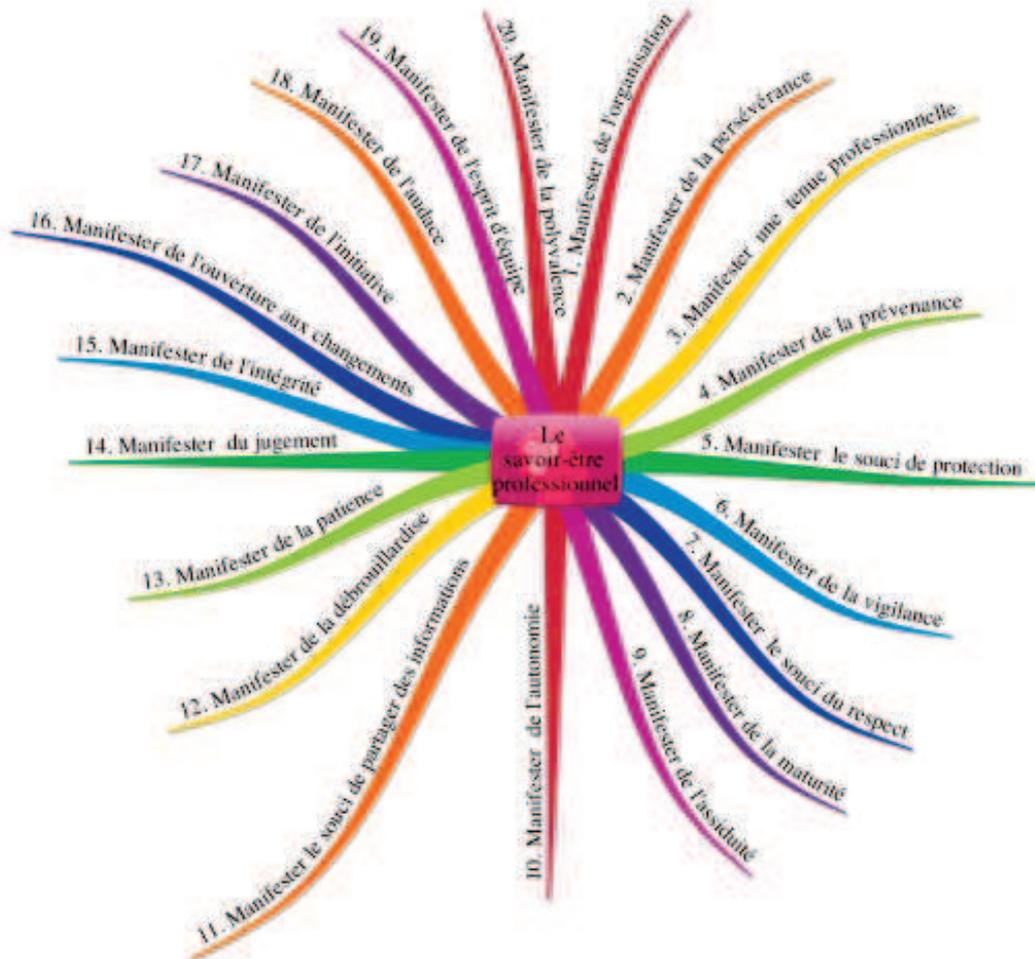
### **Article R4311-3 du Code de la Santé Publique**

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R4311-5, R4311-5-1 et R4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

## ANNEXE 5

### Le savoir-être professionnel



Source de l'image : <http://savoietrepro.com/le-savoir-etre>

**La compétence professionnelle, fruit de la relation entre plusieurs éléments**

Source de l'image : <http://www.craie.com/services.php>



## BIBLIOGRAPHIE

### **OUVRAGES**

CARILLO Claudine, Etre un soignant heureux : le défi

HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier – Penser et agir dans une perspective soignante, Paris, Editions Masson, 1999.

HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Editions Masson, Mars 1997

JOLLY Dominique et Christiane, Malade ou Client ?

