



HAL
open science

Les ambiguïtés de la relation de service dans le champ des soins infirmiers

Claire-Ange Gintz

► **To cite this version:**

Claire-Ange Gintz. Les ambiguïtés de la relation de service dans le champ des soins infirmiers. Ethique. Université de Strasbourg, 2014. Français. NNT : 2014STRAB015 . tel-01126937

HAL Id: tel-01126937

<https://theses.hal.science/tel-01126937>

Submitted on 6 Mar 2015

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

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

ÉCOLE DOCTORALE Augustin Cournot

IRIST – EA3424

THÈSE présentée par :

Claire-Ange GINTZ

soutenue le : 29 septembre 2014

Pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Ethique

**LES AMBIGUÏTES DE LA RELATION DE
SERVICE DANS LE CHAMP DES SOINS
INFIRMIERS**

THÈSE dirigée par :

Mr WEBER Jean-Christophe
Mr CLAVERT André

Professeur de médecine interne, Université de Strasbourg
Maître de conférences en Biologie, *en retraite*

RAPPORTEURS :

Mme DUJARIER Marie-Anne

Maître de conférences en Sociologie, HDR Université Paris III

Mme ROTHAN-TONDEUR Monique

Professeure de Sciences Infirmières, Université Paris XIII

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Mme FERRARESE Estelle

Professeure de Sciences politiques, Université de Strasbourg

Mme JOVIC Ljiljana

Docteur en Sociologie, ARS Ile-de-France

A mon grand-père,

REMERCIEMENTS

A l'issue de ces six années de cheminement, d'hésitations et d'avancées dans ce projet de recherche, mes premiers remerciements s'adressent à mon directeur de thèse, le Professeur Jean, pour la confiance et la liberté accordées. Ses recommandations et son esprit de conviction ont été des sources d'inspiration pour ce travail.

Un très grand merci également à mon co-directeur de thèse, le Docteur André Clavert, dont les chaleureux encouragements et les éclairages m'ont aidé à mener cette recherche à son terme.

Mer remerciements vont également:

Aux chercheurs du laboratoire de l'IRIST et tout particulièrement aux membres de son équipe « éthique et pratiques médicales » pour les multiples échanges qui ont contribué à étoffer cette réflexion.

À mes collègues de travail pour leur soutien et leur compréhension. A mon équipe de soins, dont le dévouement au quotidien pour les patients m'a aidé à ne pas perdre pied. Notre indispensable travail de care apporte bien des satisfactions malgré les difficultés que connaît le monde hospitalier.

Au Dr. Véronique Bouchez pour sa relecture attentive et sa bienveillante exigence pour la mise en page de ce manuscrit.

J'exprime également ma gratitude aux personnes qui ont accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Enfin, un grand merci à tous les infirmiers qui ont accepté de me montrer leur travail, de me montrer leurs pratiques, de s'exprimer sur des aspects difficiles de leur travail, loin des images d'Épinal. Ils se sont dévoilés parfois avec courage en évoquant des aspects dont ils sont moins fiers, mais qui sont comme pain béni pour le chercheur. Merci pour la confiance qu'ils m'ont ainsi démontré.

SOMMAIRE

Sigles et abréviations utilisées	Page 5
Résumé – Summary	Pages 7 et 8
Plan détaillé du manuscrit principal	Pages 9 à 15
Introduction générale	Pages 16 à 24
Chapitre 1	Pages 25 à 113
Chapitre 2	Pages 114 à 169
Chapitre 3	Pages 170 à 221
Chapitre 4	Pages 222 à 268
Conclusion générale	Pages 269 à 273
Annexes	Pages 274 et suivantes
Annexe 1 : Documents	Pages 276 à 324
Annexe 2 : Questionnaires d'enquête	Pages 325 à 330
Annexe 3 : Synthèse des données	Pages 331 à 439
Annexe 4 : Bibliographie	Pages 440 à 453

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARS Agence régionale d'hospitalisation

AS Aide- soignant

ASH Agent des Services hospitaliers

CHU Centre hospitalier universitaire

HAS Haute autorité de Santé

IDE Infirmier diplômé d'Etat

IFCS Institut de formation des cadres de santé

IFSI Institut de formation en soins infirmiers

RPS Risques psycho sociaux

PLAN DETAILLÉ

	Introduction Générale	Page 16
Chapitre 1.	Décrire le service infirmier	Page 25
	Introduction au chapitre 1	Page 27
1.1	Identifier le service infirmier	Page 28
1.1.1	La construction du service infirmier en France	Page 29
1.1.1.1	L'organisation des soins avant 1922	Page 29
	Le développement des institutions soignantes par les ordres religieux Les pratiques de soin par les femmes laïques et par les femmes consacrées	Page 30 Page 35
	Les débuts d'une instruction spécifique	Page 37
1.1.1.2	La création de la profession infirmière	Page 40
	Les enjeux de la laïcisation	Page 41
	Les enjeux de l'hygiénisme	Page 44
	Le portrait de l'infirmière idéale	Page 45
1.1.1.3	Le développement du service infirmier dans l'hôpital moderne	Page 52
	La construction hiérarchique du service infirmier	Page 52
	Le développement intellectuel du soin infirmier	Page 54
1.1.2	Les missions du service infirmier	Page 58
1.1.2.1	Les missions du service infirmier auprès du médecin	Page 58
	Rendre compte de l'état des patients	Page 58
	Réaliser des actes prescrits	Page 61
	Développer un rôle coopératif	Page 65
1.1.2.2	Les missions du service infirmier auprès de l'institution hospitalière	Page 66
	Garantir les missions du service public	Page 66
	Rendre compte de l'activité	Page 70
	Développer un rôle collaboratif	Page 72
1.1.2.3	Les missions du service infirmier auprès du patient	Page 75
	Garantir la sécurité du patient	Page 75

	Favoriser les ressources de la personne	Page 76
	Prendre en compte les caractéristiques uniques du patient	Page 77
1.2	Le service dans ses dimensions sociale, économique et axiologique	Page 79
1.2.1	Le service comme objet économique et social	Page 79
1.2.1.1	La dimension sociale des services	Page 80
	La relation de service chez E Goffman	Page 80
	Définition de J. Gadrey	Page 81
	Définitions de J-M Weller et J-L Laville	Page 82
	Les théories féministes et la production émotionnelle du service	Page 83
	Le lien entre l'Etat et ses citoyens : de l'administré au client	Page 83
	La recherche d'une qualité de service dans la relation à l'utilisateur	Page 84
	L'utilisation de méthodes issues de l'entreprise	Page 85
1.2.1.2	La dimension économique des services	Page 87
	Les services ont-ils une valeur économique ?	Page 87
	Les problèmes contemporains posés par les services	Page 91
	La question de la productivité des services	Page 93
1.2.2	Le « sens du service » est-il la traduction contemporaine de la vocation ?	Page 95
1.2.2.1	La vocation et ses mutations	Page 95
	La vocation religieuse	Page 96
	La vocation professionnelle	Page 98
	La vocation dans un monde désacralisé	Page 100
1.2.2.2	La relation de service et la vocation d'aide apportée à autrui	Page 103
	Prestation de service et relation de service	Page 103
	Les ressorts axiologiques de la relation de service	Page 105
	La relation de service, un standard pour toute relation professionnelle ?	Page 108
	Conclusion du chapitre 1	Page 111
Chapitre 2	Chapitre 2 Méthodologie de la recherche	Page 114
	Introduction au Chapitre 2	Page 116
2.1	Description et stratégie de la recherche	Page 117

2.1.1	La stratégie adoptée	Page 117
2.1.1.1	Le cadre théorique	Page 117
	Chercher en éthique	Page 118
	Le choix des auteurs et des références	Page 119
	La veille bibliographique	Page 121
2.1.1.2	Positionnement du chercheur	Page 122
	Le modèle du praticien chercheur	Page 122
	Le biais de la contamination de sa propre pratique	Page 124
	L'approche des soignants sur les terrains	Page 126
2.1.2	Les techniques de recueil de données	Page 127
2.1.2.1	L'observation directe	Page 128
	Le type d'observation adopté	Page 128
	Les problèmes éthiques liés à l'observation directe	Page 131
	Les limites de l'observation directe	Page 134
2.1.2.2	Le journal de bord	Page 135
	La pratique du journal de bord	Page 136
	La construction de l'objet de la recherche	Page 137
	Les limites du journal de bord	Page 138
2.1.2.3	L'entretien compréhensif	Page 139
	Le déroulement des entretiens	Page 139
	L'attitude de l'interviewer	Page 140
	Les limites de la technique de l'entretien compréhensif	Page 142
2.2	Les terrains explorés	Page 144
2.2.1	Le choix des terrains et l'approche adoptée	Page 144
2.2.1.1.	Le choix des terrains de stage	Page 145
	En 2006	Page 145
	En 2011	Page 146
2.2.1.2	Les démarches entreprises auprès des établissements	Page 146
2.2.2	Descriptions des terrains visités en 2006	Page 148
2.2.2.1	Terrain A	Page 148
	Description de l'équipe	Page 148
	Organisation générale des soins	Page 148
	Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe	Page 148
2.2.2.2	Terrain B	Page 150
	Description de l'équipe	Page 150
	Organisation générale des soins	Page 151
	Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe	Page 151
2.2.2.3	Terrain C	Page 152

	Description de l'équipe	Page 152
	Organisation générale des soins	Page 152
	Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe	Page 153
2.2.2.4	Terrain D	Page 154
	Description de l'équipe	Page 154
	Organisation générale des soins	Page 154
	Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe	Page 155
2.2.3	Descriptions des terrains visités en 2011	Page 156
2.2.3.1	Terrain F	Page 156
	Description de l'équipe	Page 157
	Organisation générale des soins	Page 157
	Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe	Page 158
2.2.3.2	Terrain G	Page 159
	Description de l'équipe	Page 159
	Organisation générale des soins	Page 160
	Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe	Page 160
2.2.3.3	Terrain H	Page 161
	Description de l'équipe	Page 162
	Organisation générale des soins	Page 162
	Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe	Page 163
2.2.4	L'exploitation du matériau recueilli	Page 164
2.2.4.1	L'exploitation des entretiens	Page 164
	Prendre connaissance du matériau	Page 164
	Regrouper des catégories génériques	Page 165
	Interpréter les données produites	Page 166
2.2.4.2	L'exploitation des documents	Page 167
2.2.4.3	L'exploitation des journaux de bord	Page 168
Chapitre3 Les dispositions à soigner		Page 170
	Introduction	Page 172
3.1	Les émotions au service du travail infirmier	Page 173
3.1.1	Les dispositions émotionnelles : entre naturalisation et normalisation	Page 174
3.1.1.1	Le soin naturalisé : la féminité	Page 175

	Etre femme, être infirmière	Page 175
	Le soin et l'assistance comme voies d'émancipation féminine	Page 178
	Un homme peut-il exercer le soin infirmier ?	Page 180
3.1.1.2	Le soin normalisé : la professionnalité	Page 183
	De la vertu aux attitudes soignantes : la relation est aussi un soin	Page 184
	Les émotions à travers les réquisits de la formation	Page 185
	La réflexivité émotionnelle comme compétence	Page 189
3.1.2	La dimension collective des émotions	Page 192
3.1.2.1	Le soutien émotionnel de l'équipe soignante	Page 192
	L'importance d'une relation bienveillante dans l'équipe	Page 192
	Le soutien émotionnel de l'équipe favorise l'engagement auprès du patient	Page 195
3.1.2.2	Les usages collectifs des émotions	Page 196
	Le ménagement autorisé	Page 196
	Le diapason émotionnel	Page 198
3.2	Le travail émotionnel soignant	Page 202
3.2.1	Réguler ou produire des émotions	Page 202
3.2.1.1	La gestion des émotions	Page 203
	La recherche d'une distance juste	Page 203
	Reconnaître sa vulnérabilité	Page 205
	Les routines hospitalières	Page 207
3.2.1.2	Produire des émotions	Page 210
	Sélectionner ses émotions	Page 210
	L'élaboration d'un personnage de travail ou <i>work persona</i>	Page 213
3.2.2	S'ajuster au patient ou délivrer une prestation émotionnelle ?	Page 215
3.2.2.1	L'émotion comme outil du travail soignant	Page 215
	Le travail de l'empathie	Page 215
	Les <i>alarmes</i> émotionnelles	Page 218
3.2.2.2	Le travail émotionnel comme prestation de soin	Page 219
	Influencer l'état émotionnel du patient	Page 219
	Quels objectifs sont poursuivis ?	Page 220
	Conclusion du chapitre 3	Page 221
Chapitre 4	Emancipation et complémentarité de la relation de service par rapport à la relation de soin	Page 222
	Introduction au chapitre 4	Page 224
4.1	La Coconstruction du service infirmier par le patient	Page 225
4.1.1	Le travail du patient	Page 225
4.1.1.1	Le travail de collaboration	Page 226
	Renseigner les soignants	Page 226
	Respecter des consignes	Page 227

	Un travail passif : se laisser faire	Page 229
4.1.1.2	La contrainte à collaborer	Page 229
	L'auto-information à la fois encouragée et rejetée	Page 230
	Le transfert de savoir mais sous contrôle	Page 231
	Respecter l'autonomie et gérer l'aléa moral	Page 233
	Les mauvais patients	Page 234
4.1.2	Satisfaire le client et soigner le patient	Page 236
4.1.2.1	Le patient : un <i>consommateur</i> vulnérable	Page 237
	Positionnement du problème à travers deux cas clinique	Page 238
	Sur quel(s) aspect(s) porte le conflit ?	Page 240
	Un consommateur vulnérable	Page 241
	La gestion du positionnement professionnel	Page 242
4.1.2.2	Organiser le soin pour satisfaire le plus grand nombre d'usagers	Page 243
	La tension entre organisation postée et organisation professionnelle	Page 244
	Une organisation destinée à produire du soin	Page 245
	Relation de service et production de soin	Page 246
	L'autonomie dans le travail	Page 247
4.2	Installer une relation de confiance	Page 249
4.2.1	consentement et information du patient	Page 249
4.2.1.1	Le consentement au soin infirmier	Page 249
	L'apparition récente d'un recueil du consentement en soin infirmier	Page 250
	La question du consentement au soin infirmier sur les terrains de recherche	Page 252
	Contractualisation du soin infirmier et changement de pratique	Page 253
4.2.1.2	L'information dans la relation entre infirmier et patient	Page 256
	L'enjeu du partage de l'information	Page 257
	L'information délivrée au patient	Page 258
	Une réduction de la relation entre infirmier et patient à la gestion de l'information	Page 259
4.2.2	Analyse de deux dispositifs de confiance	Page 261
4.2.2.1	Le questionnaire de satisfaction	Page 261
4.2.2.2	La personne de confiance	Page 263
	Evaluation et confiance, un nouveau dilemme pour le malade ?	Page 265
	Conclusion du chapitre 4	Page 267
	Conclusion générale	Page 269

Introduction générale

Les soins infirmiers prennent-ils une nouvelle direction ? Certains propos glanés sur le terrain le suggèrent fortement :

« Je suis au service du malade... mais en même temps, je ne suis pas à son service... ce sont mes compétences que je mets à son service » [E.30, ancienneté 4 ans]¹.

« Avant, il fallait tout bien faire pour le malade, maintenant il faut tout bien faire pour la qualité » [C.19, ancienneté 8 ans].

« La nouvelle organisation à l'hôpital, on disait que les infirmiers ne seraient pas touchés, mais je n'y ai jamais cru... on nous met d'un service à l'autre comme des pions et cela devient impossible de suivre les patients correctement ». [F.32, plus de 30 ans d'ancienneté].

« C'est un métier très riche, où on apprend beaucoup sur soi et sur l'être humain » [B.16, 12 ans d'ancienneté].

« On donne beaucoup aux patients mais ils nous donnent beaucoup aussi » [A.8, 2 ans d'ancienneté]. « Je ne me verrais pas faire autre chose mais je ne souhaite pas que ma fille fasse ce métier : il est trop dur » [A.5, ancienneté 25 ans].

Ces courtes citations sont issues d'entretiens ou de discussions plus informelles avec des infirmiers et des infirmières rencontrés pendant cette recherche. Elles ne font pas que reprendre

¹ Les références entre braquets renvoient aux annexes de ce travail. Les lettres de A à H renvoient aux terrains enquêtés et les numéros, de 1 à 37 aux entretiens menés avec des infirmiers.

des thèmes classiques du « malaise infirmier »². Elles montrent également différentes ambiguïtés dans lesquelles sont pris les soignants. L'aspiration à venir en aide à autrui, l'obligation de se conformer aux multiples règles et injonctions institutionnelles se doublent de nouvelles visées comme celles de satisfaire le patient et de justifier le plus précisément l'emploi de son temps productif. La difficulté de percevoir le résultat véritable de son action forment des obligations n'en est que plus grande.

Notre question de recherche peut se formuler comme ceci : quelles sont les conséquences d'ordre éthique à considérer la relation de soin entre infirmier et patient comme une relation de service ?

En tant que soignante et responsable d'une équipe d'infirmiers et d'aides-soignants, cette problématique nous tient tout particulièrement à cœur.

La profession infirmière compte en France plus de 520 000 personnes. Elle est largement associée au milieu hospitalier et près des deux tiers des infirmiers sont salariés d'établissements de santé³. L'exercice libéral se trouve en forte augmentation depuis 1980⁴. Cette profession est aussi la plus fortement représentée dans les institutions de soin. 49% exercent à l'hôpital public, un peu plus de 14% des établissements privés et 21% dans des établissements médico-sociaux.

Sa présence constante auprès des patients et sa situation au carrefour des logiques médicales et administratives tout en cherchant à défendre sa spécificité, la rend incontournable pour aborder tout aspect de la prise en charge de l'utilisateur par le système de santé.

C'est dans cette optique que nous abordons cette profession à l'aide de la notion de service. Plus précisément, l'objectif poursuivi dans ce travail est d'examiner les tensions qui jalonnent la relation entre infirmier et patient à la lumière de la notion de service.

Le cadre de cette recherche se limite au système de santé français, dont l'évolution au cours des deux dernières décennies se caractérise par trois objectifs, qui se veulent complémentaires.

Tout d'abord, donner une place plus active à l'utilisateur par l'obligation de transparence dans le fonctionnement des institutions, par l'exigence d'une information systématique de la part des professionnels de santé et par la recherche de sa satisfaction vis-à-vis du service qui lui est rendu.

Ensuite, un ensemble de réformes visent à réduire les dépenses de santé par une utilisation rationalisée des ressources et la poursuite de la plus grande efficacité du système de santé.

² Ce thème a été mis en exergue en particulier lors des mouvements de grève de 1988.

³ Chiffres de la DREES au 1^{er} janvier 2010. 63% sont salarié d'un établissement hospitalier : 49% dans le secteur public et 14% dans le secteur privé.

⁴ + 280% entre 1980 et 2008. Selon les chiffres de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss200910_fic-10-1.pdf Le travail infirmier en libéral est exercé par 12% des effectifs.

Enfin, ces mutations passent par des bouleversements concernant les professionnels de santé, pour adapter leur formation et leur exercice à ces enjeux de plus en plus pressants. Dans le cas des infirmiers, une réforme d'envergure a eu lieu en 2009 avec la mise en place d'un nouveau référentiel d'enseignement initial.

Ces orientations ne sont pas exemptes de contradictions majeures. Ainsi, on peut se demander si les attentes des usagers sont compatibles avec les exigences de rentabilité hospitalière ? L'autonomie exigée des nouveaux professionnels infirmiers peut-elle s'accommoder de leur situation subordonnée et de la réglementation toujours plus poussée de l'institution hospitalière ? Dans quelle mesure ces nouvelles exigences s'intègrent-elles à la manière dont les infirmiers se représentent leur rôle auprès des patients ?

L'intérêt de la notion de service réside dans la possibilité de penser ces tensions en prenant en compte ces différentes considérations.

Issu du mot latin *servitium*, le service renvoie à la condition d'esclave ou de servitude. Il en conserve la dimension de subordination mais avec une connotation soit domestique soit sacrée.

La connotation domestique souligne que l'individu est utilisé dans un but ou pour une tâche précise et souvent manuelle : le service des écuries, le service de chambre. La connotation sacrée vient de la figure à laquelle l'individu est dédié, par exemple le service de Dieu, le service du Roy.

Dans les deux cas, le service désigne à la fois la manière dont l'individu s'acquitte de sa tâche et ses réalisations proprement dites.

Dans sa dimension intersubjective, la notion de service permet d'aborder les questions de pouvoir, mais aussi d'affectivité ou de respect mises en jeu dans la relation interindividuelle. Les aspects de dominations peuvent même être lus dans les deux sens suivant les positions respectives du prestataire et du destinataire.

Par exemple, le domestique au service du maître de maison a une position subordonnée vis-à-vis du bénéficiaire de son service. Mais le médecin ou l'avocat au service de son client a une position dominante que lui confèrent son savoir par rapport à la situation de vulnérabilité où se trouve bien souvent le bénéficiaire (A. Jeantet, 2003).

L'expression « Je suis à votre service » est une formule de politesse pour signifier qu'on souhaite faire ce qui est agréable au bénéficiaire mais qu'on se situe dans un rapport d'égalité ou de sujétion. Par contre, mettre gratuitement à disposition un de ses biens ou sa personne pour rendre service place le bénéficiaire en situation de dette symbolique. « Je suis votre obligé » répond alors ce bénéficiaire.

Au pluriel, les services vont désigner un ensemble de prestations et de travaux, effectués dans le but d'être utile à quelqu'un d'autre. Ces prestations peuvent être effectuées avec ou sans contrepartie monétaire.

Les services publics ont ainsi pour principale fonction soit d'assurer l'ordre public en affirmant l'autorité de l'Etat – ce sont les fonctions régaliennes comme celles de la police, de la justice et de l'armée-, soit de faciliter la vie des citoyens. Les services de transports publics, de la poste mais aussi de la santé, relèvent de cette catégorie.

Les services, en économie marchande, désignent des prestations hétérogènes destinées à combler des besoins qui se développent avec les sociétés modernes⁵.

La complexité de ces sociétés a pour corollaire l'interdépendance des modes de production de biens et de services. A tel point que certains n'hésitent pas à affirmer que « tout est service » (J. Baudrillard, 1986) puisque la raison d'être de toute production est d'être utile à autrui (H. Boisguilbert au XVIIe siècle, J-B Say au XIXe, J. Rifkin, 2010 ; J-M. Weller 2010). En ce sens, la production de biens est aussi un service rendu. Inversement, le caractère des modes d'organisation permettant de fournir un service, se rapproche des modes industriels de production.

Dans ce contexte de fonctionnement global fondé sur l'interdépendance, se développe la notion de *relation de service* qui vient désigner l'ajustement nécessaire entre le prestataire et le destinataire pour la production du service lui-même.

Cette richesse sémantique permet de considérer le soin infirmier du point de vue de sa prestation et le réseau complexe dans lequel elle s'insère. Elle permet aussi de prendre en compte l'intersubjectivité en tant que condition de production de cette prestation. Les ambiguïtés dans les significations du service infirmier que nous nous efforcerons de mettre au jour doivent nous permettre de donner une réponse à deux questions essentielles : l'engagement éthique du professionnel infirmier se trouve-t-il désormais intégré dans une relation de service et le soin infirmier peut-il se réduire à une prestation s'inspirant du modèle économique de la prestation-produit ?

Si la notion de service est traitée de manière différenciée par des disciplines comme l'économie et la sociologie, peut-elle faire également l'objet d'interrogations éthiques ?

Le soin infirmier devenu service constitue déjà en soi un motif d'interrogation morale. Le soin et le souci qui l'animent, peuvent-ils être tout entier contenus dans cette notion de service ou cette dernière en vient-elle à réduire le soin à une seule dimension ? Est-elle réductrice du soin ?

Ces questions sont examinées en procédant à une enquête de terrain, comprenant des observations directes et des entretiens. En tant que service, différentes finalités lui sont assignées.

⁵ Nous n'irons pas plus loin dans cette introduction car cette considération sera développée au chapitre I.

Et c'est bien la compatibilité de ces finalités qui nous permet d'aborder le service sous l'angle de l'éthique.

Poser ces interrogations à la lumière de l'éthique, c'est questionner la situation présente mais aussi faire retour sur une histoire et sur les valeurs qui ont jalonné cette histoire.

Les soins infirmiers sont issus de traditions sacrées et profanes. Ils se sont tout d'abord formés autour de pratiques exercées essentiellement par les femmes depuis des siècles et orientées vers ce qui permet à la vie de se poursuivre : enfanter, permettre à l'humain de croître par l'alimentation et l'hygiène du corps, aménager le logement, le linge et assurer un lien social en exerçant ces activités dans une collectivité. Leur dimension sacrée se développe avec la chrétienté et dote les soins d'une ouverture sur la dimension spirituelle mais aussi institutionnelle car ils sont dispensés en dehors du lieu de vie.

Le développement de la médecine moderne entraîne les soins infirmiers dans son sillage et les recentre sur la lutte contre la maladie et le recouvrement de la santé. Mais en en faisant un adjuvant de la discipline médicale, il les éloigne en partie de leur objectif premier qui est de stimuler les ressources vitales de l'être humain et lui permettre poursuivre son existence.

Les progrès de cette médecine renforcent les aspirations sociales à une meilleure qualité de vie, et renouvellent les questionnements sur ce qui fait qu'une vie vaut d'être vécue, sur ce qui justifie le risque pris lors de l'administration d'un traitement ou encore sur les conditions d'accès du plus grand nombre aux techniques les plus modernes.

Les soins infirmiers sont largement concernés par ces questions. Le passage d'une logique de métier fondé sur le sens pratique et les vertus personnelles vers une logique professionnelle fondée sur une réflexion de type scientifique, promeut l'affirmation d'un positionnement disciplinaire à part entière.

L'exercice des soins infirmiers se fait essentiellement dans des institutions de santé. Les prestations de soin infirmier font alors l'objet d'un double enjeu. La description de leur contenu et la démonstration de leur efficacité sont des vecteurs de reconnaissance pour la profession. La logique de réduction des coûts de production de ces prestations peut toutefois freiner cette évolution en privilégiant la logique de la standardisation et de la parcellisation des tâches.

Est-ce alors la relation que le professionnel entretient avec le patient qui peut lui permettre d'assurer le bien-fondé de son action ?

Contrairement à un usage classique dans des travaux, académiques ou non, concernant le soin infirmier, nous emploierons uniquement le terme d'*infirmier* et non

d'infirmière dans la suite la rédaction⁶. Il désignera alors le professionnel ou prestataire de soins infirmiers, qu'il soit de sexe masculin ou féminin.

Sans ignorer toute problématique de genre dans une profession (M. Fuks, 2000 ; P. Molinier, 2004) qui reste largement exercée par des femmes⁷, continuer à employer le terme « infirmière » ou l'expression « infirmier ou infirmière » n'évoque-t-il pas nécessairement la dimension féminine des soins⁸, et cela ne place-t-il pas l'accent sur des formes différenciées d'exercice selon le genre du professionnel ?

Nous utiliserons le terme *infirmier* en tant que masculin de généralité⁹, mais ce n'est pas la principale raison.

La perspective adoptée ici est celle du service, considéré successivement comme la prestation organisée par l'institution de soin, comme la prestation fournie par le professionnel et comme posture spécifique lors de l'accomplissement de ce travail. Nous serons amenés alors à différencier service et relation de service.

Dans les textes officiels, c'est souvent le professionnel qui est défini et non la discipline qu'il exerce. La personne de l'infirmier, les caractères auxquels il doit correspondre, cèdent cependant de plus en plus le pas à des caractéristiques portant sur sa prestation¹⁰.

Or, une des principales tensions qui accompagne l'histoire des soins infirmiers est de pouvoir déterminer le contenu et la réalisation de cette prestation indépendamment des dispositions et les compétences de la personne qui procure ces soins.

Cela suppose par exemple de reconsidérer le lien entre le soin en tant que prestation et le soin dans sa dimension éthique, qui continue à s'attacher à une dimension subjective du professionnel qui le prodigue. Nous reformulerons ce lien en nous demandant dans quelle mesure ces caractéristiques individuelles et subjectives se trouvent incluses dans la prestation de soin infirmier.

Enfin, les textes officiels les plus récents vont également dans ce sens. Ainsi la loi de 2006 portant création d'un Ordre professionnel, mentionne bien qu'il s'agit de « l'Ordre national des infirmiers »¹¹. De même, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état ne mentionne plus

⁶ Une formule telle que « lire partout infirmier/ infirmière » est alors couramment utilisée.

⁷ 88% des professionnels de soins infirmiers sont des femmes, selon la DREES au 1^{er} janvier 2010.

⁸ L'emploi du féminin se justifie alors selon la perspective adoptée : dans l'histoire du soin, dans l'histoire des femmes ou dans les études sociologiques de genre.

⁹ le Bon usage indique (13e éd., p. 754) indique : « il faut en tout cas rappeler que le genre grammatical masculin n'est pas uniquement l'expression du sexe masculin, mais qu'il sert aussi de genre commun, de genre neutre, de genre asexué. »

¹⁰ A titre de comparaison, citons la définition des soins infirmiers au Canada contenue dans la loi du 6 juillet 1973 : « constitue l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale ».

¹¹ Voir les articles L 4312-1 et suivants du Code de la Santé publique.

que le titre «d'Infirmier» et non plus «infirmier ou infirmière» comme c'était le cas dans les textes antérieurs dont certains sont encore en vigueur¹².

Nous utiliserons le terme de *service infirmier* dans ce travail, selon quatre significations différentes : en tant que mode d'organisation du soin, en tant que mode de relation à autrui, en tant qu'aide apportée par le professionnel et enfin, en tant que prestation par l'institution de soin.

Le premier chapitre décrit le service infirmier en tant qu'organisation humaine au sein de l'hôpital et permettant de délivrer des prestations de soin infirmier (1.1). Cette construction qui s'étale tout au long du 20^e siècle, n'est pas en continuité avec le système religieux antérieur des soins bien qu'il en emprunte certains traits. L'idée défendue ici est que la création du personnage de *l'infirmière à la française* marque sous plusieurs aspects, une rupture avec la religieuse soignante. (1.1.1)

Les missions confiées à cette nouvelle professionnelle du soin, envers le médecin, envers le malade et envers l'institution hospitalière sont fixées dès 1923 mais s'étoffent et se complexifient et parfois se contredisent aussi, donnant lieu à la plupart des conflits déontologiques et éthiques spécifiques à cette profession. (1.1.2)

Ces institutions sont fortement influencées par le modèle entrepreneurial de la production (1.2). Aussi nous nous interrogerons sur ce que peut signifier la productivité d'un service (1.2.1) dans le champ de la santé. Nous nous demanderons également dans quelle mesure ce qu'on nomme le *sens du service*, devient une traduction entrepreneuriale de la vocation soignante (1.2.2).

Le second chapitre sera consacré à la méthodologie employée et les difficultés rencontrées durant la recherche.

Précisons dès à présent que ce travail se fonde sur un matériau recueilli au cours de deux périodes différentes. Des observations de terrain ont été pratiquées dans sept services hospitaliers de différents établissements publics. Les conclusions tirées à partir de ce matériau permettent de poser les principales idées soutenues dans ce travail. Ces idées sont également issues de notre propre expérience soignante et d'encadrement. Enfin, notre expérience dans l'enseignement des soins infirmiers est venue susciter ou confirmer des interrogations sur le devenir de la profession, par les réflexions et les questions que se posent les étudiants en soins infirmiers.

¹² Par exemple le décret relatif à l'exercice de la profession, repris aux articles L4311-1 à L4311-29 du code de la santé publique.

Le troisième chapitre se centre sur les aspects subjectifs de la relation de service dans le soin infirmier: les dispositions émotionnelles requises (3.1) et le travail émotionnel soignant (3.2).

Les dispositions émotionnelles dans le soin infirmier ont évolué depuis les attributs naturels supposés de la femme et les vertus chrétiennes (3.1.1). Le soin administré dans l'hôpital moderne impose une neutralité émotionnelle de ses agents mais montre ses limites dans la déshumanisation dénoncée à partir des années 1960. Les réformes hospitalières et réformes de l'enseignement des soins infirmiers réhabilitent les émotions en accordant une plus grande place au lien intersubjectif entre le malade et le soignant. La maîtrise émotionnelle soignante reste cependant la norme.

Le travail en équipe caractérise également le travail hospitalier. Le management accorde une grande place à la dimension collective des compétences et au savoir-faire collectif. Le lien intersubjectif entre les soignants d'une équipe et la dimension collective des émotions, revêtent une importance grandissante (3.1.2).

Le travail émotionnel (3.2) constitue une dimension essentielle de la relation de service en tant que processus subjectif d'ajustement entre infirmier et patient (3.2.1). On s'interrogera également sur des usages problématiques de ce travail pour le soignant lui-même et dans ses effets sur le patient.

Dans la lignée de ces réflexions, **le chapitre quatre est consacré au service infirmier entendu cette fois comme prestation destinée à apporter une aide professionnelle au malade. En tant que relation de service, nous soutenons que cette prestation peut se différencier de la relation de soin tout en lui restant complémentaire.**

Nous examinerons cette prestation dans un premier temps sous l'angle d'une co-construction entre l'infirmier et le patient (4.1). Ceci nous permettra d'affirmer une tendance à faire du patient un bénéficiaire mais aussi un collaborateur du soin infirmier (4.1.1). Acteur de sa santé, le patient l'est aussi dans la prestation qu'il reçoit et laquelle il est invité à émettre son avis. Des attentes pèsent sur lui dans la participation active à ses propres soins, au-delà de la simple collaboration. **Nous examinerons alors l'ambiguïté contemporaine contenue dans l'objectif de la prestation : soigner mais aussi satisfaire le patient (4.2.2).**

Dans un second temps, nous analyserons le lien de confiance entre infirmier et patient (4.2). Nous nous interrogerons sur l'importance grandissante donnée à l'information et au consentement dans la relation de service infirmière. (4.2.1). La question se pose alors d'une ambiguïté de la finalité de la relation entre infirmier et patient. Demeure-t-elle une relation de sollicitude orientée vers la compréhension des valeurs de la personne soignée et la recherche

d'une attitude ajustée par rapport à ces valeurs et respectant les besoins en soin. Ou devient-elle une relation réduite à un processus informatif visant au recueil du consentement du patient aux soins proposés ?

Nous en terminerons par l'analyse de deux dispositifs institutionnels chargés de renforcer la confiance du patient dans sa prise en charge par l'établissement hospitalier : le questionnaire de confiance et la personne de confiance (4.2.2).

Que peut-on espérer trouver à l'issue de ces réflexions ? S'il est naturel pour un professionnel de s'interroger sur sa pratique, comprendre le contexte dans lequel elle s'inscrit lui offre le recul nécessaire pour mettre au jour des évolutions dans sa profession. Les changements que la profession infirmière est en train de vivre, et que nous soulignons dans ce travail, vont modifier son positionnement vis-à-vis des autres professions soignantes et vis-à-vis des patients. Pour les comprendre, notre réflexion nous amène au carrefour de différentes disciplines comme la sociologie, l'économie, la gestion et bien sûr les soins infirmiers.

La réflexion éthique vient éclairer les problématiques posées par une vision du soin comme prestation ou produit d'une activité orientée vers la satisfaction et l'efficacité. Le malaise qui s'installe à vouloir poursuivre ces projections appelle la construction d'une véritable filière de formation et de recherche capable de fournir à la profession infirmière la capacité de se penser et de s'autoréguler.

Chapitre 1

Décrire le service infirmier

« Le nursing a toujours été un art moral. En se modernisant, qu'il s'agisse de professionnalisation ou de développement disciplinaire, il est aussi devenu une science pratique. Néanmoins, c'est l'alliance et l'imbrication de ces deux attributs qui en font aujourd'hui sa "substantifique moelle" et qui, à l'heure de la reconfiguration du système de santé, le rendent indispensable pour affronter la complexité des besoins de santé d'une civilisation qui entre dans le troisième millénaire. »

Danielle Blondeau, *Ethique et soins infirmiers*, 2004

PLAN DETAILLE DU CHAPITRE

Introduction du chapitre 1

1.1 Identifier le service infirmier

1.1.1 La construction du service infirmier en France

1.1.1.1 L'organisation des soins avant 1922

1.1.1.2 La création de la profession infirmière

1.1.1.3 Le développement du service infirmier dans l'hôpital moderne

1.1.2. Les missions du service infirmier

1.1.2.1 Les missions du service infirmier auprès du médecin

1.1.2.2 Les missions du service infirmier auprès de l'institution hospitalière

1.1.2.3 Les missions du service infirmier auprès du patient

1.2 Le service dans ses dimensions sociale, économique et axiologique

1.2.1 Le service comme objet économique et social

1.2.1.1 La dimension sociale du service

1.2.1.2 La dimension économique des services

1.2.2 Le « sens du service » est-il la traduction contemporaine de la vocation ?

1.2.2.1 La vocation et ses mutations

1.2.2.2 La relation de service et la relation d'aide portée à autrui

Conclusion du chapitre 1

Introduction du chapitre 1

Ce chapitre est destiné à poser les principales questions qui touchent la notion de service, et le service infirmier en particulier, afin de poser des jalons de réflexion sur des points particuliers qui seront développés ultérieurement dans les chapitres trois et quatre.

Identifier le service infirmier suppose de répondre à certaines questions telles que : Comment s'organise la prestation de soin infirmier ? Quels actes ce service recouvre-t-il ? A qui ces prestations s'adressent-elles ?

Le service infirmier a pu être défini comme « l'ensemble des prestations offertes à la collectivité en fonction de ses besoins de santé, par les personnels infirmiers qui déterminent eux-mêmes leur politique de soins » (E. Noel, 2003, p47). Son acte de naissance est la circulaire du 31 juillet 1975, qui décrit les attributions de l'infirmier général et met fin à la pratique du choix des infirmiers et surveillantes des services par le médecin chef. La gestion du personnel infirmier passe alors dans une hiérarchie spécifique.

Les soins quant à eux, sont bien plus anciens. Sans doute sont-ils nés en même temps que l'humanité elle-même. Comment permettre à la vie de se développer sans qu'un être humain se soucie de protéger celle d'un autre, au moins dans ses premières années d'existence ? C'est cette vulnérabilité fondamentale, et l'interdépendance qu'elle implique, que viennent rappeler les théories du *care* (J. Tronto, 2009 ; S. Laugier, 2012).

Les deux parties de ce chapitre mettent en perspective le service infirmier (1.1) et le service dans ses dimensions économiques et sociales (1.2).

Au-delà d'une présentation chronologique et organisationnelle, nous montrerons (1.1) comment s'est construit le service infirmier à l'intérieur de l'institution hospitalière (1.1.1), et expliciterons les missions qui lui sont attachées (1.1.2). Celles-ci sont, on le verra multiples, complexes et parfois contradictoires.

Le métier d'infirmier rejoint les professions de service lors du passage progressif du don au salariat (1.2). Nous énoncerons de manière générale les principaux problèmes posés par l'émergence d'une société de service aux plans social et économique (1.2.1). La profession infirmière s'est construite sur le fondement religieux du don de soi pour aider l'autre. Si la vocation soignante est encore d'actualité dans nos sociétés désacralisées, quelle forme peut-elle encore prendre au sein d'une profession de service (1.2.2) ?

1.1 Identifier le service infirmier

Dans cette première partie, nous nous attachons à mettre en perspective l'évolution de la profession infirmière en France avec les institutions de santé et d'accueil où elle trouve à s'exercer. Le premier fil que nous tirons ici est la dichotomie entre soin sacré et soin profane. Le second est la spécificité du *soin infirmier*, en tant que processus d'analyse et de méthode de travail, qui émerge au cours du XXe siècle.

En 1982, René Magnon écrit (p.137): « Ce service infirmier pourrait se définir comme étant le moyen d'exister par nous-mêmes, pour nous-mêmes et pour les autres dans un système relationnel qui permette également de nous situer par rapport à nous-mêmes et par rapport aux autres, dans une interdépendance admise par tous ».

Cette vision positive d'où émerge la prestation spécifique du service infirmier, s'oppose à une autre conception pouvant se résumer à: « tout ce qui doit être fait à l'hôpital mais qui n'est pas réalisé par d'autres catégories professionnelles » E.C. Hugues (1996) ici, réduit le service infirmier à son plus petit dénominateur commun : sa réalisation par une même catégorie de personnel.

Nous désignerons par *service infirmier* le système organisé permettant de délivrer des soins infirmiers à une communauté de patients et *soin infirmier* les prestations visant le retour en santé ou le mieux être du patient. Les autres actes réalisés par les infirmiers seront nommés *mission* ou *rôle infirmier*.

Les pages qui suivent portent sur la construction historique de cette organisation (1.1.1). Du soin donné par un personnel d'abord dédié au service de Dieu puis au malade jusqu'au soin hyper-technique qui s'inscrit dans une hiérarchie institutionnelle spécifique, que peut-il y avoir de commun ?

La seconde sous-partie porte sur la période présente et développe les missions et les destinataires du service infirmier (1.1.2). C'est là une autre manière de reprendre la question de savoir si les soins infirmiers sont dits tels parce qu'ils sont effectués par des infirmiers, ou bien s'ils sont qualifiés d'*infirmiers* parce qu'ils occupent une place spécifique à côté d'autres types de soins dispensés.

1.1.1 La construction du service infirmier en France

Nous allons distinguer trois périodes: la première qui voit l'émergence du soin institutionnalisé au Ve siècle et jusqu'en 1922 (1.1.1.1). La seconde débute à l'Entre-deux Guerre pour s'étendre jusqu'à 1946, avec une première définition officielle de l'infirmière et une formalisation des actes pouvant lui être confiés (1.1.1.2). La dernière période court de l'après seconde guerre mondiale jusqu'à notre époque, où la profession est plus visible et se spécialise au sein de l'hôpital moderne (1.1.1.3).

Deux points méritent une précaution préalable.

Tout d'abord, affirmer que le modèle du soin dispensé à autrui fait partie de l'héritage chrétien peut laisser croire que les pratiques soignantes sont nées avec la chrétienté et que soigner signifie avant tout donner de soi aux pauvres et aux défavorisés, suivant en cela une inspiration évangélique. Cette association entre soin et charité religieuse laisse cependant dans l'ombre des pratiques plus ordinaires et profanes, relevant de la simple expérience du quotidien.

La seconde précaution est que le terme même d'*infirmier* a désigné des fonctions soignantes bien différentes suivant les époques. Nous l'employons dans ce travail, dans l'acceptation qu'il reçoit entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle¹. A compter du décret du 27 juin 1922, il désigne une catégorie particulière de soignant au sein de l'hôpital.

1.1.1.1 L'organisation des soins avant 1922

Deux figures du soin se dessinent dès le Ve siècle. D'une part, la figure de **la femme consacrée** qui inscrit sa pratique des soins dans un cadre institutionnalisé. Et d'autre part, la figure de **la guérisseuse** ou Saga qui développe un savoir empirique au sein d'une communauté ou d'un village. **Les débuts d'une instruction spécifique** pour les soins concernant autant les malades et les biens portants, les enfants, les vieillards ainsi que les femmes en couches, interviennent plus tardivement : timidement au XVII^e siècle et de manière plus affirmée à la fin du XVIII^e siècle.

¹ Entre 1878 et 1894, les quatre premières écoles parisiennes de l'Assistance publique prennent le nom d'«écoles d'infirmières ». Ce nom sera repris officiellement dans les circulaires Combes du 28 octobre 1902, qui imposent notamment la création de ces écoles dans tous les départements français.

Le développement des institutions soignantes par les ordres religieux

L'identification du service de Dieu et du service au malade caractérise l'esprit dans lequel est donné le soin à cette période. Le pauvre, l'indigent, le malade sont des figures christiques qui appellent l'action charitable du croyant. « Toutes les fois que vous l'avez fait à l'un de ces plus petits de mes frères, vous me l'avez fait à moi-même » (Evangile de St Matthieu. 25 :40).

Dès les premiers siècles de l'ère chrétienne², des communautés religieuses se forment et se chargent de venir en aide à des catégories de population dans le besoin : malades, pauvres, travailleurs journalier itinérants³. Durant la longue période qui s'étend du VI^e au XVI^e siècle, les institutions qui se créent constituent une réponse de l'Eglise chrétienne à cet appel divin à l'amour fraternel. Des maisons d'accueil⁴ se fondent jusqu'à organiser dès le VIII^e siècle un maillage territorial qui différencie progressivement les types de populations accueillies⁵. Leurs missions viennent compenser ce que le pouvoir politique ne prend pas en charge (JP.Baud, 1993).