KOZIER et ERB, Soins infirmiers, une approche globale, Editions du renouveau pédagogique Inc, 1er trimestre 1983

LOMBARD Jean et VANDEWALLE Bernard, Philosophie et soins – Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique, Editions Seli Arlsan

MARMILLOUD Laure, Soigner, un choix d'humanité, Editions Vuilbert,

POLETTI Rosette, Les soins infirmiers - théories et concepts, Editions du Centurion, 1980

RIBAUT Micheline et AROMATARIO Claude, L'hôpital entreprise...pourquoi pas ?, 1991

ROTHIER NAUTZER Eliane, Le Care négligé, Collections Science du Soin, Editions De Boeck Estem, Septembre 2013

SCHACHTEL Martine, J'ai voulu être infirmière

### **REVUES, ARTICLES**

GAUDART Corinne, Malaise à l'hôpital, *Santé & Travail* n° 066 - Avril 2009

H.A.S., Communiqué de presse du 24 Octobre 2012, Bientraitance : patients et professionnels de santé se mobilisent

### **INTERNET**

DICTIONNAIRE Le Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr>

**ENCYCLOPEDIE** universelle en ligne : <http://fr.wikipedia.org>

BOURDEAULT Henri, **QUELQUES DEFINITIONS DU SAVOIR-ÊTRE PROFESSIONNEL.**  
<http://savoi-retrepro.com/le-savoir-etre/>

CATANAS Marc, Cadre de santé formateur. **QUELLE PLACE DE L'INFIRMIERE DANS L'EVOLUTION SOCIO-HISTORIQUE DES SOINS.**  
<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>

MOLINI O., **TRAVAIL, TRAVAIL PRESCRIT, TRAVAIL RÉEL.**  
<http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/publ-1101.pdf>

GOULOIS Philippe, Mon bloc notes : **L'ECART ENTRE LE TRAVAIL PRESCRIT ET LE TRAVAIL REEL.**  
<http://philippe-goulois.tumblr.com/post/6491793220/lecart-entre-le-travail-prescrit-et-le-travail-reel>

**LA QUALITÉ À L'HÔPITAL**  
<http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-qualite>

**HISTORIQUE DES REFORMES HOSPITALIÈRES EN FRANCE**  
<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>

BEREGOVOY Pierre, **DÉCRET RELATIF AUX RÈGLES PROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES**  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000179742&fastPos=1&fastReqlid=640589440&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

ISSAMBART Guy, **LE CODE DE DEONTOLOGIE DES INFIRMIÈRES FRANÇAISES**  
<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/code-de-deontologie-des-infirmieres-francaises.html>

HERON Myriam, **LE TEMPS DANS LES SOINS : APPREHENDER LE TEMPS** (Dossier issu de la revue Soins)  
<http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/dossier-soins/dossier-soins-le-temps-dans-les-soins.html>

## RESUME

De nos jours, il semblerait que les contraintes temporelles et les notions d'argent altèrent le « prendre soin » et donc la dimension humaniste du métier infirmier. Confrontée à ce problème sur certains terrains de stages, j'ai souhaité étudier comment les soignants parviennent alors à habiter leur profession de manière éthique.

Technicisation du soin rime t-elle absolument avec déshumanisation ?

Après m'être documentée, j'ai choisi d'orienter ma recherche en étudiant les concepts de soin, de temporalité, et de qualité des soins. Puis, je suis allée interroger 6 professionnelles infirmières, afin de tenter de répondre à ma question de départ :

« En quoi la conception humaniste de la prise en charge infirmière peut-elle s'accorder aux contraintes de temps, pour répondre à l'exigence de la qualité des soins, à l'hôpital ? »

Mon positionnement fera suite à l'analyse des réponses qui m'ont été fournies ; de même, il me sera possible de préciser mon exploration.

Pouvons nous suivre l'adage selon lequel « le temps, c'est de l'argent » ou plutôt penser que « le temps, c'est de l'art, gens » ?

Mots-clés : Soin – soins – infirmier – qualité – temporalité – valeurs – humanisme – prendre soin – faire des soins

## ABSTRACT

Nowadays, it seems that time constraints and financial preoccupations distort the "taking care " and thus the humanist dimension of the nurses job. Confronted with this problem on some work placements, I wished to study how the nurses succeed in inhabiting their profession in an ethical way.

Does technicization rhyme absolutely with dehumanization?

After some research, I chose to study the concepts of care, temporality, and quality of care.

Then, I interviewed 6 nurses, to try to answer my question :

" How can a humanist conception of nursing care cope with time constraints, to meet the requirements of the quality, at the hospital ? "

My position will follow upon the analysis of the answers which were given to me ; also, it will be possible for me to clarify my investigation.

Can we follow the proverb according to which "time is money" or rather think that " time is an art, isn't it, folks " ?

Key words : Care – nurse – quality – temporality – values – humanism – to take care – to cure