L'approche du corps du malade est cependant bien différente de celle qui prévalait dans l'Antiquité. La médecine grecque voyait volontiers une continuité entre l'âme et le corps (Aristote, « De l'âme » LII, 412 a), prêtait une attention particulière aux signes physiques et à l'environnement du corps dans le déclenchement de la maladie. L'approche chrétienne voit dans la mort et la maladie, l'expression de la volonté divine. La vie terrestre est surtout le rappel de la chute d'Adam et d'Eve. Cette punition contient cependant l'espoir que Dieu accorde le salut aux croyants pour leur permettre d'accéder à une vie éternelle (G. Durand, 2001 p.38).

Toute souffrance ou maladie, est considérée comme envoyée par Dieu pour châtier ou mettre à l'épreuve celui qui est frappé. Les tensions entre la religion chrétienne et la médecine vont se nouer autour des questions du corps et de sa guérison. La question de la guérison n'est pas une évidence car celui qui est affligé est d'abord un pénitent qui doit « assumer sa souffrance afin d'accomplir un progrès spirituel » (Autret, 2004 p28). Le guérir revient alors à s'opposer à la volonté divine, et prive le pécheur de la possibilité d'être pardonné.

² Sainte Fabiola, qui est considérée comme la mère des pratiques soignantes, fonde le premier hôpital d'occident, pour accueillir les pèlerins, au IV^e siècle.

³ Hospices, léproseries, Maison-Dieu désignent la vocation de ces lieux ou leur situation en ville ou en dehors des villes.

⁴ Le terme hôpital, c'est-à-dire un lieu dispensant des soins aux malades en vue d'accélérer leur guérison et aussi l'enseignement nécessaire à cette mission, est plus tardif, et n'apparaît qu'au Xe siècle.

⁵ Les Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris sont fondées au XIII^e siècle et diffusent un modèle pour les congrégations hospitalières accueillant des malades.

La question du corps pose le problème du dualisme. La vie terrestre est celle d'une âme incarnée dans une enveloppe de chair. D'un côté, le corps est le lieu du péché, voué à retourner au néant dont il est issu (Genèse 3 :19). D'un autre côté il est le siège de l'âme, un territoire sacré, une partie de l'être humain qui n'appartient qu'à Dieu. Celui qui est frappé par la maladie l'est d'abord dans son âme et cette atteinte se rend visible sur son corps. C'est pourquoi la morale chrétienne ne recherche pas la guérison du corps pour lui-même., mais celle de l'âme, fût-ce au travers du corps. « Du vivant de l'homme, on passe par le corps pour atteindre l'âme » (JP. Baud, 1993).

Puisque c'est l'âme qui est frappée par la maladie, c'est l'âme qui doit guérir. Le corps retrouvera la santé lorsque le pécheur sera pardonné «Je suis l'Eternel, qui te guérit.» (Exode 15:26b).

Marie-Françoise Collière (2005, p.65-66) rappelle combien le refus de soulager la douleur restera tenace. Seules sont acceptées la compassion et l'aide spirituelle par la prière.

Les soins apportés par les communautés chrétiennes se concentrent sur le mal à « extirper » du pécheur lorsqu'il est malade. Ils reposent avant tout sur l'invocation de Dieu, la participation aux offices religieux, et bien sûr la confession. Le pauvre se distingue alors peu du malade parmi la population accueillie dans les institutions conventuelles⁶. Tout homme connaissant une situation d'affliction est accueillie et traité suivant le devoir de charité⁷. L'exemple du Christ qui anime ces communautés les amène à prodiguer les sept œuvres charitables⁸: nourrir les affamés, désaltérer les assoiffés, vêtir les démunis, soigner les malades, accueillir les pèlerins, visiter les prisonniers et ensevelir les morts⁹. Ces sept œuvres de charité se doublent de sept œuvres de miséricorde spirituelle : conseiller, corriger, enseigner, consoler, pardonner, supporter, prier. Aider le prochain à faire son salut est au moins aussi important que de l'aider à recouvrer la santé.

La morale chrétienne accorde une importance particulière à l'intention avec laquelle ces actes sont réalisés. L'obéissance envers Dieu et l'humilité¹⁰ doivent être les seuls mobiles du chrétien pour agir. Aucune gratification personnelle ne doit être recherchée, aucun orgueil n'est à

⁶ Ce n'est que progressivement que ces structures d'accueil vont se développer autour de missions différentes et former un maillage territorial à l'intérieur duquel on distinguera des lieux où on « soigne » les malades (hôpitaux), ceux où on héberge les infirmes ou les vieillards (hospices) et ceux où on accueille temporairement des sans-abris (refuges). Ils sont souvent construits aux abords des villes, pour préserver la paix civile, qu'une population pauvre trop nombreuse mettrait en péril.

⁷ Du latin *caritas*, signifiant « amour du prochain » en référence à l'amour de Dieu pour toutes ses créatures. Elle est l'une des trois vertus théologiques du chrétien, avec la foi et l'espérance.

⁸ Ce devoir d'obéissance aux pratiques charitables est rappelé dans plusieurs conciles dès le VI^e siècle, qui recommandent aussi de lui consacrer une part des revenus de chaque église.

⁹ « Car j'avais faim, et vous m'avez donné à manger; j'avais soif, et vous m'avez donné à boire; j'étais un étranger, et vous m'avez accueilli; j'étais nu, et vous m'avez habillé ; j'étais malade, et vous m'avez visité; j'étais en prison, et vous êtes venus jusqu'à moi!» (Matthieu 25, 35-36).

¹⁰ Du latin *humus*, la terre, ce qui signifie pour l'homme de reconnaître son origine (Genèse 2 : 7).

retirer des bienfaits prodigués « Que ta main gauche ignore ce que fait ta main droite » (Mat. 6 :1 - 18).

L'objet de ces actions est le corps humain, mais cela ne revient pas à lui accorder une valeur plus importante que celle d'une *chose*. Cependant, cette *chose* se trouve habitée par une âme qui elle est d'essence divine et qui justifie ces attentions particulières. Mais la médecine, dès lors qu'elle conçoit la maladie comme indépendante d'une affection de l'âme, ne peut qu'entrer en conflit avec l'Eglise¹¹.

Le personnel non religieux employé par les institutions reste peu connu. Il semble que certaines tâches soient très tôt dévolues plus particulièrement à un personnel laïc. Elles comprennent par exemple les soins qui offensent la pudeur comme la toilette intime des hommes ou les soins aux femmes en couche, en particulier si elles ne sont pas mariées. Les novices sont chargées également de travaux jugés ingrats, en lien avec le maintien de la propreté des locaux et l'évacuation des immondices. La hiérarchie de l'institution est la même que la hiérarchie conventuelle. L'organisation quotidienne respecte la Règle de l'ordre religieux auquel l'institution appartient. Elle fixe notamment le déroulement de toutes les activités de la journée, faisant dépendre le temps des soins des horaires consacrés aux actes de dévotion.

A partir de la Renaissance, deux mouvements viennent modifier cette organisation. Le pouvoir royal se renforce et veut assurer un contrôle sur l'administration des hôpitaux via des agents chargés de prendre progressivement en charge la gestion de ces établissements¹² sans en exclure toutefois les ecclésiastiques (J. Imbert, 1982, p.141s.). D'autre part, les maisons hospitalières commencent à se spécialiser non plus seulement en fonction des conditions sociales mais aussi des conditions médicales des personnes accueillies. Elles et sont de plus en plus fréquentées par des médecins, afin notamment de contrôler l'activité des autres intervenants : les barbiers, les chirurgiens et les sœurs apothicaires (J. Autret, 2004, p. 54-60).

La conception du soin à l'affligé et au pauvre se complexifie. Il n'est plus soigné uniquement parce qu'il figure le Christ souffrant sur la croix. Le soignant considère que venir à son aide lui permet de travailler à son propre salut autant qu'à celui du malade.

¹¹ Le Concile de Clermont du 18 novembre 1130, interdit aux moines l'étude de la médecine et de la chirurgie. *"A ce que nous avons appris, une mauvaise et détestable coutume s'est implantée ; des moines et des chanoines réguliers, après avoir pris l'habit et fait leur profession, au mépris de la règle des bienheureux maîtres Benoît et Augustin, apprennent le droit et la médecine par désir de lucre... Nous interdisons par notre autorité apostolique qu'il en aille ainsi à l'avenir. Que les évêques, abbés et prieurs qui ont consenti à une telle irrégularité et qui ne l'auront pas réformée, soient dépouillés de leurs propres honneurs."* extrait de la page : <http://www.encyclopedie-universelle.com/abbaye-medecine-h%F4pital3.html>

¹² Hôtel-Dieu, maladreries et hôpitaux

La maladie et la mort constituent une épreuve censée affermir la foi de chacun des deux, pas seulement celle du malade.

C'est aussi la modification de la représentation du pauvre qui explique cette double vocation du soin. Sous l'influence en particulier des réformateurs Martin Luther (1483-1546) et Jean Calvin (1509-1564), la figure du pauvre, du mendiant en particulier, va se désacraliser. Il fait désormais l'objet de méfiance de la part de la population. Rendu responsable de son état en raison de son oisiveté, il est un exemple dangereux pour la moralité et pour la paix publiques. Le mendiant autrefois objet des œuvres charitables, devient un être dangereux qui peut être porté à commettre des actes délictueux¹³. La politique du « grand enfermement » à partir de 1612 qu'a décrite M. Foucault (1972) va imposer aux pauvres et aux invalides de se rendre dans les Hôpitaux Généraux sous peine d'être punis. L'objectif est double : retirer les indigents des rues et des routes pour assurer la paix, et leur imposer un « traitement » en vue de leur redressement moral. Ce traitement passe par la prière mais surtout par le travail au sein d'ateliers. L'assistance aux pauvres devient une gestion autoritaire assurée par l'Etat, qui reproche aux institutions religieuses « d'entretenir l'oisiveté des pauvres ». Toutefois, J. Imbert (1982) souligne que cette politique est restée très inégalement appliquée dans le royaume et que l'image menaçante attachée à la pauvreté et à la mendicité n'est par perçue de manière uniforme¹⁴.

Au XVIIIe siècle, la philosophie des Lumières apporte une nouvelle manière d'envisager la pauvreté, en tant que phénomène sécrété par la société. Des ouvrages comme « Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes »(1755) de Jean-Jacques Rousseau ou celui de Condorcet « Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain » (1793) expriment l'idée que c'est au corps social et politique d'intervenir dans le domaine des inégalités entre les citoyens pour permettre à chacun de s'instruire, de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, ainsi que d'obtenir les moyens de sa subsistance durant sa vieillesse. La charité chrétienne qui présidait à l'accueil et au soin des pauvres, laisse alors la place au devoir citoyen d'assistance¹⁵ financé par les municipalités via les dons et les quêtes et par le travail des pauvres eux-mêmes.

¹³ Le juriste Claude Lebrun de la Rochette, publie « le procès civil et criminel, contenant la méthodique liaison du droit et de la pratique judiciaire, civile et criminelle » en 1609, ouvrage dans lequel il lie pauvreté, oisiveté et criminalité ; trois manières que le diable utilise pour pervertir l'âme et le corps.

¹⁴ Ainsi les « ordres mendiants » comme les franciscains, sont respectés de la population.

¹⁵ La loi du 14 décembre 1790 qui crée la municipalité, lui donne pour mission entre autres, de gérer les institutions destinées aux pauvres et aux malades. « Tels sont les fruits de la liberté : les misères disparaissent, les voiles sont arrachés, l'hypocrisie est démasquée et la vérité se montre dans tout son jour. Quels droits n'a pas à nos soins la classe souffrante de nos frères ? Elle sera l'objet de nos plus tendres sollicitudes ; la misère est extrême, à chaque pas vos regards sont frappés du spectacle affligeant de la mendicité ; nos fondations de charité, nos hôpitaux sont surchargés. Citoyens, si nous parvenons à réprimer la fainéantise, en procurant aux pauvres des moyens de subsistance ; si vous vous voyez sérieusement attachés à redresser, à punir les abus

La séparation de plus en plus nette entre les institutions d'accueil destinées aux pauvres d'une part et aux malades d'autre part, permet l'essor de l'hôpital comme lieu de traitement et de savoir sur le corps humain. La conception du corps humain se modifie elle aussi, sans parvenir à trancher le débat entre monisme et dualisme radical entre l'âme et la chair. Les découvertes issues des dissections et expérimentations emportent la conception d'une mécanique complexe, qui obéit à des lois qui lui sont propres et qu'il revient à la médecine de découvrir.

La clinique (M. Foucault, 1963) centre alors l'attention du médecin sur l'organe malade tandis que l'intervention des différentes professions se formalise entre les médecins, les chirurgiens, les apothicaires et bien sûr des soignants qu'ils soient religieux ou laïcs. Ces derniers n'ayant pas accès au savoir médical, conservent cependant une vision plus globale du soin au malade. Ils continuent à mêler les soins du corps par le lavage, l'alimentation et la protection, et les soins spirituels par la prière.

La confiscation des biens du clergé et la fermeture des monastères après la Révolution française de 1789 va donner un coup d'arrêt à ce développement qui ne sera que temporaire. Le régime napoléonien autorise en effet rapidement certains ordres religieux, en particulier les hospitaliers, à se reformer (J. Imbert, 1982). Les sœurs hospitalières réintègrent les hôpitaux mais sous conditions de la surveillance des préfets. Les commissions administratives des hôpitaux, émanations du pouvoir impérial, passent des conventions avec les congrégations pour fixer par exemple le nombre de sœurs affectées à chaque établissement, le règlement intérieur auquel elles sont soumises ainsi que leurs conditions de vie : costume, nourriture, logement.

dont vous vous plaignez dans nos hospices ; si nous mettons tout en œuvre pour soulager les souffrances des malades, ah ! Du moins, que pour prix de nos soins, et par la certitude de l'emploi fait avec discernement, votre bienfaisance se ranime et accorde des secours proportionnés au malheur des temps et à la foule des nécessiteux. » Extrait du Discours de Me le Baron De Dietrich, maire de Strasbourg, après sa prestation de serment le 18 mars 1790. <http://archives.strasbourg.fr/Pdf/atelier/maire.pdf>

Les pratiques de soin par les femmes laïques et par les femmes consacrées

La littérature sépare, nous le disions en introduction de ce chapitre, l'histoire des soins donnés par les femmes consacrées (G. Durand 2001; MF. Collière 2003) d'une part et par les *soigneuses* profanes (J. Dall'Ava-Santucci, 1989) d'autre part. C'est le statut du corps qui là aussi fonde la principale différence entre ces deux pratiques soignantes.

Les soins profanes se regroupent autour de pratiques visant à maintenir et à perpétuer la vie. Elles ont pour objet: l'alimentation, les pratiques vestimentaires, l'habitat, les pratiques sexuelles et la maternité, les soins aux jeunes enfants, mais aussi la culture des plantes et l'élevage des animaux et l'entretien de la maison. Elles nourrissent un savoir empirique souvent rudimentaire, mais qui leur donne une connaissance intime du corps et de la nature.

L'origine de ce savoir profane est imprécise. Il est rarement compilé par écrit¹⁶, et est le plus souvent transmis oralement de mère en fille ou entre voisines. Il est particulièrement important pour ce qui concerne le corps féminin¹⁷ et la maternité, car les institutions religieuses, on l'a dit, rejettent les soins évoquant la sexualité. Ce savoir couvre aussi le soin des plaies et les pouvoirs thérapeutiques des plantes¹⁸. Il en découle par exemple des thérapeutiques basées sur les oppositions entre épurer le corps ou ingérer des substances pour lui donner des propriétés fortifiantes, mettre en contact le corps avec des objets sacrés pour le purifier ou le séparer des souillures pour éviter les putréfactions (G. Vigarello, 1993). Nombre de ces soins vont se figer en rituels destinés à favoriser la santé, à procurer du bien-être et à éloigner la peur et la maladie (C.Ehrenreich, 1978 ; Y. Verdier, 1980).

La différence de statut du corps passe touche aussi le corps de la personne qui soigne. La femme soignante profane se sert de son corps sexué¹⁹, éprouvé dans l'expérience de la maternité et inséré dans un environnement avec lequel il est en constante évolution. A contrario, les femmes consacrées ne soignent pas avec leur corps mais avec leur âme. La prise de l'habit

¹⁶ Les femmes du peuple n'ayant pas accès à l'écriture, seules quelques dames instruites ont produit des manuels. Louise Bourgeois (1563-1636) est une exception. Cette sage-femme qui œuvra pour Marie de Médicis, a publié deux traités d'obstétrique en 1609 et 1626.

¹⁷ L'étude de la médecine n'avait lieu que sur les corps masculins. Les moines étudiant l'anatomie n'avaient souvent jamais vu un corps féminin, diabolisé encore plus que celui de l'homme.

¹⁸ Pratiques passées par exemple dans l'usage courant selon l'expression « remèdes de bonne femme ».

¹⁹ Placée entre l'homme et l'animal, la femme est reconnue comme créature dotée d'une âme par le concile de Mâcon en 581 mais dépourvue d'intelligence. Elle est destinée uniquement à la procréation. La femme est d'abord un *corps féminin* et pas une personne à part entière.

religieux garantit qu'elles ne soient pas tentées par le corps. Elles n'ont besoin que de leur foi pour secourir les malheureux. L'expérience d'être mère ou bien l'instruction sont jugées inutiles.

L'Eglise chrétienne, sous l'influence de St Paul de Tarse en particulier, exprime très tôt un mépris pour tout ce qui est charnel. Cela touche tout particulièrement la femme, réputée être gouvernée entièrement par ses organes. Comment une telle créature pourrait-elle être autorisée à enseigner, à prodiguer des soins sans contrôle et à pratiquer la médecine ²⁰?

Le modèle de la soignante consacrée s'impose avec violence à partir du XIVe siècle. L'Eglise condamne à l'excommunication et à la mort toute femme soupçonnée de commerce avec le diable²¹. Or, utiliser les propriétés issues de plantes ou de pratiques profanes pour soigner, est considéré comme ayant été inspiré par le démon. Jusqu'à la Renaissance, la *sorcière* (J. Michelet, 1862) continue à soigner clandestinement une population en grande partie rurale, pour laquelle les remèdes sont rudimentaires et délivrés par des moines auxquelles les femmes craignent de se confier.

Ce désintérêt pour le corps en tant que source de souffrance mais aussi de plaisir, remet fondamentalement en cause les pratiques traditionnelles de soins (MF. Collière, 2005, p51). En particulier, le modèle spirituel exclut toute pratique qui valorise la détente du corps et son confort²². De même, le soin consacré s'adresse aux corps souffrants, quelle qu'en soit la cause, tandis que le soin profane a une portée universelle, s'adressant au bien portant aussi bien qu'au malade. Par contre, les pratiques de propreté²³ et la connaissance de remèdes élémentaires par les sœurs soignantes en font des actrices incontournables dans l'organisation des soins. A ce savoir faire qui a fait ses preuves mais qui trouve ses limites dans une évolution intellectuelle bridée, s'adresse la demande insistante des médecins de disposer d'une aide formée pour les seconder.

²⁰ En France, les femmes sont exclues des facultés de médecine dès le XIIIe siècle,

²¹ Le « Malleus Maleficarum » publié vers 1487 déclare « sorcière » et condamne à mort toute « femme qui ose dispenser des soins sans avoir fait des études médicales ».

²² Par exemple les massages ou l'utilisation de plantes au parfum apaisant.

²³ On ne parle pas encore d'hygiène.

Les débuts d'une instruction spécifique

Il y a peu d'actions d'envergure visant à former des soignants avant la seconde moitié du XIXe siècle. L'expérience la plus connue reste la fondation en 1633 des Sœurs de la Charité par Saint Vincent de Paul (1581-1660) et Louise de Marillac (1591-1660). L'originalité est que ces religieuses ne prononcent pas de vœux et ne sont donc pas soumises à la clôture²⁴ ; elles peuvent donc visiter les malades. Elles assurent également la transmission des valeurs chrétiennes, via la catéchèse et le respect des devoirs religieux. Leur instruction reste rudimentaire mais elles savent lire, écrire, panser les plaies, appliquer des médicaments²⁵. Les tâches qu'elles ont à accomplir auprès des malades sont bien définies : « le matin, faire des lits, donner les médecines, faire déjeuner les plus malades et servir les autres. Le soir donner les lavements, vider les pots, accommoder un peu les lits, changer les draps à ceux qui se sont gâtés (...) ». J. Imbert (1982) souligne trois éléments fondamentaux dans cette liste : le souci de délivrer des soins de manière continue, l'attention portée à l'hygiène et le respect des traitements médicaux.

Les premiers cours destinés au personnel subalterne des hôpitaux sont donnés à Paris à la fin du XVIIIe siècle. Mais ce n'est qu'au XIXe siècle, avec la fondation de l'hôpital moderne et le développement de possibilités thérapeutiques plus efficaces, que s'affirme la nécessité d'un personnel spécifiquement formé pour seconder le médecin²⁶. C'est en tout cas l'idée qui prévaut en France. Car cette fonction est diversement interprétée à la même période en Allemagne ou en Angleterre.

En Allemagne, la communauté des Diaconesses est fondée en 1836. Ce mouvement issu du protestantisme luthérien s'agrandit rapidement et progresse en France, en Suisse et aux États-Unis. Les femmes qui le rejoignent ne prononcent pas de vœux mais respectent les devoirs chrétiens. Leurs missions sont ancrées dans la vie de la population : éduquer, veiller sur les orphelins et sur les personnes âgées, aider les nécessiteux, réconforter les endeuillés et répondre aux problèmes des femmes. C'est surtout leur position au sein de la religion protestante qui les distingue puisqu'elles ont le droit de prêcher et de lire l'Évangile, ce qui les dispense de la présence d'un prêtre.

²⁴ L'obligation de clôture devient universelle avec le décret *Periculoso* de Boniface VIII en 1298. Symbolisant de manière stricte la séparation entre le profane et le sacré, cette règle interdit l'accueil de moines et de moniales dans un même lieu et interdit aux religieux « *sinon en temps de guerre, ou si convoquée par le roi* » de sortir de l'espace qui leur est réservé. Cette règle a mis fin à la pratique de la mixité mais aussi aux visites des religieux dans les habitations civiles pour porter secours spirituel et remèdes aux malades.

²⁵ Cette formation servira d'exemple pour fonder le premier hôpital du Nouveau Monde à Québec, en 1639.

²⁶ Formation de « gardes malades » vers 1835, d'une école de « gardes-malades ambulancières » en 1877 et une école professionnelle à Lyon en 1899.

En Angleterre, après être devenue aussi célèbre que respectée pour les résultats obtenus durant la guerre de Crimée²⁷, Florence Nightingale (1820-1910) fonde son école de *nursing* au sein du St Thomas Hospital de Londres. Couramment appelées *Sisters*, ces soignantes ne sont pas nécessairement des religieuses²⁸. Leur recrutement repose sur certains critères homogènes : la future *nurse* est nécessairement une femme, instruite, issue d'une famille de classe sociale intermédiaire ou aisée, et à la moralité irréprochable. La conception du *nursing* anglais diffère fondamentalement de l'enseignement à la française. Il entretient dès le départ un rapport d'indépendance et de complémentarité par rapport à la profession médicale. F. Nightingale développe dans ses « *Notes on nursing, what it is and what it is not* » (1859), les principes fondamentaux qui sont à la base de sa réflexion. L'attention portée à ce qui entoure le corps du malade – la propreté du linge et de la chambre, la qualité de l'air, de la lumière, du bruit, de l'alimentation – doit permettre à la nature d'agir sur le corps et d'en favoriser la guérison. Le travail de la *nurse* consiste d'abord à veiller à chaque instant à chacun de ces éléments.

Le dispositif de formation appelé Hôpital-école, repose sur l'expérience et l'observation en situation réelle. Des enseignements théoriques viennent compléter la transmission de connaissances qui a lieu au lit du malade. La *nurse* dispense ses soins suivant une vocation professionnelle²⁹ mue par l'accomplissement individuel par le travail bien mené. L'organisation et l'appréciation du travail fourni par les *nurses*, revient à la directrice de l'hôpital. Ce modèle professionnel et sa formation s'exportent rapidement aux Etats Unis où « le dénuement médical, moral et matériel des hôpitaux est grand » (E. Diebolt et N. Fouché, 2011). En effet, les services hospitaliers sont gérés essentiellement par des infirmiers militaires, secondés par des femmes bénévoles et inexpérimentées, qui affluent durant la guerre de Sécession (1861-1865). A partir de 1870, le modèle de l'hôpital-école et du *nursing* anglais se diffuse. L'exercice institutionnel est complété par le *visiting nursing*³⁰, formation orientée vers les fonctions de *nurse* hospitalière et de *nurse* visiteuse.

Le modèle anglo-saxon du *nursing* connaît cependant deux freins principaux identifiés par E. Diebolt et N. Fouché (2011).

²⁷ 1853- 1856, opposant la Russie à une coalition française, anglaise, ottomane et de Sardaigne. Elle reste célèbre pour l'efficacité des soins aux soldats britanniques qui fit chuter la mortalité des blessés, de 90% en une année.

²⁸ La réforme anglicane conduite par Henri VIII au XVI^e siècle, a supprimé les congrégations religieuses. Les hôpitaux anglais sont des institutions très déconsidérées, souvent insalubres, tenues par un personnel peu ou pas formé, souvent issus de la catégorie sociale des domestiques.

²⁹ Voir notre paragraphe 1.2.2 sur les différents aspects de la vocation.

³⁰ Le *visiting nursing* consiste à aller vers les malades et les plus démunis qui ne peuvent pas se rendre en institution, même si la prise en charge est gratuite. Aux Etats Unis, le *visiting nursing* vise surtout les nouveaux migrants dont les conditions de vie sont souvent précaires.

Tout d'abord la crainte exprimée par le corps médical de l'empiètement de ces *nurses* qualifiées sur leurs propres attributions. Elle se manifeste notamment par l'idée qu'une formation de courte durée et peu spécialisée est suffisante. « Toute femme intelligente, et pas obligatoirement formée, peut acquérir en peu de temps la compétence nécessaire pour mettre en application, avec une tacite soumission, les directives des médecins » (P. et B. Kalisch, 1976). Ce blocage n'est cependant pas général. Des médecins s'impliquent souvent activement dans l'enseignement et la collaboration avec ces nurses.

Ensuite, la conception même de cette diffusion du savoir place une tension entre formation de masse et formation élitiste. Si l'instruction d'un grand nombre de femmes est primordiale pour fonder un modèle professionnel, les missions confiées à cette *nurse* requièrent des positions hiérarchiques différenciées. Outre les soins de routine, elle a aussi la responsabilité d'organiser les soins, de prendre en charge des situations complexes et de mener une réflexion scientifique capable de faire état de méthodes permettant l'amélioration de la santé des malades. Or, cette position ne peut être offerte à toutes les soignantes nouvellement formées. Il en résulte, en Angleterre comme aux Etats Unis, des fragmentations et une hiérarchisation à l'intérieur même de la profession. Cette tension existe toujours entre les chercheuses, les administratives et les praticiennes de terrain³¹.

Revenons en France, où la formation des futures soignantes est d'abord le fait d'initiatives privées et d'expériences locales. Par exemple celle du Dr Anna Hamilton (1864-1935) qui dénonce dans sa thèse de doctorat les conditions de vie imposées aux soignantes des hôpitaux français : hygiène déplorable, chambres et dortoirs insalubres, pauvreté de l'instruction et de la rémunération. Elle s'inspire de sa compatriote F. Nightingale, pour fonder son école de *neurses* à Bordeaux en 1900. Autre exemple est celui bien connu du Dr Bourneville (1840- 1909)³² qui donne des cours à partir de 1878 à Paris, aux personnels subalternes des hôpitaux. Il devient rapidement l'un des principaux artisans de la création de la profession infirmière en France. Enfin, des écoles de la Croix Rouge s'ouvrent depuis la guerre de 1870 et forment à la prise en charge des malades, des jeunes filles de condition sociale supérieure agissant bénévolement. Plus tardivement, Mlle Léonie Chaptal (1873- 1937), jeune héritière de confession catholique, fonde une école de formation aux soins en 1905 à Paris, qui tente de concilier instruction scientifique et

³¹ Nous ne pouvons que citer ces catégories, de manière certes caricaturale. La place manque pour détailler ce clivage entre l'hôpital et l'université outre Atlantique et outre Manche.

³² Désiré Magloire Bourneville est un médecin engagé dans le camp républicain dès les débuts de la IIIe République, conseiller municipal de Paris en 1876, conseiller Général de la Seine en 1879, député en 1883. Cet aliéniste devient assistant du Pr Charcot à la Salpêtrière puis chef de service à Bicêtre. Il fonde en 1880 une école d'infirmières à La Salpêtrière à Paris, et écrit de nombreux manuels d'enseignement destinés aux infirmières. Nous renvoyons à l'ouvrage de M Poisson (1998) pour sa biographie détaillée.

instruction morale d'inspiration chrétienne. Le recrutement des jeunes filles se fait parmi les milieux aisés, gage de moralité, et met l'accent sur un bon niveau d'instruction.

Les options posées pour celle qui devrait devenir l'équivalent de la *nurse* anglaise ou de la diaconesse allemande, diffèrent largement dans le profil de recrutement, les conditions sociales et les modalités d'exercice. Ainsi, le Dr Bourneville lit les écrits de F Nightingale et se rend à Londres pour visiter son école. Il s'en inspire partiellement car il n'a pas pour la future infirmière française la même ambition que celle qu'on nomme aussi la « dame à la lanterne » en raison de sa présence éclairée d'une lampe dans les hôpitaux de campagne durant la guerre de Crimée.

1.1.1.2 La création de la profession infirmière

Nous envisageons à partir d'ici la naissance de la profession infirmière comme une rupture avec l'histoire des femmes soignantes. Il y a maints éléments de continuité entre les deux mais nous voulons renverser ici la perspective selon laquelle la religieuse soignante se serait transformée en infirmière³³. Prenant le contrepied de cette idée, nous posons que la religieuse ainsi que d'autres femmes laïques³⁴ de différentes conditions sociales, *deviennent* infirmières, ou plutôt se coulent dans ce personnage qui émerge au tournant du XXe siècle.

Dans les années 1880, le terme de « servant » ou « servante » est couramment employé, mais progressivement, celui d'infirmier tend à être employé par les directions d'hôpitaux pour faire oublier la connotation domestique, qui correspond de moins en moins aux missions voulues pour ces nouvelles fonctions. Le terme infirmier fait alors référence à certains échelons dans la hiérarchie hospitalière qui pouvaient être classés dans les groupes des « gradés » et des « non gradés » (V. Leroux-Hugon, 1992 p20).

Les raisons qui poussent les républicains à vouloir chasser les religieuses des institutions de soin sont largement reprises dans la littérature. La médecine commence à guérir et à soulager. Le soin de l'âme peut être laissé aux prêtres, mais le soin du corps doit revenir à la science et au médecin. La présence médicale dans l'hôpital augmente au cours du XIXe avec l'internat des médecins.

Toutefois, le travail hospitalier réalisé par les religieuses présente d'énormes avantages : dévouement extrême et reconnu dans la population, présence permanente auprès des malades, et surtout caractère gratuit de leur main d'œuvre. La population, très imprégnée de sentiment

³³ Dans plusieurs entretiens que nous avons menés, des infirmières ont utilisé des formules telles que : « quand l'infirmière était religieuse », qui montre une représentation tenace d'une filiation directe entre cette soignante consacrée et le personnage laïc qui se crée à la fin du XIXe siècle.

³⁴ Voir le schéma reproduit en Annexe 1a. montrant la profession d'infirmière dans une continuité avec les religieuses, cloitrées ou non, mais aussi avec les personnels laïcs des hôpitaux, gardes malades et nourrices.

religieux, leur est acquise de longue date, ce qui constitue un frein considérable à l'affirmation de la médecine qui veut désormais soigner et guérir les malades. « Soutien de l'âme, aide pécuniaire et soins du corps, voilà qui leur ont assuré le soutien et la confiance d'une grande partie de la population » (J. Leonard, 1977). Mais leur attachement à la tradition chrétienne et aux préceptes de l'Eglise, devient insupportable pour les parlementaires les plus progressistes.

Les **enjeux posés par la laïcisation** de la société, associés à ceux du **mouvement hygiéniste**, sont à l'origine d'un **modèle français de l'infirmière idéale**.

Les enjeux de la laïcisation

Le contexte politique de la création de la profession d'infirmière est repris dans de nombreux ouvrages (C Chevandier, 2009; J Imbert, 1982; Y Knibiehler, 1984) mais aussi des thèses comme celle d'E Noël 2003).

L'assemblée législative élue à la fin du XIXe sur 577 députés, compte 33 médecins entre 1871 et 1876 et 59 entre 1889 et 1893. L'importance politique de ce corps professionnel le rend suffisamment puissant pour peser sur les réformes de l'hôpital (J Imbert, 1982). Elle adopte une série de mesures visant à évacuer la religion des affaires de l'Etat, en particulier dans deux domaines traditionnellement dominés par l'Eglise : l'école et les soins hospitaliers.

La question posée par ce mouvement est de savoir si une morale autre que chrétienne peut venir fonder le soin aux malades. Mais l'idée qu'un fondement moral soit nécessaire à la pratique soignante n'est pas remise en cause. C'est d'abord l'idée de progrès pour l'humanité et de participation à l'œuvre scientifique de la médecine qui est avancée pour combler ce vide. La sortie de la religion vient libérer l'homme de l'obscurantisme et lui permet de se consacrer à d'autres tâches pour le bien de tous, dont la lutte contre la maladie fait partie.

Ce processus de laïcisation des hôpitaux qui commence avec la IIIe République se heurte cependant à deux obstacles majeurs : la confiance de la population dans le savoir faire et le dévouement des religieuses et le coût que représente la rémunération de soignantes laïques appelées à les remplacer.

La population française au début du XXe siècle est encore largement imprégnée par les idées du catholicisme. Elle continue de recourir aux religieuses, et leur fait confiance en les

recevant à domicile et en acceptant leurs remèdes³⁵ (MF Collière, 2005). A l'hôpital, la présence religieuse est le garant d'une « bonne mort » (J. Lalouette, 1991). Si la médecine a fait des progrès, elle reste incapable de guérir de nombreuses maladies responsables de taux de mortalité élevés comme des infections et virus, tuberculose en particulier. Le secours spirituel apportés par les religieuses est pour beaucoup de gens, irremplaçable.

La seconde difficulté est d'ordre économique. Les religieuses soignantes sont une main d'œuvre gratuite. La jeune République est réticente face à une dépense extrêmement élevée pour former et offrir une juste rémunération à ce nouveau personnel hospitalier. Les députés partisans du maintien des religieuses hospitalières qualifient volontiers de *mercenaire*³⁶ ce personnel soignant laïc animé par la perspective de sa rémunération. Ils mettent en avant le risque qu'il se paie sur les malades (Y. Knibiehler, 1984 p272). Il existe bien sûr déjà dans les hôpitaux, un personnel soignant rémunéré. A la fin du XIXe siècle les traitements reçus par le personnel de salle oscillent entre 150 et 180 F par an pour les hommes et 120 à 150 F par an pour les femmes. Pour le personnel gradé la fourchette est de 180 – 600 F par an en 1879 puis de 360 – 900 F par an en 1898. Comparativement, cela situe la soignante entre l'ouvrière et la bonne à tout faire, à un niveau de rémunération comparable à celui d'une employée des postes ou d'une institutrice (V. Leroux-Hugon 1992, p126).

Les hommes sont par ailleurs nombreux à occuper des fonctions soignantes subalternes dans l'hôpital³⁷. Ils sont rémunérés de trois à quatre fois plus que les femmes. Cette situation inégalitaire n'est pas inhabituelle tant la rémunération de la femme est attachée à cette époque à une situation professionnelle conçue pour être provisoire. Elle travaille jusqu'à son mariage. En effet, l'exercice d'un métier doit être autorisé par le chef de famille : le père puis le mari. Cet emploi est souvent considéré comme temporaire, et s'arrête souvent avec la maternité. Si elle continue à travailler, le salaire de l'épouse est d'abord considéré comme un revenu d'appoint pour le foyer (Huffon, 2002, p27). Soulignons également que les métiers ouverts aux femmes sont encore assez limités : institutrice, couturière, commerce exercé avec la famille, secrétariat et administration. Enfin, les possibilités d'avancement sont bridées par les préventions à l'égard des femmes³⁸. La question du célibat sera examinée un peu plus loin.

³⁵ Les pharmacies hospitalières sont tenues par des religieuses expérimentées, dont les traitements sont le plus souvent distribués gratuitement.

³⁶ Par exemple : le Dr Armand Després (1834-1896), conseiller municipal de Paris, très attaché au maintien des religieuses dans l'hôpital.

³⁷ 33% jusqu'en 1908

³⁸ La mise en cause de leurs capacités intellectuelles et leur manque de disponibilité une fois mères constituent les arguments principaux pour écarter les femmes de tout avancement hiérarchique.

Les principaux reproches formulés par les médecins au personnel conventuel concernent tout d'abord leur défaut d'obéissance dans l'application des traitements prescrits. Les sœurs soignantes refuseraient d'appliquer ceux qu'elles estiment non compatibles avec leur état religieux ou contraire à leur tradition de soin. Par exemple, le soin aux filles-mères, aux patients atteints de maladies vénériennes, ou encore la toilette des parties génitales³⁹. Par ailleurs, leur présence favorise un prosélytisme auprès des malades. L'importance qu'elles continuent d'accorder aux soins spirituels comme la prière ou les offices, est estimée se diffuser au détriment de la confiance dans les progrès de la médecine. Or, si le rôle du médecin à l'hôpital est encore largement traduit comme un « ministère de dévouement et de charité », il est vécu de plus en plus comme « un champ d'expérience permettant de faire progresser la médecine et la chirurgie » (J Imbert, 1982, p.319). Enfin, leur engagement premier est tourné vers leur Ordre et l'obéissance à leur hiérarchie est prioritaire sur toute autre. Les médecins se disent irrités de voir des fonds affectés à la réfection de l'église plutôt qu'aux salles qui accueillent les malades, ou de ne pouvoir obtenir de changement dans l'uniforme porté par les sœurs, pourtant inadéquat au regard des nouvelles pratiques d'hygiène (Y Knibiehler, 1984).

Ce mouvement de laïcisation est soutenu par une politique nettement moins volontariste que dans le domaine scolaire. Son résultat est très inégal sur le territoire, et se traduit par la disparition des signes religieux dans les salles réservées aux malades et le remplacement très progressif du personnel conventuel. Le personnel laïc augmente toutefois en nombre de manière importante durant la période de 1850 à 1939, passant de 500 000 à plus de 1 200 000. Ces chiffres sont à relativiser car à la même période, le nombre de malades hospitalisés fait plus que doubler. L'objectif serait surtout de faire face à l'accroissement de la demande en soin, et non un véritable signe de volonté politique de laïcisation (J. Imbert, 1982 p318).

³⁹ Nous avons vu auparavant que ces soins étaient déjà confiés au personnel laïc bien avant l'implication massive des médecins dans l'hôpital.

Les enjeux de l'hygiénisme

Les progrès rapides dans le champ de la médecine et de l'hygiène en particulier, nécessitent plus qu'une simple actualisation des pratiques de soin⁴⁰. C'est leur conception même qui est ébranlée. La charité ne peut plus demeurer le principal fondement du soin. Or, c'est bien ce qui est reproché à « un personnel qui remplace la compétence par la foi » (Y Knibiehler, 1984 p50-51).

« L'enseignement des religieuses était rendu encore plus difficile par les interdictions formulées par leur ordre ; en effet, à quoi bon parler d'asepsie à des personnes qui ne sont même pas propres ! Puisqu'il était défendu à ces religieuses de se brosser les dents, comment auraient-elles eu la pensée et le désir d'assurer par des soins la propreté buccale de leurs malades ? Et lorsqu'un malade était atteint de quelque maladie contraire aux lois monacales, la pudeur congréganiste n'acceptait pas les exigences médicale [...] Même en salle d'opération, leur présence était souvent nuisible car elles étaient vêtues de bure de laine gris ardoise, noire ou bleue portée en toute saison, quel que soit leur service et qui répondait peu exigences de propreté et d'asepsie.

Certains chirurgiens ne pouvant "désinfecter la sœur" se passaient de leur service. Ainsi, leur esprit même était un obstacle, une entrave à l'application des règles élémentaires de l'hygiène. A quoi servait il de leur parler d'aération, de ventilation, de clarté, de lumière, de soleil quand leur règle les invitait à pendre des rideaux à tous les lits, à placer partout vitres opaques et à exiger l'uniformité absolue des salles de malades dont la monotonie leur était si cruelle ! » (G. Charles, l'infirmière de demain, 1977, p.59).

Les médecins veulent désormais disposer d'un personnel efficace, formé aux techniques modernes d'asepsie, capable de comprendre et d'administrer leurs prescriptions. Les sœurs soignantes auraient-elles été vraiment incapables de modifier leurs pratiques? Les travaux historiques consultés ne s'accordent pas totalement sur ce point. Y. Knibiehler (1984, p.44) rapporte des témoignages de religieuses disposées, voire enthousiastes à apprendre de nouvelles pratiques, tandis que d'autres s'avouent très réticentes à utiliser de nouveaux dispositifs comme le thermomètre anal ou les injections sous-cutanées. C. Chevandier (2009) émet l'hypothèse que les sœurs les plus jeunes ont pu montrer une motivation à apprendre de nouvelles techniques et une volonté de s'adapter aux nouvelles exigences, mais que les plus anciennes se seraient montrées

⁴⁰ Les Dr Semmelweiss et surtout Tarnier fondent les règles d'antisepsie qui se généralisent dans les hôpitaux entre 1870 et 1890.

plus rétives à modifier leurs habitudes. Il est possible de tirer de ce débat sur l'aptitude des religieuses à accepter les nouvelles consignes serait autant un problème générationnel que théologique. Les plus jeunes seraient imprégnées des idées de progrès autant qu'investies par leur mission religieuse.

Une autre observation renforce cette idée. La lecture des premiers manuels d'enseignement portant sur l'hygiène et sur l'asepsie montre qu'ils prolongent la représentation ancienne et ancrée dans la culture des sœurs soignantes du lien entre maladie de l'âme et affliction du corps. L'hygiène du corps renvoie à celle de l'âme, qui reste un sujet de préoccupation. Anne-Marie Prévost (1982) montre dans son travail de thèse combien l'enseignement de l'asepsie constitue un socle qui multiplie les analogies avec la moralité. Par exemple les protocoles d'hygiène minutieusement détaillés dans les premiers manuels destinés aux soignants, insistent sur la discipline des gestes comme s'il s'agissait d'exercer une vertu.

Un autre enjeu majeur pour le mouvement hygiéniste concerne la population en dehors de l'hôpital. Les règles de l'hygiène ont besoin d'être enseignées dans les foyers par un personnel formé et convaincu de leur bien fondé. Les religieuses qui ont toujours la confiance de la population sont ici les plus à même d'intervenir dans les foyers pour convaincre les mères de famille d'appliquer les principes d'hygiène.

Si les religieuses doivent quitter l'hôpital, le personnel laïc n'est pas en capacité immédiate de prendre sa relève. En attendant, les différents milieux sociaux développent leurs idées à propos de la soignante idéale, en adéquation avec leur conception de l'hôpital moderne.

Le portrait de l'infirmière idéale

La création du personnage de l'infirmière se situe en rupture avec la situation précédente. Les caractéristiques de cette nouvelle soignante, débattues au tournant du XXe siècle, pèsent encore sur la profession à l'époque contemporaine.

Les circulaires Combes du 28 octobre 1902⁴¹ illustrent bien ce qui est attendu de cette nouvelle soignante :

« L'infirmière, telle qu'on doit la concevoir, est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades. C'est la collaboratrice

⁴¹ Deux circulaires ministérielles des 20 juin 1902 et surtout 28 octobre 1902 rappellent notamment l'obligation aux préfets de créer des écoles d'infirmières

disciplinée, mais intelligente du médecin et du chirurgien : en dehors de sa dignité personnelle, qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état très scientifique. »

Citons également le Dr. Bourneville : *«enfin nous disposons d'un personnel à notre service »* car *« il s'agit bien de remplacer un personnel par un autre »*.

Les questions qui président à ce profil de soignante destinée à remplacer le personnel religieux, portent sur le **milieu social dans lequel la recruter, les tâches à lui confier** et dont vont dépendre les connaissances dont on va la doter, les **fondements moraux** sur lesquels baser désormais le soin et enfin, les **conditions de vie** à lui procurer.

L'infirmière est créée de manière à pouvoir seconder les médecins auprès des malades et de prolonger leur action thérapeutique. Elle est conçue comme un agrégat de qualités qu'ils souhaitent trouver chez une assistante idéale : obéissante, intelligente mais consciente de son infériorité. Cette conception de la femme vient d'une longue série d'arguments visant à démontrer la position subalterne de la femme par rapport à l'homme. La médecine des XV et XVIe siècles est convoquée dans cette démonstration : la théorie de l'analogie fait du corps féminin un corps inachevé ou défectueux, la physiologie explique que le tempérament froid et humide de la femme lui interdit d'acquérir des facultés intellectuelles comparables à celles de l'homme (E. Barrio-Salvadore, in Duby 2002, T2). Au XIXe siècle, les théories de l'évolution de Spencer et de C. Darwin serviront à justifier scientifiquement le rôle subalterne des femmes dans l'espèce. Bien que capable d'amélioration, la femme est considérée comme perpétuellement en retard par rapport à l'homme.

La future infirmière doit être présente en permanence auprès du malade tout en étant discrète, douce mais sachant être ferme quand cela est nécessaire, capable de comprendre les prescriptions du médecin et d'apprendre de nouvelles techniques tout en restant consciente de son infériorité intellectuelle qui lui interdit par exemple de poser un diagnostic.

Dans quelle partie de la population va-t-on recruter cette nouvelle soignante ? Les familles les plus aisées sont réputées garantir une instruction de base et une éducation morale solide. Mais un recrutement dans les couches sociales plus populaires s'accorde avec une orientation de politique générale qui veut offrir une situation professionnelle à une population

urbaine qui a fortement augmenté⁴². Certains voient dans ce recrutement la garantie d'un personnel plus docile. Toutefois, de vives réticences existent aussi à l'idée d'embaucher un personnel issu des couches populaires. A l'exemple de ce témoignage qui relate l'afflux important de personnel laïc demandé en renfort par les religieux pour les seconder :

« On vit arriver dans les hôpitaux des filles de la campagne, des enfants assistés, de vieilles femmes non rétribuées venant là en attendant leur entrée à l'hospice. Un ouvrier sans travail - qu'il fût homme ou femme et quelle que soit sa profession - se présentant dans un hôpital où il existe des places dans le personnel (et il y en a toujours) était embauché comme infirmier, sans autre forme de procès. Des Bretonnes, des Franco-Comtoises désirent trouver une occupation, à Paris, pour quelque temps, seront acceptées comme infirmières ainsi, d'ailleurs, que des jeunes filles sans famille, que l'inintelligence ou une tare congénitale (claudication, gibbosité, surdité) ont empêché d'apprendre un métier. On embauche ce personnel, sans s'occuper de ce qu'il sait, lui donnant parfois la responsabilité du service important de la nuit. Il tient toujours sa vocation de sa misère, de son ignorance ou de sa gourmandise." Quoi qu'il en soit, de la même main indifférente, il nettoie les vases, balaie les salles, porte le linge sale et donne aux malades les soins les plus délicats... ce qui fait l'étonnement des étrangers en visite chez nous : dans les pays du Nord, seules les femmes soignent les malades. Ce personnel pratiquait une certaine forme d'exploitation des malades en exigeant "tant" pour préparer une tisane chaude, "tant" pour faire un cataplasme, et tant pis pour ceux qui étaient pauvres, ils n'obtenaient rien ! Ces hauts faits n'étaient pas réservés aux hôpitaux publics ; les congrégations religieuses furent aidées, elles aussi, par des mercenaires qu'elles dirigeaient et surveillaient dans l'exécution des soins aux malades ! » (Curmer décrivant le personnel infirmier, in "Les Français peints par eux-mêmes", 1841).

Cette longue citation illustre les réticences à proposer le recrutement d'un personnel insuffisamment payé et peu éduqué. Les congrégations avaient pourtant fait ce choix d'un personnel inexpérimenté pour accomplir l'essentiel des soins aux malades. Il est encore courant à l'époque de penser que la bonne volonté et le dévouement chrétien qui animent la soignante sauront pallier le défaut de connaissances, et justifieront aussi le maintien de conditions d'existence quasi-misérables. Les rapports des Dr Napias et Barth en 1907 en attestent.

Leur étude constitue l'objet de la thèse soutenue par le Dr Hanna Hamilton en 1900, qui plaide pour de meilleures conditions de vie et d'éducation pour le personnel des hôpitaux, indispensables selon elle, à l'efficacité des soins. J. Imbert (1982, p318) nuance entre le personnel de salle, non instruit et affecté aux travaux les plus bas, et le personnel breveté, bénéficiant de

⁴² Elle passe de 12,4 millions de personnes en 1876 à 18,1 millions de personnes en 1921 (source CUDEP : La population de la France, 2005).

salaires plus élevés et de conditions d'hébergement améliorées. Leur importance numérique est toutefois très inférieure.

Le choix du vivier de recrutement est donc largement idéologique. La philosophie humaniste qui anime les milieux anticléricaux se fonde aussi sur la diffusion du savoir et l'instruction la plus large pour décider du niveau de recrutement. En homme de la Troisième République, le Dr Bourneville adhère à l'idée que le progrès social passe par l'instruction pour toute la population, en particulier dans les milieux populaires. L'instruction favorise la dignité et permet l'élévation sociale. Le recrutement des infirmières doit se faire, selon lui, au sein des couches populaires.

La question des tâches à confier à la future infirmières est à la fois primordiale et secondaire, du moins jusqu'aux années 1950⁴³.

Elle est primordiale parce que l'enseignement doit être étroitement encadré, de manière à ce que ce personnel accomplisse correctement sa mission, mais sans lui permettre d'accéder à un degré de savoir qui lui donnerait la possibilité ou l'ambition de discuter les ordres du médecin⁴⁴.

Elle est secondaire, car la formation initiale doit permettre à ce personnel de comprendre les instructions du médecin. Ce dernier se chargera par la suite d'assurer sa formation pratique aux nouvelles techniques médicales au fur et à mesure de leurs découvertes.

Les médecins s'estiment être les plus qualifiés pour former ce personnel. Le Docteur Bourneville (1840-1909) constitue une figure de proue de cet enseignement spécifique (Poisson, 1998). Dès 1878, il initie des cours du soir à la Salpêtrière pour le personnel de salle des hôpitaux parisiens. Il devient l'artisan principal des réformes sur l'instruction de ces nouveaux soignants.

Si les qualités féminines sont unanimement reconnues comme prédisposant à exercer cette fonction de soignante, ces mêmes qualités jouent contre son émancipation et donc contre toute indépendance de la future professionnelle. L'argument principal pour justifier le lien de subordination est la propension de la femme à se laisser dominer par ses émotions et ses nerfs, qui la rendraient incapable du discernement nécessaire à l'exercice de la médecine. J. Dall'ava-Santucci (1989) montre bien la résistance des écoles de médecine à voir y entrer des femmes. Les premières diplômées en médecine se feront même passer pour des infirmières lors de la grande

⁴³ L'aide soignante est créée par la loi de 1951, pour parer à une importante pénurie, qui atteint un pic dans la seconde moitié des années 1960, et légaliser une situation de fait : l'emploi de personnel hospitalier non diplômé. La conséquence a été de placer l'infirmière en situation de responsabilité vis-à-vis des tâches de confort et d'hygiène réalisées par cette catégorie de personnel.

⁴⁴ Le souvenir des « officiers de santé » agit ici comme figure repoussoir et comme mise en garde contre un enseignement trop poussé du personnel infirmier.

guerre. L'idée chrétienne de la soumission *naturelle* de la femme à l'homme reste également tenace⁴⁵.

La future infirmière doit recevoir une instruction suffisante pour lui permettre d'appliquer correctement les prescriptions, mais cet enseignement doit être limité strictement afin d'éviter toute contestation ou substitution de son jugement à celui du médecin⁴⁶.

Cette conception orientée vers le service du médecin explique également la composition des manuels destinés aux futures soignantes, dont l'essentiel est consacré à des nouvelles techniques. La description et l'utilisation du matériel, les règles d'asepsie⁴⁷, la préparation des traitements sont minutieusement détaillés. Leur importance relègue les soins corporels bien souvent aux derniers chapitres (A-M. Prévost, 1965)⁴⁸.

Enfin, si cette infirmière n'est pas religieuse, **quel sera le fondement moral des soins?**

La référence à Dieu et à l'exemple christique est difficile à abandonner pour certains. Par exemple, le Dr Despres (1834-1896)⁴⁹ estime que le maintien des congrégations à l'hôpital est indispensable car les femmes laïques «refusant de se sacrifier à une cause supérieure, ne peuvent qu'être immorales» (cité par V. Leroux Hugon, 1992 p36).

Le dévouement soignant nécessaire, ne peut pas s'accommoder du statut de laïc. La figure de la femme «travailleuse» pose un problème durant tout le XIXe siècle de compatibilité entre féminité et toute activité salariée : une femme doit elle gagner de l'argent ? Quel travail est convenable pour une femme ? Quelle est l'influence du travail sur la capacité de la femme à remplir son rôle de mère de famille ? « Une femme qui se met à travailler n'est plus une femme » déclare même le législateur Jules Simon en 1860 (cité par Joan. W. Scott, in Duby 2002 T4 p 479). Le Dr Despres avec d'autres, redoute alors que les hôpitaux ne deviennent des lieux de débauche, alors qu'ils ont déjà une réputation déplorable.

⁴⁵ Eve n'a-t-elle pas été conçue à partir d'une côte de l'homme ?

⁴⁶ Bourneville écrit dans son manuel destiné aux écoles: « Nous avons soigneusement évité tout ce qui pourrait faire supposer à nos lectrices qu'après avoir lu ce Manuel, elles seront aptes à reconnaître et à traiter les maladies...». La durée de la formation peut donc être courte, de l'ordre d'une année car le degré d'instruction recommandé ne nécessite pas une éducation poussée, ni une culture très vaste.

⁴⁷ Les règles d'asepsie développées par L Pasteur à partir de 1874 forment le cœur de l'enseignement infirmier.

⁴⁸ Avec la diversité et la croissantes des actes médico techniques, en particulier à partir des années 1960, cette situation aboutit à des inégalités en matière de qualification et de savoir-faire parmi le personnel infirmier. La grande variabilité des actes pratiqués par les infirmières d'un service hospitalier à l'autre, constitue l'une des principales raisons de l'encadrement législatif des actes pouvant ou non être réalisés par un personnel non médical.

⁴⁹ Le Dr Armand Despres, conseiller municipal de Paris, « républicain et libre penseur ». Il tient des vues opposées à celle de Bourneville sur le personnel laïc des hôpitaux qu'il tient pour une menace envers la moralité publique.

Dans son précis de morale infirmière, Léonie Chaptal énumère des règles proches, mais sans référence explicite au catholicisme. Le fondement moral se trouve chez le malade lui-même, qui requiert toute l'attention, le savoir-faire et l'énergie de la soignante. Mais surtout, il se trouve dans la fierté d'exercer cette profession soignante « *une infirmière complète doit à sa profession et se doit à elle-même de posséder une valeur morale aussi élevée que ses devoirs (...) Une profession toute orientée vers le bien du prochain qui réclame du soignant (...) que l'on s'oublie soi-même à son service* » (1926, préface)

Les premières infirmières sont formées dans un état d'esprit militant, entre l'idéologie patriotique, celle du progrès social, et la compassion pour les malades.

Si les points de vue divergent au sein du corps médical et du corps politique sur de nombreux points, tout le monde s'accorde en revanche sur le fait que cette soignante ne peut qu'être une femme. La question de former des infirmiers hommes ne semble pas même pensée par les parlementaires, tant l'image de la soignante reste attachée à celle de la femme (F. Diebolt et G. Fraisse, 2011, p43).

Toute femme est considérée comme une infirmière en puissance, de façon quasi-innée. « Tous ses instincts innés de dévouement trouvent leur satisfaction(...) il semble qu'elle ait été créée justement pour remplir ce rôle social », écrit en 1910 Marie Merle-Blanqui dans son livre de morale infirmière « Au chevet des malades ».

Il suffirait donc de favoriser le développement de ses qualités féminines pour obtenir de bonnes infirmières. Cette naturalisation du rôle soignant a le défaut de maintenir l'attention sur la personnalité de l'infirmière au détriment d'une réflexion sur son métier et sur le contenu de ses missions (MF Collière 2005, p 14).

Tantôt ce seront des aptitudes techniques qui sont mises en avant pour des soins «qui réclament un doigté délicat et donc féminin » (Dr Bourneville) mais surtout sur une liste impressionnante de qualités attribuées aux femmes, que résume R Magnon (2006)⁵⁰:

« Qu'elle soit laïque ou religieuse, l'infirmière se doit d'avoir un idéal, de montrer beaucoup d'enthousiasme, d'être consciencieuse, sincère, loyale, bonne, dévouée, patiente, obéissante, disciplinée; elle doit aussi monter du courage, de l'énergie, du sang froid. Discrète, elle doit aussi respecter le secret professionnel en toute circonstance. Polie, elle doit agir avec tact et discrétion et bonne humeur. Enfin, elle doit respecter les principes d'ordre et d'économie, en somme un chemin de croix qui peut la mener à la sainteté ».

⁵⁰ Gentille, dévouée, souriante, douce, etc. L'énumération de ces qualités est encore longue en 1964 [voir l'enquête publiée dans la Revue de l'Infirmière et de L'assistante Sociale, setp-oct 1964).

Mais si elle est femme et non consacrée, cette soignante peut-elle se marier ? Est-il souhaitable qu'elle soit mère ? De nombreuses qualités également recherchées appartiennent à la femme en tant que mère potentielle⁵¹.

Ainsi, « *il est souhaitable, estime le Dr. Bourneville, que l'infirmière soit mariée et mère de famille car il est des délicatesses de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans le cœur des mères (...)* »⁵².

Cependant, ce statut marital vient poser un problème de disponibilité : une femme mariée ne risque-t-elle pas de privilégier son ménage au détriment des malades ?⁵³ En pratique, le célibat n'est pas imposé aux infirmières par un texte. Mais leurs conditions de travail - de longues plages de présence, souvent de douze heures, en journée et en nuit - rendent difficilement compatible l'exercice du métier avec une vie d'épouse, a fortiori avec celle de mère. « Un enfant pour une infirmière, c'est un luxe », écrit G. Vitoux dans *La Presse Médicale* en 1902.

De plus, le règlement intérieur des hôpitaux se montre très strict et laisse très peu de place à une vie personnelle. Les similitudes sont nombreuses entre les conditions de vie de la religieuse et celles de l'infirmière au début du XXe siècle : vie en communauté, logement dans des dortoirs, sorties réglementées et surveillées⁵⁴, célibat encouragé, autant de valeurs empruntées au vocabulaire chrétien (V Leroux Hugon, 1992).

Le décret du 27 juin 1922 officialise la création de ce nouveau soignant baptisé « infirmière »⁵⁵ en instituant un brevet de capacité permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français. Deux décrets du 25 février 1923 et du 18 juillet 1924 viennent préciser son rôle. Mais sa définition officielle ainsi que la protection de son titre seront plus tardives⁵⁶.

Il en émerge la figure d'une « Une sainte laïque », solution de compromis entre des impératifs médicaux et politiques, « sur le dos des femmes » (E. Diebolt, N. Fouché, 2011). La première

⁵¹ Le XIXe siècle questionne ce qu'est l'amour maternel : est-ce un instinct lié à l'espèce, un substrat de la matrice utérine ? Les manuels d'éducation prodiguent des conseils aux mères pour éveiller cet instinct chez leur petite fille : jouer à la poupée, élever un petit animal, devenir la marraine (mère spirituelle) d'un enfant (J. De Gaulle, *Petites lectures morales et amusantes pour les enfants* (1859)). Les ouvrages de la Comtesse de Ségur (1799-1874) représentent bien ce courant moralisateur.

⁵² Discours prononcé à l'occasion du prix de Bicêtre en 1905.

⁵³ Desprès in *Le progrès médical*, 1887, 1, p254.

⁵⁴ En particulier pour les infirmières logées à l'hôpital. Seules les infirmières mariées ont le droit d'habiter hors de l'hôpital. Les autres, par souci de moralité, doivent y loger.

⁵⁵ Ce décret uniformise l'enseignement initial destiné aux infirmières et attestée par un brevet d'Etat.

⁵⁶ La loi du 27 août 1943 stipule : « Est infirmière toute personne qui donne habituellement, dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits par un médecin ».

guerre mondiale donne à cette nouvelle profession un prestige immense dans la population, qu'elle conserve encore largement⁵⁷.

1.1.1.3 Le développement du service infirmier dans l'hôpital moderne

La définition officielle de la profession est posée au sortir de la seconde guerre mondiale. La loi du 8 avril 1946 stipule qu'est infirmière « *toute personne qui donne habituellement, dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits par un médecin* ».

L'élaboration d'un service infirmier est une construction administrative progressive. Il désigne deux réalités bien différentes : **l'organisation de ces professionnels** désormais appelés Infirmiers et la prestation qu'ils fournissent, qui va se préciser autour de champs d'interventions spécifiques. L'enjeu est similaire dans les deux cas : faire reconnaître un rôle spécifique auprès du patient. La **formalisation du savoir** issu de ce champ d'intervention marque un tournant dans l'histoire d'une profession qui veut désormais fonder une discipline.

La construction hiérarchique du service infirmier

Le mouvement de professionnalisation des soins infirmiers se traduit dans l'institution par la mise en place d'une hiérarchie soignante entre 1951 et 1975, mais également par une diversification des soins exercés.

Les carrières ouvertes aux femmes se diversifient au sortir de la seconde guerre mondiale. Leur choix ne se résume plus aux soins et à l'enseignement. Après 1968 surtout, de plus en plus d'infirmières se marient et/ou habitent en dehors de l'hôpital. Elles réclament une amélioration de leur rémunération⁵⁸ et de leurs conditions de travail ainsi que des perspectives de carrière.

⁵⁷ Selon un sondage IPSOS réalisé en juin 2014 pour l'ordre infirmier, l'image de cette profession est positive à 97%

⁵⁸ Celle-ci est restée faible car considérée comme de l'argent de poche puisque le personnel vivant à l'hôpital est nourrit, lavé et blanchi.

En 1956 est créée la fonction d'aide-soignant⁵⁹, dans le but de maintenir en exercice des femmes de métier mais n'ayant pas le titre d'infirmier diplômé d'Etat. Cette catégorie de personnel qui devait être provisoire, est devenue un échelon primordial du soin hospitalier.

La fonction d'infirmière surveillante⁶⁰ qui encadre et organise les soins infirmiers dans chaque unité hospitalière est créée en 1958. D'autres grades ou dénominations vont suivre, comme celles d'infirmier général⁶¹ puis cadre de santé⁶², de cadre supérieur de santé⁶³, et plus récemment de directeur des soins⁶⁴.

L'une des raisons de l'élaboration de cette hiérarchie, mise à part la forte demande de reconnaissance de la part de cette profession, est de fidéliser ces soignants en leur offrant des perspectives d'évolution à l'intérieur de l'hôpital. Cependant son émancipation reste tout à fait relative car les canaux hiérarchiques auxquels l'infirmière est soumise sont multiples : cadre et cadre supérieur, hiérarchie des ressources humaines, chef de service, chef de pôle, etc. Peu d'agents, note J. Peneff (1992 p51), sont soumis à autant d'encadrements différents.

Le soin infirmier se trouve pris entre une logique administrative des soins et une logique médicale. Mais faute de pouvoir s'appuyer sur un savoir reconnu et une prestation identifiée, cette ligne hiérarchique trouve parfois difficilement à s'affirmer pour obtenir une part décisionnelle dans l'hôpital.

Une problématique contemporaine liée à ces fonctions supérieures réside dans leur éloignement par rapport aux soins, au travail infirmier réel. Le modèle managérial devient un discours dominant chez les cadres et les cadres supérieurs, ce qui les décrédibilise auprès des soignants de terrain, ces derniers estimant qu'ils ne sont plus en phase avec les réalités du service et qu'ils portent un regard déshumanisé sur les prestations de soin⁶⁵.

⁵⁹ Par l'arrêté du 23 janvier 1956

⁶⁰ Décret n°58-11-04 du 14 novembre 1958

⁶¹ Décret du 1 avril 1975, complété par le décret du 18 octobre 1989 et la loi du 31 juillet 1991

⁶² Qui vient remplacer celle qu'on nommait surveillante : Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

⁶³ Décret 2001-1375 du 31 décembre 2001

⁶⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002

⁶⁵ Le reproche principal est la focalisation sur les chiffres : turn-over des soignants, taux de remplissage des services- au détriment du dialogue avec les équipes et la prise en compte de leurs difficultés.

La diversification des fonctions est aussi horizontale : depuis 1940, trois diplômes spécialisés ont été créés : celui de puéricultrice⁶⁶ en 1947, celui d'infirmier anesthésiste⁶⁷ en 1960 et d'infirmière de bloc opératoire⁶⁸ en 1971. Ces spécialisations constituent des réponses à des préoccupations différentes : la pénurie de médecins qui suscite la création du certificat d'aptitudes aux fonctions d'infirmier anesthésiste, la baisse préoccupante de l'indice de fécondité durant le conflit⁶⁹ donne une importance particulière à la santé de l'enfant, et la sécurité des soins pour la spécialité d'infirmier de bloc opératoire.

Poursuivant dans cette logique d'augmentations des compétences, les expériences de transfert d'actes et de responsabilités menées par la commission Berland⁷⁰ situent bien la tension actuelle et décisive pour le devenir de la profession.

La possibilité explorée, de former des infirmiers experts dans plusieurs spécialités médicales et de leur permettre d'assurer les soins et de prescrire des thérapeutiques dans des situations simples permettrait d'ouvrir d'autres perspectives aux professionnels infirmiers et de pallier un déficit attendu de médecins dans des spécialités comme : la néphrologie, la cardiologie ou encore la gériatrie.

Une autre option réside dans le développement de filières universitaires de pratiques avancées en soins infirmiers. Celles-ci supposent l'ajout d'un échelon dans le développement intellectuel du soin infirmier.

⁶⁶ Décret n°47-1544 du 13 août 1947, mais le projet initial date de 1945.

⁶⁷ Décret du 9 avril 1960

⁶⁸ Arrêté du 13 septembre 1988.

⁶⁹ Il passe de 2,1 en 1939 à 1,8 à peine, en 1943. Evolution de la fécondité en France entre 1945 et 2010, H Le Bras, conférence donnée au collège de France, 2011. .

⁷⁰ Mission «démographie des professions de santé» rapport présenté par le Pr. Yvon Berland, novembre 2002. Mission «coopération des professionnels de santé : le transfert de compétences», rapport d'étape présenté par le Pr. Yvon Berland, octobre 2003, 57 p

Le développement intellectuel du soin infirmier

Le terme « infirmier » en tant qu'adjectif, apparaît tardivement dans les textes officiels⁷¹. Il était difficile, jusque là, de dissocier le prestataire de sa prestation, ou d'attribuer un champ de connaissance et de savoir-faire spécifique à ce professionnel. La loi de 1946 précitée, définit le professionnel et non le type de prestation qu'il dispense.

Le développement du savoir sur le soin infirmier se développe suivant deux axes : l'augmentation du **nombre d'actes médico-techniques** qu'il lui est possible de pratiquer sur prescription, et, la réflexion sur des modèles de soin et la **fondation d'un savoir spécifique**.

Dans les années 1950-1960 l'infirmier devient un véritable auxiliaire technique du médecin. Le développement du matériel de soin, l'agrandissement des hôpitaux et la division du travail dans des unités plus spécialisées, rendent indispensable **l'apprentissage d'actes médico-techniques** confiés par le médecin à ce personnel encore considéré comme subalterne. Or, l'apprentissage de ces techniques s'effectue de manière inégale sur l'ensemble du territoire. En effet, le choix des techniques à enseigner à l'infirmier est laissé à l'appréciation de chaque équipe médicale. Cette situation devient rapidement un facteur d'insécurité pour les infirmiers comme pour les patients. La nécessité de réglementer les actes qu'il est possible à un infirmier de pratiquer fait alors l'objet d'une liste limitative qui s'étoffe en proportion des progrès techniques accomplis.

L'autre condition pour passer du titre d'auxiliaire à celui de professionnel, est d'identifier **un corpus de connaissances** dont l'enseignement revient aux professionnels eux-mêmes. Or, les premiers cours et les premiers manuels d'enseignement sont assurés par des médecins, à l'exception notable des cours de morale infirmière, qui seront toujours dispensés par des infirmières, souvent par les directrices d'école. Ce n'est qu'à partir de 1958⁷² que sont formées les premières titulaires du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Monitrice. Le programme d'études de 1961 marque un premier tournant en prévoyant que de nombreuses matières sont enseignées par ces infirmières enseignantes⁷³ : hygiène, soins de confort, actes médico-techniques, psychologie.

⁷¹ C'est la circulaire n°222/0414 du 31 juillet 1975 sur la fonction d'encadrement des personnels infirmiers qui utilise pour la première fois l'expression « soins *infirmiers* ».

⁷² Cet enseignement sera dispensé jusqu'en 1967 par des médecins, avant d'être confié à des infirmières.

⁷³ Les cours d'anatomie, de physiologie et les cours spécifiques aux diverses pathologies restent assurés par des médecins.

Ensuite, alors que plusieurs modèles de soins infirmiers sont déjà élaborés dans le monde anglo-saxon depuis une vingtaine d'années⁷⁴, il faut attendre 1972 et le « nouveau programme » d'enseignement, pour que soient développés des outils spécifiques dans les services hospitaliers : le dossier de soin infirmier et une méthode de réflexion propre au soin infirmier, le processus de soins infirmier⁷⁵. Ce programme marque un véritable tournant car il est centré sur les soins infirmiers et non sur les soins médicaux et les pathologies⁷⁶.

C'est à cette période que l'on commence à identifier et nommer cette prestation spécifique que constituent les « soins infirmiers ». En 1978, une loi du 31 mai donne une nouvelle définition de la profession (texte reproduit en Annexe 1c n°10) en instituant, à côté des soins sur prescription ou sur conseil médical.

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu ».

Ce « rôle propre »⁷⁷, précisé dans son contenu par un décret de 1981⁷⁸.

Ce dernier texte se présente sous la forme de plusieurs listes d'actes de soins et de surveillance, répondant à des conditions différentes pour leur mise en œuvre. La première liste regroupe des actes dont l'infirmier a l'initiative et qui forment son domaine d'intervention "propre"⁷⁹. Les autres listes précisent les actes que l'infirmier est autorisé à pratiquer sur prescription médicale, en dehors ou en présence d'un médecin.

Le libellé de ce décret a le défaut de réduire le rôle propre à des actes, sans que soit posée la question de savoir sur quels critères le professionnel va les initier, ni comment il va les exécuter. Nous soutenons dans ce travail de recherche que, si le rôle propre infirmier est vecteur d'autonomie, celle-ci ne peut résider que dans le raisonnement spécifique qui conduit à planifier et mettre en œuvre de manière responsable un ensemble d'actes relevant de ce domaine. La mise en œuvre de ces actes est en pratique le plus souvent confiée à l'aide-soignant.

⁷⁴ Celui de F. Nightingale reste une source d'inspiration, tandis que ceux de V. Henderson (1961), D. Orem (1970) ou encore H Peplau (1952) développent chacun le soin infirmier selon différents angles.

⁷⁵ Qui sera ensuite nommé démarche de soins infirmiers (1992) puis raisonnement clinique infirmier(2009) en fonction des programmes de formation.

⁷⁶ C'est un enseignement modulaire qui, à coté des grands types de pathologies (cancérologie) ou d'appareils du corps humain (néphrologie, neurologie, digestif), laisse une grande place à des enseignements transversaux de soins infirmiers et de raisonnement infirmier.

⁷⁷ Modifiant l'article L473 du code de la Santé Publique

⁷⁸ Décret n° 81-538 du 12 mai 1981, repris par le décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. voir Annexes 1c n°12.

⁷⁹ Propre ne voulant pas dire exclusif puisque le médecin conserve la possibilité de conseiller et d'intervenir dans ce domaine, et parce que la plupart de ces actes peuvent être réalisés par des aides soignants.

Mais cela n'enlève rien à la visée poursuivie ni au sens qui leur est donné, et qui devrait résulter d'un jugement professionnel concerté avec les professions de médecin et d'aide soignant.

Le devenir de la profession repose alors soit sur le développement du nombre d'actes médico-techniques, en se rapprochant de l'activité médicale comme le proposent les récents dispositifs de transfert de compétences. Soit sur l'évolution vers une profession basée sur l'approche relationnelle, éducative, sociale, plus proche alors des sciences humaines que de la technique médicale.

Malgré ces avancées, et les efforts pour faire reconnaître le soin infirmier comme une discipline basée sur des connaissances et un apprentissage spécifique, d'anciennes conceptions du soin resurgissent. Ainsi, la promulgation en 1987 d'un arrêté du ministère de la santé déclenche un des mouvements de protestation les plus importants qu'ait connu la profession. Pour pallier un manque de soignants, le texte présenté par Mme Barzach, alors ministre de la Santé, dispense de l'obtention du baccalauréat pour se présenter au concours d'entrée en école d'infirmière. Les femmes ayant élevé deux enfants sont considérées comme bénéficiant d'une équivalence leur permettant de se présenter à ce concours.

Les tensions actuelles du service infirmier résultent aussi de cette évolution. Il est ainsi tiraillé entre des compétences détenues d'un côté par les médecins, de l'autre par les aides-soignantes, entre une valorisation de la technique et de la spécialisation et la promotion de la dimension relationnelle du soin, entre la valorisation du travail direct par les infirmiers de terrain et celle de la dimension écrite et de recherche par les cadres de santé. Ces tensions se déclinent en pratique dans les missions qui lui sont confiées.

1.1.2 Les missions du service infirmier

Nous empruntons la classification qui suit à M. Nadot (1992), qui qualifie l'infirmier de médiologue de santé. Ce qui fonde selon lui l'originalité de cette fonction, c'est de partager son temps entre des pratiques qui entretiennent la coordination avec d'autres professionnels, en particulier avec le médecin, des pratiques qui entretiennent les ressources de l'institution et enfin, des pratiques qui s'adressent à l'entretien du patient et de sa santé. Sans adhérer à l'ensemble de ses idées, ces trois pôles du service infirmier atteignent une certaine exhaustivité dans la description catégorisée des tâches effectuées par les infirmiers.

1.1.2.1 Les missions du service infirmier auprès du médecin

Nous venons de voir que la fonction infirmière en France a été créée par et pour la profession médicale. Le service infirmier permet d'analyser le passage d'un rapport basé sur l'obéissance et la domination du savoir, vers un rapport de coopération et l'émergence d'un savoir complémentaire. Une **mission d'observation clinique** se double de l'obligation **d'appliquer les prescriptions médicales**. Enfin, la réalisation de toute une série d'actes vise à **préparer le patient** en vue de faciliter l'intervention médicale⁸⁰.

Rendre compte de l'état des patients

La fonction infirmière consiste à être « les yeux et les oreilles » du médecin lorsqu'il n'est pas auprès du patient. La surveillance des patients est la première mission, qui explique la présence en continu de ce professionnel dans les unités hospitalières⁸¹. Le terme de « surveillance » apparaît d'ailleurs plus de vingt fois dans le décret relatif aux actes professionnels⁸². Cette mission pose également **des problèmes liés à l'accès** et la **transmission de l'information**.

⁸⁰ Mais aussi celle d'autres professions comme celle de kinésithérapeute ou de psychologue.

⁸¹ Le temps de travail est d'abord un temps de présence auprès des malades.

⁸² Articles R4311-1 à R4311-15 du Code de la Santé Publique. (Cf Annexe 1c n° 15, décret initial repris dans les articles précités)

L'accès à l'information pour l'infirmier dépend essentiellement de deux sources : le patient et le médecin. L'information recherchée auprès du patient poursuit l'objectif de recueillir ses réactions⁸³ par rapport à l'hospitalisation, le traitement qu'il reçoit et la pathologie pour laquelle il est hospitalisé. La nature des actes de soins réalisés sur le corps du patient guide le type d'informations recueillies. Ces actes suscitent fréquemment des interrogations de la part du patient par rapport à l'élaboration d'un diagnostic ou l'évolution de la maladie. Ainsi, un prélèvement sanguin suscite des questions sur le type d'analyse pratiquée, sur ce qui est recherché et les conséquences de ce qui pourrait être trouvé. Par exemple : une patiente qui sait que le retour à certaines normes biologiques détermine l'autorisation de quitter l'hôpital et de rentrer chez elle. Elle a appris que l'indice biologique d'inflammation comme la CRP⁸⁴ doit redescendre en deçà d'un certain seuil pour que le médecin autorise sa sortie de l'hôpital. Une autre qui sait que la baisse d'un de ses marqueurs biologiques à la prochaine prise de sang montrera l'efficacité d'une thérapeutique ou au contraire son impuissance à améliorer la situation, fait part de sa grande inquiétude à l'infirmier, qui lui répond de faire confiance à l'équipe médicale et de garder espoir).

La distribution des médicaments est aussi l'occasion de demander des précisions sur leur nature « qu'est ce que vous me donnez-là ? ». C'est aussi l'occasion pour l'infirmier de poser des questions sur leurs effets, leur tolérance. Sur le terrain C, une jeune patiente pleure car elle anticipe la douleur induite par la perfusion [terrain C⁸⁵].

La réfection d'un pansement est l'occasion de nouer un dialogue souvent complexe entre la description objective de la plaie, des jugements de type esthétique « une belle cicatrice » pour l'un peut être trop visible pour l'autre [terrain G]. Un dialogue autour de la maladie dont elle est le stigmate (E. Goffman, 1963) se noue aussi à ce moment-là.

Les soins d'hygiène sont largement confiés, ou relégués (AM. Arborio, 2012) aux aides-soignants. Cela cependant prive l'infirmier d'un accès direct à de nombreuses confidences du patient autour de son vécu corporel et de ses capacités physiques. Une certaine nostalgie se dégage d'ailleurs des discours portant sur la dimension relationnelle des soins corporels.

⁸³ Réactions aussi bien psychologiques que physiques : stress, anxiété, chute de tension suite à une prise médicamenteuse.

⁸⁴ Protéine C Réactive, protéine dont le dosage plasmatique renseigne sur l'état inflammatoire de l'organisme.

⁸⁵ Les exemples ou citations tirés des terrains de recherche sont respectivement classés en annexe 3 : de A à H. Les soignants répertoriés sous la lettre E n'ont pas fait l'objet d'observation directe. Il n'y a donc pas de tableau de données de terrain intitulé E. Les entretiens cadre, représentants d'utilisateurs sont notés respectivement Cadre 1 à 7 et RU 1 à 4. Voir notre chapitre 2 Méthodologie p137

Les infirmiers mettent en avant le temps passé auprès du patient⁸⁶, ainsi qu'un rapport non médiatisé par l'aspect médical du soin.

L'autre principale source d'information est le médecin. Les échanges avec lui permettent de donner un sens aux actes que l'infirmier effectuera et d'éviter l'embarras face à certaines questions du patient.

Lorsqu'il est lié à une forme de domination⁸⁷, ce partage de l'information est décrit sur le mode conflictuel de la reconnaissance. Les demandes d'information du personnel infirmier seraient une manière de s'approcher de l'autorité scientifique que représente le médecin. Dans une logique d'efficacité du service à rendre, ces demandes d'informations ont pour but d'orienter l'écoute du patient, afin de mettre en relation son discours et cette connaissance biomédicale. Ceci permet, dans la perspective d'une relation de service, d'ajuster la réponse soignante. Contrairement à ce que suggère une infirmière, il n'est pas possible de « soigner un patient sans rien connaître de sa pathologie » [B.11] car les actes posés risquent de s'avérer nocifs et surtout moins efficaces si les caractéristiques liées à la situation du patient ne sont pas prises en compte. D'après notre enquête, les soignants les plus satisfaits font partie d'équipes où des temps interdisciplinaires sont planifiés, permettant un partage d'informations entre les différents intervenants auprès du patient.

La transmission de l'information occasionne d'autres types de conflits, liés à sa traduction d'une part, et à des formes de mépris exprimés par le médecin à l'égard des préoccupations soignantes d'autre part. Ces altercations font conclure aux infirmiers que « le médecin ne s'intéresse qu'à la maladie ». Quand elles s'orientent de l'infirmier au médecin, ces transmissions consistent souvent à traduire le discours profane du patient dans un langage biomédical⁸⁸. Cependant, nous avons pu observer en de nombreuses occasions, que cette traduction peut être *volontairement imparfaite*. Nous entendons par là que les transmissions d'information d'infirmier à médecin mêlent un vocabulaire scientifique et un vocabulaire profane, une hybridation qui correspond à leur rôle d'intermédiaire culturel.

Nous posons l'hypothèse que cette hybridation permet d'éviter d'orienter de manière trop évidente la supposition diagnostique, qui ferait sortir l'infirmier de son champ de compétence.

⁸⁶ Contre cette perspective nostalgique d'un prétendu âge d'or qui serait révolu, il faut remarquer que certains actes médicotecniques font passer un temps parfois bien plus long auprès du patient.

⁸⁷ Voir au 1.1.1.2 le débat sur le niveau d'instruction pour la profession infirmière.

⁸⁸ L'inverse se produit aussi : la traduction profane d'un discours biomédical afin d'assurer une meilleure compréhension par le patient de l'information délivrée par le médecin.

Réaliser des actes prescrits

Si le cœur du métier d'infirmier est considéré par les professionnels comme portant sur les soins relationnels et les soins de nursing, rappelons que les premiers manuels d'instruction dès la fin du XIXe siècle consacraient l'essentiel de leurs pages à la description d'actes techniques, et ne consacraient qu'un chapitre en fin d'ouvrage aux soins corporels (A-M. Prévost, 1982).

Au plan organisationnel, la **séparation entre fonction de direction et fonction d'exécution** s'exprime dans la réalisation par l'infirmier des actes médicaux prescrits. Au plan moral, cette obligation de respecter les prescriptions relève du **devoir d'obéissance au médecin**. Son non-respect constitue donc une faute autant professionnelle que morale. Paradoxalement, ces actes délégués constituent aussi un **outil privilégié d'indépendance** et de reconnaissance pour la profession.

L'exécution de ces actes medicotechniques est le domaine d'élection de la responsabilité infirmière. D'abord parce qu'ils contiennent des risques immédiats pour la santé et la vie du patient lorsqu'ils sont mal exécutés : infection, douleur, hémorragie, embolie. Ensuite parce que la liste limitative de ces actes, fixée par décret, comporte toujours des zones à la limite entre les champs de compétences respectifs de l'infirmier et du médecin.

Le premier décret de 1947⁸⁹ n'a pas cessé de s'étoffer. D'une quinzaine, le nombre d'actes passe à quarante trois en 2004, sans compter les actes relevant exclusivement des compétences d'infirmiers spécialisés. Outre leur nombre, deux autres tendances s'affirment : la diminution du contrôle direct du médecin et la disparition du critère de pudeur liés à certains actes. En 1947, la moitié des actes répertoriés pouvaient être exécutés par « *un auxiliaire médical*⁹⁰ » à condition que le médecin traitant se soit « *personnellement assuré de la possibilité de confier à l'auxiliaire lesdits actes, du fait de sa compétence*⁹¹ ». Il en va en particulier ainsi des injections intraveineuses, des prises de sang ou du cathétérisme vésical. Les massages peuvent lui être confiés, à l'exception des massages gynécologiques et prostatiques, qui « *ne peuvent être exécutés que par un médecin* »⁹².

L'apprentissage de ces actes représente un objectif de formation privilégié par les futurs soignants et le moyen le plus visible d'une valorisation sociale de la pratique infirmière, par similitude avec les pratiques médicales. Ils sont aussi à la base d'images fortes associées à la

⁸⁹ Arrêté du 31 décembre 1947 publié au JO du 9 janvier 1948.

⁹⁰ Art. 1 de l'arrêté.

⁹¹ Art. 2 de l'arrêté.

⁹² Art. 4 de l'arrêté.

profession : l'infirmière et la seringue, « celle qui fait les piqûres ». Des patients qualifient l'infirmière de « petit médecin » durant la réalisation d'un pansement complexe (terrain F) ou le changement de perfusion sur une chambre implantée [terrain E].

Désignés par des expressions comme « la technique », ils occupent jusqu'à un tiers du temps infirmier sur un poste de travail⁹³ et permettent de dégager le temps médical pour le suivi des patients et la réalisation des actes plus complexes⁹⁴. De ce point de vue, cette partie du rôle infirmier constitue un gain de temps dont le médecin est bénéficiaire.

L'existence d'une prescription médicale est la condition nécessaire pour leur réalisation. En ce sens, ils conservent la marque d'une subordination professionnelle. Nous parlons ici de subordination et non d'obéissance comme au début du XXe siècle. Le terme de *rôle prescrit*⁹⁵ est couramment employé dans les unités de soin pour désigner ce positionnement, par opposition au *rôle propre*, qui repose sur l'initiative de l'infirmier.

La relation entre infirmier et médecin lors de la naissance de la profession est d'abord un rapport d'obéissance. La responsabilité infirmière apparaît ensuite comme la marque de reconnaissance d'un service spécifique et d'un niveau de connaissances suffisant pour considérer que ce professionnel « sait ce qu'il fait ». Exécuter une prescription erronée justifie alors d'imputer les conséquences négatives à l'infirmier autant qu'au médecin. Ce passage peut être daté par référence aux premiers jugements ayant condamné des infirmières pour avoir respecté une prescription médicale manifestement erronée ou manifestement nuisible au patient.

La première affaire en ce sens est l'affaire Somera à Manille jugée par la cour suprême des Philippines en 1929⁹⁶. Une jeune patiente de treize ans décède durant l'ablation chirurgicale de ses amygdales, suite à l'injection d'une solution à base de cocaïne effectuée par le médecin. Durant l'opération, le médecin indique à Mme Lorenza Somera, infirmière chef, de préparer une solution de « cocaïne », alors qu'il pensait ordonner de la « procaïne », ce qu'il confirme lors du procès. Le médecin injecte à la patiente le contenu de la seringue préparée par l'infirmière et qu'il croit être de la procaïne, ce qui a pour conséquence le décès de la patiente. Le médecin sera acquitté tandis que l'infirmière est condamnée pour homicide par négligence aggravée, à un an d'emprisonnement. Il lui est reproché de ne pas avoir suffisamment mis en question la prescription manifestement dangereuse du médecin. Cette sanction qui touche uniquement

⁹³ Voir sur ce point nos observations de terrain aux paragraphes 2.2.2.1. et 2.2.2.2

⁹⁴ Le médecin conserve toute compétence pour les accomplir lui-même. Mais la diversification et la complexité des techniques médicales expliquent un glissement qui s'est accéléré depuis les années 1950.

⁹⁵ L'expression ne perpétue-t-elle pas l'ambiguïté sur l'objet de la prescription ? Est-ce la thérapeutique dont l'application est déléguée au professionnel infirmier, ou est-ce le professionnel lui-même qui est prescrit, en tant que prolongement traditionnel de la fonction médicale ?

⁹⁶ The International Review, July 11, 1930, pp. 325-334.

l'infirmière, déclenche une vague d'incompréhension et d'indignation chez les infirmiers dans le monde entier. Le Conseil International des Infirmières émet en 1930 un avis qui fondera *l'advocacy* qui est au centre de l'éthique infirmière anglo-saxonne.

Le changement principal qui s'opère alors réside dans la considération que le médecin et l'infirmier sont tous deux responsables du devenir et de la sécurité du patient. Le devoir de l'infirmier est d'agir dans le meilleur intérêt du patient, y compris si cela doit remettre en question une directive médicale.

En France, le régime de responsabilité du personnel infirmier s'inscrit dans celui de l'établissement qui l'emploie en vertu de la relation entre agent et service public, ou de l'employeur vis-à-vis des actes réalisés par son employé⁹⁷ dans le secteur privé. La tendance qui s'affirme est la recherche d'une chaîne de responsabilités révélant un dysfonctionnement de l'ensemble de l'établissement de soins, comprenant la recherche d'une faute personnelle de l'infirmier⁹⁸. Cette faute, sauf à être intentionnelle⁹⁹, reste imputable à l'employeur. En matière pénale, la jurisprudence considère l'ensemble des éléments et des personnes qui ont contribué à la faute¹⁰⁰, en particulier dans les problématiques de *glissement de tâches*¹⁰¹. Seule l'intention de commettre un délit engage de manière exclusive le professionnel infirmier¹⁰².

Il résulte de ces évolutions une plus grande attention du personnel infirmier par rapport aux gestes qui lui sont demandés d'accomplir, et la substitution du principe de responsabilité au principe d'obéissance. Cette tendance se trouve renforcée par une généralisation des dispositifs de prescriptions anticipées. Les directives médicales, sous forme de protocole de service ou de prescription ponctuelle, sont alors laissées à l'initiative de l'infirmier pour ce qui concerne le moment de leur mise en œuvre.

D est le seul terrain d'observation parmi les cinq visités, à ne pas pratiquer cette modalité de coopération entre infirmier et médecin. Les discours recueillis auprès des infirmiers de cette unité de soin, expriment une grande frustration du fait de « devoir réclamer », « mendier » même,

⁹⁷ Art 1384 du Code civil.

⁹⁸ Par exemple le défaut de surveillance : Cour d'Appel de Paris, 21 septembre 1989, affaire n°025396 ou Cour d'appel d'Aix en Provence 24 mars 1994 n°043819.

⁹⁹ Sur la notion de faute détachable du service, voir M Dupont, C Bergoignant- Esper et C Paire « droit hospitalier » p 896, Paris, Dalloz 7^e édition et René Chapus, « Droit du contentieux administratif », Montchrestien, 2006 pour la problématique générale en matière de faute de service vs faute personnelle.

¹⁰⁰ Voir le cas exemplaire de l'hôpital Trousseau : TGI Paris 3 septembre 2003.

¹⁰¹ Acte confié à un soignant n'ayant pas compétence pour l'effectuer. La responsabilité reste celle du donneur d'ordre et du soignant selon le degré de subordination estimé par le tribunal.

¹⁰² Voir l'affaire Christine Malèvre, condamnée en 2003 à 10 ans de réclusion criminelle pour homicide volontaire.

une prescription. La coopération avec l'équipe médicale est ressentie sur un mode de défiance par ces infirmiers. Sur les autres terrains d'observation, la pratique de ce mode de coopération est exprimée sur un mode fonctionnel : ne pas avoir à solliciter un médecin immédiatement permet un gain de temps, et épargne l'agacement d'une réponse différée. Cette modalité de prescription modifie aussi le questionnement infirmier sur le point de savoir si les conditions de mise en œuvre sont bien réunies, s'il ne faut pas d'abord utiliser d'abord une autre approche, dans le cas de l'administration de somnifères par exemple, ou encore s'il est prudent de renouveler le traitement ainsi prescrit, dans le cas de la douleur surtout, ou de l'anxiété.

Si les actes médicot techniques font l'objet d'une valorisation, y compris par les infirmiers eux-mêmes, ces derniers leur attribuent aussi des aspects plus négatifs, comme celui de concurrencer le temps relationnel consacré au malade. Plus fondamentalement, ils sont un lieu d'incertitude qui ne permet pas de fonder une spécificité du service infirmier. En effet, ces actes peuvent être réalisés par d'autres catégories de professionnels (médecin, mais aussi le personnel de laboratoire pour certains prélèvements), voire par le patient lui-même¹⁰³. Nous pensons que les infirmiers entretiennent un rapport de fascination et de méfiance à l'égard de ces actes, qui viennent étoffer leurs compétences mais les éloigne de ce qui leur semble être le cœur de leur pratique : la relation au malade. Ils sont aussi marqués par l'ambivalence entre émancipation et sujétion. S'ils permettent de valoriser le travail accompli car ils sont les seuls auxquels est attribué un indice de coût, dont la première nomenclature date de 1947¹⁰⁴, ils sont aussi réducteurs du soin. Ils autorisent une parcellisation du travail infirmier et relèguent l'écoute et la compréhension des besoins du patient aux bons sentiments.

¹⁰³ L'éducation thérapeutique vise à permettre au patient d'utiliser des appareils de mesure ou d'administration médicamenteuse par lui-même. Par exemple, la mesure de la glycémie et l'utilisation de pompes à insuline par les patients diabétiques, ou encore des techniques d'épuration extra-rénales.

¹⁰⁴ Arrêté du 31 décembre 1947.

Développer un rôle coopératif

Le personnage créé en 1922 est une « assistante dévouée mais intelligente du médecin »¹⁰⁵ ou encore « son instrument docile » selon la formule de Mlle Léonie Chaptal (1926), pour l'aider à soulager le malade qui souffre.

Le soin infirmier apporté au malade se situe à l'intérieur de l'intervention médicale. La coopération¹⁰⁶ est l'action de plusieurs en vue d'une œuvre commune. Ce qui réunit les différentes personnes, c'est l'intérêt visé, qui prime sur les résultats individuels. Dans son ouvrage sur l'histoire des infirmières, Yvonne Knibichler (1984) cite des témoignages qui expriment une identification de l'unité hospitalière à son chef de service, et un dévouement du personnel infirmier envers lui. Un déplacement s'opère dans les années 1970, vers le patient, qui doit être au centre de l'intérêt de tous les acteurs. Le travail commun consiste à œuvrer à sa guérison et à son bien-être. Nous verrons au chapitre 4.1, que les interventions infirmières préparent et renforcent l'action médicale auprès du patient, dans le cadre de l'action coopérative.

Nos observations ainsi que notre expérience, nous permettent de poser l'hypothèse que les infirmiers ont des difficultés pour distinguer leur contribution spécifique par rapport aux autres intervenants, dans l'évolution du patient. Ils décrivent plutôt comment l'enchaînement de leurs interventions se place en cohérence avec celle des autres membres de l'équipe et l'importance du respect des bonnes pratiques. Mais aussitôt, ils minimisent la portée de ces interventions, qu'ils considèrent comme triviales « Là, on va faire un brancard douche, c'est rien d'extraordinaire » [terrain B]) ou trop brèves pour avoir un impact. Comment mettre en valeur un rôle lorsqu'on a l'impression de ne jamais avoir le temps de le jouer ?

A ces missions importantes pour renforcer et compléter le rôle médical, s'ajoutent des missions visant à renforcer l'action institutionnelle.

¹⁰⁵ Circulaires Combes, 1902

¹⁰⁶ Du latin *cum*, avec et *operor*, œuvrer, accomplir quelque chose.

1.1.2.2 Les missions du service infirmier auprès de l'institution hospitalière

En tant qu'agents d'un service rendu au public, les infirmiers concourent aux **missions générales** que l'institution doit elle-même garantir. Placés dans une situation de subordination dans la hiérarchie hospitalière, ils ont également obligation de **rendre compte de leur activité**. Ce rôle qualifié « d'administratif » par les infirmiers rencontrés, est d'après eux, le plus éloigné du cœur de leur rôle. L'organisation des soins infirmiers figure parmi les compétences infirmières, à laquelle s'adjoint l'organisation de l'emploi du temps des patients durant leur séjour : admission, transfert vers une autre unité, prise de rendez vous et déplacement vers le lieu d'examen, sortie vers le domicile. Enfin, la présence permanente de l'infirmier dans l'unité de soin le rend sans doute plus à même de **développer des habiletés collaboratives** dans le but de coordonner les interventions pluri-professionnelles auprès du patient.

Garantir les missions générales du service hospitalier

Comme tout service exerçant une mission d'intérêt général, l'hôpital doit garantir la continuité, l'égalité d'accès, la neutralité et la mutabilité¹⁰⁷ du service.

La continuité du service signifie qu'un niveau minimal de qualité et de sécurité de soin doit être dispensé à tout patient hospitalisé, à tout moment de la journée et chaque jour de la semaine. La continuité des soins fonde l'organisation du travail par équipes successives. La répartition du temps et sa bonne utilisation ont toujours été des préoccupations des institutions de soin. Les exigences de rentabilité renforcent encore cette logique productive marquée par une concentration des actes de soins.

Le temps soignant dans les établissements confessionnels se partageait entre la prière, le travail et le repos, d'une manière déterminée par la Règle conventuelle. Le temps soignant était d'abord un temps de présence spirituelle et de veille auprès des malades. Dans l'hôpital du début du siècle, les heures de service infirmier sont très étendues mais comportent des moments de moindre activité ou sont entrecoupés de sorties. Une partie du travail est artisanal et comporte la préparation de plateaux de pansement, de paquets de compresses, ou de stérilisation des seringues en verre.

[E. 27] (C. Chevandier, 2011, p.64 s.).

¹⁰⁷ Ces critères connus sous le nom de « Lois de Rolland ». Dupont, Berboignan-Esper, Droit hospitalier, 7^e Edition Dalloz, 2009, p 263 et suivantes.

Le passage à une logique de service, avec la réforme hospitalière de 1981 et plus encore avec la nouvelle tarification des soins, adjoint un impératif de rentabilité à celui de continuité. Cela signifie que chaque moment de la journée doit être utilisé de la manière la plus utile, du point de vue financier. Les temps de relâchement permettant des échanges entre soignants mais aussi avec les familles des patients, sont (à tort probablement) considérés comme un gaspillage de ressources.

Le turn-over des patients et la rapidité d'accès aux différentes prestations de l'hôpital¹⁰⁸ contribuent à ce mouvement continu, de même que l'efficacité des techniques chirurgicales et les dispositifs d'administration médicamenteuse. Les infirmières les plus anciennes rencontrées, se souviennent des temps d'attente avant que le patient puisse passer un examen radiologique ou échographique [A.5]. D'autres racontent comment la pression exercée par cette course à l'activité, mais aussi l'augmentation du nombre de patients attendant d'être hospitalisés, ont pour résultat d'accueillir le malade dans des conditions qualifiées de « limites ». Par exemple l'installation dans la salle de repos pour commencer l'entretien d'accueil et effectuer certains actes comme un prélèvement sanguin, pendant que d'autres soignants sont dans la chambre et préparent le départ du patient précédent [terrain G].

Ce temps productif est pour ainsi dire dédoublé car à la réalisation des soins se superpose l'anticipation des actes à effectuer plus tard, tout en faisant face aux multiples aléas et interruptions qui font de l'infirmier un véritable *jongleur temporel*. (Bourffartigue et Bouteiller, 2006). Nous entendons par anticipation, autant l'information donnée au patient des prochains examens prévus pour lui, accompagnée ou non de consignes particulières¹⁰⁹, que le pré-remplissage d'un dossier d'admission, ou la préparation du matériel et des traitements à mettre en œuvre par l'équipe suivante¹¹⁰. Dans une telle situation, tout acte de soin reporté sur l'équipe suivante est générateur de conflits. Par exemple la pose d'une voie intraveineuse reportée sur l'équipe d'après-midi n'est pas acceptée, même si elle a été prescrite en fin de poste de matin, et que le patient était en train de déjeuner [terrain G].

La continuité des soins produisait une forme de solidarité entre les soignants, co-responsables du bon déroulement du séjour pour le patient. La responsabilité de plus en plus individualisée ainsi que cette concentration du travail, réduit souvent les ajustements interindividuels à considérer ce qui est terminé et ce qui reste à faire durant son poste de travail, y

¹⁰⁸ Analyses biologiques, imagerie médicale, transport intra et extra hospitalier.

¹⁰⁹ Boire beaucoup avant une échographie de vessie, ne rien manger à partir de telle heure en vue d'une anesthésie, prendre une douche avec un antiseptique, instiller un collyre à heures fixes.

¹¹⁰ Un rôle traditionnel des équipes de nuit est de préparer le travail des équipes de jour : mettre à jour les prescriptions, les barquettes de médicaments, les rendez-vous et examens de chaque patient.

compris au détriment des temps plus conviviaux. Une cadre de santé [terrain G.] regrettait de constater que de plus en plus, les infirmiers de son équipe préfèrent raccourcir voire renoncer à un temps de pause pour pouvoir terminer leurs tâches et quitter leur travail à l'heure prévue.

Le second principe général est celui de neutralité du service et de l'agent, par rapport aux situations des usagers. Cela semble inadapté au contexte du soin où précisément il n'existe que des situations particulières. Pourtant, le principe de neutralité apparaît à plusieurs reprises dans les entretiens. Il est appelé à justifier des réponses négatives aux patients lorsque la demande ne relève pas des missions du service. Un exemple simple mais rencontré sur l'ensemble des terrains d'observation est celui de l'attribution des chambres individuelles. Les infirmiers sont souvent interpellés par le patient ou la famille pour obtenir de séjourner en chambre individuelle.

Les situations qui ne satisfont pas les critères d'attribution de type médical¹¹¹ ou humaniste¹¹², mobilisent régulièrement des débats autour d'une dérive « consumériste » des soins. La demande d'une chambre individuelle, en dehors de ces critères est interprétée comme induite¹¹³, la priorité étant la raison de l'hospitalisation, le traitement. Faut-il voir dans ce discours un simple réflexe de protection face à des demandes trop nombreuses, ou bien une réaction par rapport à un nouveau type de comportement du patient, qui n'hésite pas à faire part de demandes directes en termes de confort ? Il existe en tout cas un discours paradoxal autour de ce que chacun entend sous le terme de « confort », et qui en apprécie les critères.

La mission de sauvegarder le bien-être du patient et son confort sont exprimées par les soignants en tant que priorités. Mais leurs réactions face à des demandes relevant du confort hôtelier sont mises en balance avec les contraintes hospitalières. Ce qui justifie l'hospitalisation est aussi ce qui justifie des restrictions en termes de choix de prestations¹¹⁴.

De manière générale, ce principe de neutralité se concrétise au quotidien par des arbitrages, mettant en tension des considérations de répartition égalitaire du temps soignant entre les patients avec la mission de personnalisation du soin.

Le principe de neutralité doit également garantir l'égal accès aux soins. Les soignants sont conscients des difficultés financières mais aussi sociales de certains patients, qui leur rendent difficile la satisfaction du besoin de se soigner.

¹¹¹ Patient devant être isolé car porteur d'une infection transmissible ou au contraire dont la faiblesse du système immunitaire requiert un isolement protecteur.

¹¹² Les patients en fin de vie sont déplacés en chambre individuelle.

¹¹³ Que le patient exprimerait au dire des soignants comme « un dû ».

¹¹⁴ Nous ne parlons ici que des prestations hôtelières : repas, chambre, avec voisin ou pas.

Nous avons observé directement une seule situation [terrain F] où cette difficulté s'est posée directement à une infirmière.

Un patient d'origine étrangère se rend deux à trois fois par semaine dans l'unité pour y recevoir des soins de plaie sur une blessure à la jambe. La situation fait débat entre l'infirmière présente ce jour là et la cadre de santé. La première estime qu'il faut continuer les soins en policlinique car une relation de confiance est instaurée avec le patient et qu'il sait comment s'y rendre. Elle argumente que cela garantit une meilleure prise en charge pour sa plaie. La seconde estime ce monsieur parfaitement susceptible de recevoir des soins similaires à son domicile, permettant ainsi de libérer une plage horaire pour des patients nécessitant des soins plus complexes et plus valorisables. Elle doute surtout de la bonne foi de ce patient qui « préfère sans doute prétendre ne pas parler français et venir se faire soigner gratuitement ». Lors d'une pause, cette infirmière nous confie qu'elle n'est convaincue ni par la bonne foi de ce patient qui est certainement plus autonome qu'il ne le laisse penser, ni par l'argument de la cadre qu'il continuerait à se soigner à la maison. Elle est si peu convaincue qu'elle referme le pansement d'une manière très particulière, sorte de *signature* lui permettant de savoir si entre deux rendez-vous, il y a eu une intervention autre que la sienne sur la plaie. Elle lui a prévu des rendez vous sur deux semaines encore, pour terminer le suivi de sa blessure.

Enfin, le principe de mutabilité signifie l'adaptation du service à des conditions sociales nouvelles, dans l'intérêt général. Il préside par exemple aux réorganisations de grande ampleur lors des réformes hospitalières. L'organisation du travail en secteur de soins pour garantir une meilleure personnalisation en est un exemple. Ce principe concerne également les problématiques budgétaires et les réponses apportées, comme des fermetures temporaires de services. Ainsi, sur deux terrains d'établissements différents, du personnel infirmier travaillait dans une unité différente de celle à laquelle il était affecté. Au titre de la sujétion envers l'employeur et de l'obligation de respecter ce principe, des soignants peuvent être temporairement affectés à une autre unité.

Rendre compte de l'activité

Cette mission poursuit deux objectifs pour les infirmiers.

Tout d'abord elle s'inscrit dans l'obligation pesant sur l'institution hospitalière de rendre compte de son activité et de la bonne prise en charge des patients hébergés. La seconde concerne le rapport employeur-employé, qui implique pour l'infirmier de rendre compte de ce qu'il fait durant son temps de travail, en termes de productivité et de conformité à la réglementation de sa profession.

Cette mission devrait selon nous comporter un troisième objectif : celui de rendre effectif un projet spécifique de soins infirmiers pour le patient. Un tel projet est trop peu formalisé, pour différentes raisons que nous allons en partie examiner ici.

« Les infirmières n'écrivent pas assez dans les dossiers de soins » [cadre 1]. « La profession est encore marquée par une culture orale, ce qui explique le manque d'écrit concernant les soins » [cadre3]. Cette explication ne nous semble pas satisfaisante. Comment soutenir qu'une profession reconnue à un niveau d'études de licence est marquée d'une culture orale ? Deux siècles la séparent de l'instruction rudimentaire des filles de salle. Nous avons évalué le temps passé justement à écrire dans les dossiers de soins, entre une heure et une heure trente par poste, selon les unités. L'examen des documents de traçabilité et la difficulté à faire émerger un projet de soin spécifique, nous semblent offrir de meilleures pistes d'éclaircissement.

Tout d'abord, ces outils sont très éclatés : outre le dossier médical, le suivi du patient est tracé à travers de nombreux formulaires en vue de divers examens, de commandes de traitements comme les produits sanguins, les immunoglobulines, les produits des chimiothérapies, le matériel pour certains pansements spécifiques, et autres comptes rendus de réception ou d'administrations¹¹⁵. La traçabilité administrative de l'infirmier consiste alors à vérifier la concordance entre ce qui est demandé et ce qui est reçu, attester l'administration en paraphant des formulaires, relever les directives actualisées du médecin et programmer leur exécution. Les supports sont variés avec une dématérialisation informatique très inégale suivant les unités.

Le dossier de soin infirmier¹¹⁶ a vocation à donner une cohérence à l'ensemble de ces actes et à formaliser le jugement clinique propre aux soins infirmiers. Qu'en est-il en pratique ?

¹¹⁵ Cette multiplication de documents s'explique par l'obligation de chaque composante hospitalière de tracer elle aussi son activité : pharmacie, magasin, laboratoire, etc.

¹¹⁶ Depuis nos observations de terrain, l'appellation « dossier de soins paramédicaux » remplace celle de « dossier de soins infirmiers » selon les recommandations de la HAS.

Le dossier de soins infirmiers est né avec le nouveau programme d'études de 1972. Il est conçu comme un outil permettant de rendre visible le raisonnement clinique infirmier et d'individualiser les prises en charge. Or, voué initialement à mettre en valeur une prestation, il est rapidement devenu un outil de consignation des actes effectués auprès du patient. Il se compose au minimum de trois éléments : une fiche d'accueil, un diagramme des différents soins effectués en routine et un tableau qui recense les évènements intercurrents durant le séjour du patient.

Le premier est destiné à consigner le type de soins relevant du rôle propre infirmier effectué : les surveillances diverses¹¹⁷, la distribution de traitements médicamenteux, le type d'aide reçu dans les « actes de la vie courante »¹¹⁸ ainsi qu'une ligne précisant si un dialogue ou un temps d'information a été mené avec le patient ou son entourage.

Le second est un tableau destiné à recevoir des informations plus précises sur des évènements intercurrents pendant l'hospitalisation. Le format varie entre une feuille A4 ou A3 en orientation portrait ou paysage, mais apparaissent toujours trois colonnes intitulées : données, action et résultat. Les informations qui y sont portées sont extrêmement variables : précisions apportées sur une douleur du patient, sur sa tolérance à un traitement, sur son moral ou les visites reçues. La colonne résultats est celle qui est remplie avec le moins de constance. D'abord parce que le temps consacré aux transcriptions écrites du déroulement de la journée s'effectue d'un trait et non en cours de poste, ensuite parce que certaines actions n'appellent pas de résultat immédiat, comme le soutien moral apporté par un dialogue durant un soin, ou la plainte écoutée pendant la distribution de médicament. Enfin faut-il s'interroger : un résultat par rapport à quoi ? Aucun dossier de soin infirmier, sur les terrains explorés, ne stipule de manière explicite un projet de soin infirmier qui donnerait un sens à certaines actions ou à un relevé de résultats. Les cadres de santé reprochent souvent à ces écrits d'être laconiques. Mais l'explication ne vient-elle pas aussi du fait que peu d'éléments n'obligent ou n'incitent à les étoffer ? Ainsi la douleur, l'état nutritionnel et différents risques comme le risque de chute, doivent faire l'objet d'une mention sur le dossier de soin. Cependant, l'encouragement à l'utilisation d'échelles, de scores et l'existence de plans de soins type dans les unités hospitalières permet-il une prise en charge cohérente du patient ?

¹¹⁷ Comprenant les paramètres vitaux, l'état d'éveil, la douleur, le suivi d'une plaie.

¹¹⁸ Comprenant des actes élémentaires tels que : laver le corps, s'habiller, se brosser les dents, aller aux toilettes, se tenir debout, manger ou encore dormir.

Les transmissions d'une équipe à l'autre sont effectivement orales et leur contenu est souvent plus riche que les informations portées sur le dossier de soin. Nous verrons au chapitre trois que cette richesse vient aussi du besoin du soignant de raconter aussi son propre vécu lors des soins qu'il a effectués. Une autre raison est que toute information chiffrée demande une interprétation en fonction de la situation concrète et unique du patient. Un « 6 » figurant sur la ligne d'évaluation de la douleur appelle-t-elle la même conduite de prise en charge, la même intensité d'un patient à l'autre ? Il ne renseigne pas non plus sur d'autres aspects qualitatifs déterminants pour la poursuite de son soulagement : localisation, ressources du patient pour y faire face, position de confort par exemple.

Le cas du soin relationnel est plus complexe encore. Le dialogue lors des relèves d'équipes, l'intonation émotionnelle employée par l'infirmier qui transmet, est bien souvent ce qui rend les autres attentifs à un aspect psychologique particulier du patient¹¹⁹ ou les conduit à privilégier telle attitude de prise en charge. Ces éléments sont rarement écrits car ils se situent en dehors de ce qui peut relever d'un protocole de soin, nécessairement standardisé. Or, «on n'a qu'une case à cocher, quel que soit le temps passé auprès du patient, sans aucune autre précision à apporter» [A.3].

Une dernière raison pour laquelle des objectifs de soin infirmiers sont difficilement formulés est qu'ils ne correspondent pas à un temps formel permettant d'en débattre et de s'accorder mutuellement.

Développer un rôle collaboratif

Si la coopération place l'œuvre à accomplir avant la fierté recherchée à travers la réalisation individuelle (Henri et Lundgren-Cayrol 1997), la collaboration signifie considérer sa propre tâche par rapport à celle des autres. Elle implique de distinguer quelle est sa propre contribution par rapport aux autres intervenants qui participent au projet, dans la perspective d'un objectif de travail. La première situe l'intervention uniquement auprès du patient et de ce qui est attendu pour lui. La seconde situe l'intervention de chaque professionnel dans l'interaction avec les autres intervenants.

Cette mission a pris de l'ampleur du fait de la multiplication des acteurs de santé autour du patient. La spécialisation des tâches soignantes oblige l'infirmier à dialoguer avec une dizaine d'interlocuteurs au quotidien. Au plus proche de leur fonction : médecin, chirurgien, interne, aide

¹¹⁹ Un changement dans son comportement peut par exemple être un signe de mal-être.

soignant, cadre mais aussi psychologue, diététicienne, assistante sociale, kinésithérapeute, stagiaires. D'autres fonctions hospitalières peuvent entrer en interaction de manière plus indirecte : pharmacien et préparateur, brancardier, manipulateur radio, personnel d'admission, laborantin. On peut ajouter également suivant les unités et les établissements : équipes mobiles¹²⁰, aumônier, bénévoles, infirmière spécialisée, orthophoniste ou ergothérapeute.

Si la fréquence des interactions est très variable entre l'infirmier et ces différents acteurs, la connaissance de chaque champ d'intervention et le discernement dans les informations à lui transmettre est devenue une compétence à part entière¹²¹.

Sur trois des terrains [A, C et H] l'organisation fonctionnelle de l'unité est confiée à un poste infirmier désigné comme « infirmier de bureau », ou « support administratif ». Sur les terrains A et C, les infirmiers de l'unité se relaient soit sur la base du volontariat [terrain A] pour occuper cette fonction, soit sur désignation par le cadre de santé [terrain C]. Le poste est confié à une infirmière en reclassement professionnel en raison de difficultés physiques incompatibles avec le travail infirmier classique, sur le terrain H.

Cette fonction est cependant peu prisée par les soignants [terrains A et C] qui l'estiment stressante, fatigante psychologiquement et trop éloignée du rôle infirmier classique. Elle peut néanmoins leur servir de repli momentané en cas de difficulté d'ordre affectif, et être utilisé à la façon d'un *back office*.

Ce rôle collaboratif est décisif d'abord pour assurer une rapidité dans les échanges d'informations. Mais la multiplication des intervenants est également source de dysfonctionnements et paradoxalement, de perte d'informations.

Pour l'illustrer, voici un exemple sur le terrain F.

Une patiente demande lors de son entretien d'admission avec une infirmière, que le motif réel de son hospitalisation ne soit pas divulgué à ses parents. La patiente est majeure et veut se faire poser un anneau gastrique pour remédier à son obésité morbide. L'infirmière consigne la demande sur le dossier, prend soin de le transmettre à ses collègues et aux autres médecins du service, ainsi qu'à la cadre de santé.

Dans l'après-midi, lors de la visite préopératoire¹²², la diététicienne vient expliquer à la patiente le régime qu'elle devra suivre après la pose de l'anneau. Or, la mère de la patiente se trouve dans la

¹²⁰ Equipes pluri-professionnelles « thématiques » qui interviennent à la demande dans les unités de soins, par exemple : prise en charge de la douleur, soins palliatifs, gériatrie, onco-gériatrie, addictologie.

¹²¹ Elle fait d'ailleurs l'objet d'un item spécifique à évaluer chez les étudiants en soins infirmiers, depuis la réforme de l'enseignement intervenue en 2009.

chambre à ce moment-là. Elle est informée de la demande de la patiente une fois sortie de la chambre, lors d'un échange informel après avoir terminé ses visites. Si le non respect de cette demande ne semble pas avoir eu d'incidence sur les rapports entre la patiente et sa mère¹²³, plusieurs soignants s'excusent auprès de la patiente pour ce manquement au secret professionnel. Le cadre de santé de l'unité parle du fonctionnement complexe de l'unité comme d'une machine qui une fois en marche, continue son travail « en roue libre ». Il est difficile à un intervenant d'intervenir sur son fonctionnement pour rattraper une erreur qui se serait introduite dans le circuit.

La perte d'information résulte de son mode de circulation. Si l'infirmier est amené à informer de nombreux interlocuteurs durant la prise en charge du patient, la récupération des informations de la part de ces interlocuteurs est nettement plus problématique. Les dispositifs de transmission fonctionnent plus rarement dans ce sens-là.

Un exemple là aussi très simple, sur le terrain F. Une patiente attend un brancardier pour l'accompagner en radiologie afin d'y subir un examen par IRM¹²⁴. Le rendez-vous a été pris pour neuf heures du matin et il est prévu qu'elle rentre chez elle tout de suite après l'examen. A onze heures, personne n'est encore venu la chercher et aucune information n'est parvenue à l'infirmière de l'unité. Le logiciel utilisé pour la commande du service de brancardage permet uniquement de savoir que la demande a bien été effectuée, et le récépissé du fax du secrétariat d'imagerie indique que le rendez-vous est pris pour ce jour à neuf heures. Après encore deux heures d'attente et de tension entre cette patiente et l'infirmière, et une dizaine d'appels téléphoniques pour se renseigner, la patiente est finalement cherchée.

Dans cet exemple, le problème du relai de la volonté indiquée par la patiente n'a eu aucune conséquence négative sur son état de santé ultérieur. Cependant, il montre que la circulation de l'information suit une logique de traçabilité plus que de service rendu au patient. Cette disproportion occasionne des dysfonctionnements qu'il revient à l'infirmier de gérer, en tant qu'interlocuteur le plus direct du patient, dans le cadre d'une relation de service.

¹²² Cette visite est réalisée en routine dans cette unité avant toute chirurgie bariatrique.

¹²³ Pour ce que qu'en sait l'équipe soignante, car aucune transmission les jours suivants ne le mentionne.

¹²⁴ Imagerie par résonance magnétique.

1.1.2.3 Les missions du service infirmier auprès du patient

Nous terminons cet inventaire des missions par celles qui sont reconnues par les professionnels comme étant les seules à relever véritablement du rôle infirmier. La première de ces missions est de veiller à l'intégrité du patient, tant physique que psychique. Rendu vulnérable par la maladie ou par un acte chirurgical qu'il a subi, le patient doit bénéficier d'une surveillance pour **assurer sa sécurité**. Le travail infirmier consiste à aider le médecin dans sa lutte contre la maladie, mais aussi **d'agir sur les ressources du patient** pour y faire face. Enfin, la personnalisation des soins est indispensable car s'il existe des protocoles de soin, ceux-ci s'appliquent à des situations aux **caractéristiques toujours uniques**.

Garantir la sécurité du patient

Le décret relatif aux actes professionnels¹²⁵ cite en première position la mission de « Protéger et maintenir » la santé physique et mentale des personnes. L'ensemble des recommandations de bonnes pratiques et les protocoles de service sont rédigés dans ce but, directement ou indirectement. La première des responsabilités du soignant est de veiller à l'intégrité physique et psychique du patient. Dans nos entretiens, le besoin de sécurité du patient est cité spontanément à cinq reprises, ce qui semble très peu au regard de l'importance de cette mission. Des analyses supplémentaires de contenu nous indiquent que ce besoin de sécurité est assimilé à un *besoin de se sentir en sécurité*.

Notre interprétation est que cette mission est perçue uniquement sur le versant du devoir professionnel. La sécurité du patient est l'affaire du professionnel. Le *besoin de se sentir en sécurité* est quant à lui, une des modalités du besoin de bien-être et d'apaisement du patient.

Ces deux versants de la sécurité du patient expliquent que le patient peut se sentir insécurisé alors que l'ensemble des précautions requises sont appliquées et inversement, qu'il peut se sentir confiant alors que sa santé est objectivement menacée. Dans la mise en œuvre de sa

¹²⁵ article R4311-2 Code de la Santé publique

mission de sécurité, l'infirmier a la responsabilité de ne rien faire qui puisse nuire au patient et d'identifier sinon de réduire les facteurs de risques pour sa santé.

Du point de vue de la relation de service, il se soucie également des réactions d'anxiété en rapport avec l'incertitude relative à son état de santé et à son devenir.

Sous le premier aspect, le soignant est actif et porte une particulière attention à ses gestes, à la symptomatologie et à la bonne transmission de ses observations au médecin. Un manquement à cette attention constitue une faute : erreur ou mauvaise pratique de soin, ou défaut de surveillance. Ces manquements à la déontologie engagent sa responsabilité professionnelle.

Sous le second aspect, le soignant s'adapte aux évènements. Cependant, l'efficacité de son action sur la maladie qui frappe le patient n'est jamais garantie et peut le laisser dans un sentiment d'impuissance. Cet aspect du besoin de sécurité du patient est porteur d'angoisse pour l'infirmier car il le renvoie à son impuissance à ôter la souffrance du patient ainsi qu'à sa propre fragilité. Gérer cette situation requiert un travail émotionnel (voir 3.1.2) afin d'agir cette fois-ci sur le sentiment de sécurité du patient. La survenue d'un évènement comme l'aggravation de la maladie n'engage pas par elle-même la responsabilité de l'infirmier. Par contre, elle suscite un réaménagement émotionnel pour s'adapter à la situation évolutive du patient. Ce réaménagement est parfois qualifié de « blindage » ou illustré dans les entretiens à l'aide d'images comme celle de la « porte fermée », mais peut aussi générer un doute sur sa capacité à continuer de soigner.

Des difficultés éthiques peuvent surgir en rapport avec cette mission de sécurité, lorsque la conduite d'un patient met en danger d'autres patients (infection, violence), ou que le patient se met lui-même en danger. Nous envisagerons plus en détail au chapitre 4.1 ces questions qui appellent des arbitrages particuliers.

Favoriser les ressources de la personne

Le courant de revalorisation de la relation au patient depuis les travaux de H. Peplau, puis l'accent mis sur la participation du patient à ses soins, prennent de plus en plus d'importance après la mise en place du programme d'enseignement de 1972. L'enseignement des sciences humaines et de la psychologie depuis cette réforme, promeuvent des soins infirmiers individualisés. La psychologie du développement de Carl Rogers et d'Abraham Maslow,

imprègnent encore largement l'enseignement des soins infirmiers. Elles proposent un type de relation soignante destinée à favoriser la satisfaction de ses besoins mais aussi le désir d'auto-détermination et d'actualisation de soi.

La psychologie humaniste issue de leurs travaux postule que la personne est toujours en devenir et souhaite fondamentalement se développer.

L'évolution volontariste du patient, acteur de sa prise en charge, autonome dans ses décisions, laisse le soignant dans la perplexité lorsqu'il ne semble pas vouloir s'occuper de lui-même, qu'il demande que les soignants réalisent l'ensemble des soins, et parfois davantage, à sa place. L'inertie, voire l'opposition de certains patients devient incompréhensible pour le soignant qui associe le bon soin à la stimulation des ressources du patient. Sa conduite oscille alors entre l'acceptation passive de la situation, et l'usage de la contrainte, justifiée par le bénéfice dont le patient se rendra compte dans l'après-coup.

Les soignants utilisent de manière usuelle le terme d'autonomie pour désigner en réalité l'indépendance physique, ce qui ne fait qu'entretenir une confusion entre autonomie morale et autonomie physique (B. Ennuyer, 2004), assimilant volonté et capacité à réaliser ses soins. Cette confusion fait peser le soupçon d'un manque de volonté sur le patient, souvent incompréhensible et frustrante pour le soignant, qui doit alors trouver d'autres moyens pour le stimuler et l'amener à s'occuper de lui-même. L'infirmier est légitimé dans cette voie puisque la mission qui lui est désormais dévolue est de « rendre le patient autonome ¹²⁶ », sans qu'il soit clairement distingué si cette autonomie porte sur sa capacité physique, l'état de ses connaissances ou la possibilité de prendre des décisions concernant sa santé.

Prendre en compte les caractéristiques uniques du patient

Face à certains excès d'une médecine triomphante dans les années 1970, la profession infirmière met avant le principe que le patient ne doit pas être un objet de soin. Les infirmiers ont pris depuis longtemps l'habitude de penser leur fonction comme celle d'un intermédiaire entre le patient et le médecin. « Le patient a plus de facilité à se confier aux soignants » [A.1], « le patient nous charge de parler en leur nom au médecin parce que souvent lui, il n'ose pas » [C.17].

Ce rapprochement au plus près des souhaits, des habitudes et des préférences du patient, conduit les infirmiers à explorer l'aspect relationnel de leur rôle. L'adaptation du soin au patient,

¹²⁶ Art L 1161-1 du Code de la Santé Publique, qui a trait à l'éducation thérapeutique.

le souci de conserver ses habitudes et de rechercher des moyens de lui apporter des attentions à travers des « petits plaisirs » [A.6], devient une visée importante, à coté des autres missions.

Nous verrons au chapitre 3 les dangers liés à une trop grande personnalisation de la relation soignant- soigné, et les limites de l'adaptation des soins au chapitre 4.

La perspective de *se placer au service du patient* implique de prendre en compte ses caractéristiques individuelles, mais peut aussi se retourner en *servitude* lorsque les demandes du patient ne traduisent plus des besoins mais ce qu'il pense avoir le droit d'obtenir du soignant.

Pour comprendre en quoi le fait d'envisager le soin infirmier comme une prestation, et la relation infirmier patient comme une relation de service, nous allons explorer d'autres dimensions du service. Sa définition économique et sociale permet de nous questionner sur ce qui fonde sa valeur monétaire ainsi que son influence sur le lien social.

1.2 Le service dans ses dimensions économique, sociale et axiologique

S'interroger sur les différentes dimensions du service permet d'éclairer la pratique infirmière de manière renouvelée et d'en comprendre certains enjeux. La première sous-partie s'attache à la dimension économique et sociale du service (1.2.1).

Au plan social tout d'abord, à travers trois modèles philosophiques, nous poserons la question d'une société généralisée de service (1.2.1.1). Au plan économique la question de la valeur du service pose le problème d'une comparaison avec la marchandise (1.2.1.2).

Dans un second temps, nous aborderons la dimension éthique de la relation de service (1.2.2). Le service infirmier reste marqué par le thème de la *vocation*. Les infirmiers entretiennent avec lui un rapport de fascination mais aussi de rejet qu'il importe d'interroger (1.2.2.1). La relation de service peut être comprise comme une rationalisation de cette orientation morale (1.2.2.2).

1.2.1 Le service comme objet économique et social

Le service est d'abord un type d'échange social qui vient répondre à un besoin. Cette ébauche de définition très simple contraste avec la grande diversité des services (J. Gadrey, 1996). Ce passage par sa signification sociale est important pour le soin infirmier à deux titres. Le service infirmier, en tant que forme institutionnalisée du soin, a à réfléchir le type d'échange social qu'elle propose et le type de besoin auquel elle vient répondre (1.2.1.1).

Si cette forme de relation est ancienne, sa valorisation au plan économique est récente. Il continue de poser le problème de ce qui est rémunéré lorsqu'on rend un service. ? (1.2.1.1)

La généralisation et la multiplication des services questionnent le lien social. Pas de service sans besoin, donc sans reconnaissance d'une interdépendance qui fonde une société. Mais cette généralisation des services est-elle la marque d'une plus grande dépendance ? Et comment concilier ce développement avec le sujet contemporain autonome ? (1.2.1.2).

1.2.1.1 La dimension sociale du service

La montée et la diversification des services ont suscité des travaux en sociologie visant à délimiter la relation nouvelle qui se met en place entre le producteur et le client de ce service.

Le premier à en donner une **représentation systématique est Erving Goffman** dans *Asiles*.

La politique sociale visant à rapprocher les agents des services de l'Etat de leurs usagers, fin 1980 début 1990 a suscité la commande d'autres études au plus près des échanges de guichet.

JM Weller (2008) et Jean-Louis Laville (2010) intègrent la relation de service au sein de la socio-économie. **Jean Gadrey (1987) renouvelle la définition** initiale de Goffman.

La **sociologie issue des théories féministes** aborde la relation de service du point de vue de l'engagement émotionnel qui est demandé aux salariés par leurs employeurs. Les emplois de service sont majoritairement occupés par des femmes. Une littérature initiée par Arlie R. Hochschild (1983) s'emploiera à montrer une forme d'aliénation du salarié par l'injonction qui lui est faite de montrer des émotions dans le cadre de la relation au client.

Nous dirons également un mot sur les activités de **services issus de l'Etat social** et les attentes des citoyens qui sont désormais aussi des administrés.

La relation de service chez E. Goffman

Goffman souligne un usage extensif de la notion de service par les magasins et le commerce de détail¹. A la fin de *Asiles* (1968) il théorise la relation de service en rapprochant le service de la notion de réparation (ou d'entretien). Il définit la relation de service comme un lien particulier unissant un praticien-réparateur et un propriétaire, en ce qui concerne un objet à réparer appartenant à ce dernier.

Ce praticien-réparateur a pour signes particuliers d'être spécialisé dans un domaine, de détenir un savoir non transférable à son client et qui fonde la confiance que celui-ci lui porte. Il est plutôt en position professionnelle indépendante, sur un mode libéral. Mais la condition de salarié est possible. L'employeur du praticien-réparateur peut par exemple sélectionner le public qui aura accès à ses services, les tarifier, ou encore le soumettre à des injonctions qui restreignent son indépendance délibérative.

¹ Les vendeurs et vendeuses ne sont-ils pas devenus « conseillers de vente » ?

Trois éléments définissent la relation de service.

Les civilités, qui ont pour but d'instaurer des relations cordiales entre praticien et client.

Une dimension technique qui précise ce que contient le service demandé. Le propriétaire fournit des informations au praticien pour ce qui concerne l'objet et le problème posé. En retour, le praticien-réparateur émet son diagnostic et le traitement qu'il préconise.

Une dimension de confiance que le client accorde au professionnel en raison de son savoir spécialisé. Ce savoir est placé au service du public, de manière altruiste. E. Goffman n'exclut pas la rémunération du praticien mais précise que sa motivation à venir en aide au public ne saurait résider dans le désir de fortune.

Il précise également que l'ensemble des activités du praticien réparateur n'est pas constituée que par la relation de service. Par exemple, lorsqu'il dresse sa comptabilité ou qu'il procède à des démarches administratives.

La relation de service chez J. Gadrey

J. Gadrey (1987) centre son travail sur l'activité de service, qui ne se réduit pas à sa description physique ou technique. Pour lui, c'est la structure économique et les rapports sociaux, qui déterminent s'il y a service ou non. Il en donne la définition suivante : « triangulation où A, unité ou agent économique fait appel à B, une autre unité ou agent économique, pour effectuer pour le compte de A, une opération sur un point d'application C appartenant à A, opération dont le résultat immédiat sur C n'est pas séparable de C et ne peut donc circuler économiquement de façon autonome » (1987, p. 216).

Il rompt avec une tradition des sciences économiques classiques (JB Say, K. Marx) qui considèrent que les services sont par nature improductifs, et propose de centrer l'analyse non pas sur le produit du service, mais sur sa fonction. Il propose tout d'abord d'abandonner la théorie de l'immatérialité du service² en reconnaissant que les opérations de service sont matérielles et peuvent servir de base à l'analyse de leur productivité.

Cette matérialité porte sur l'acte de service, qui est la prestation elle-même, les supports du service qui consistent en la réalité visée par la modification du service, et enfin les résultats, qui peuvent être les effets immédiats ou indirects du service.

² Plusieurs arguments sont développés dans le cadre de cette théorie: le service n'est pas un bien tangible, à l'inverse d'un produit manufacturé. Il est consommé en même temps qu'il est produit ce qui rend impossible son transfert.

Il aboutit alors à estomper la distinction classique entre les biens et les services (p. 189). Le rôle de l'utilisateur s'affirme depuis les années 1970. Sa principale influence est réside dans la demande diversifiée, qui oblique à complexifier le système de prestation. (p. 253) Ceci s'exprime dans le rapprochement contemporain entre usager et consommateur, « autrement dit, un centre d'appropriation et d'usage pouvant avoir un rôle actif dans le processus de production de la prestation de service. (p271)

Une des caractéristiques de cette porosité réside dans le rapprochement entre producteur et client du service, qui pose la spécificité du service en coparticipation des protagonistes.

La définition qu'il donne à la relation de service est un processus qui se noue entre prestataire et bénéficiaire qui permet de définir les modalités de la prestation et de négocier les arbitrages destinés à adapter la production du service aux besoins spécifiques des destinataires (J. Gadrey, 1997). Le plus souvent, la productivité du service se rapproche de l'analyse de la production de résultats reproductibles, voisine du stade fordiste de l'organisation et de la production en série.

La relation de service chez J-M Weller et J-L Laville

Poussant l'analyse plus globalement encore, J-L Laville (1999) contribue à développer une autre conception de l'économie, autour de l'économie sociale et solidaire, qui se définit par son statut : association, coopérative, mutuelle. L'économie solidaire proprement dite, qui correspond à une nouvelle dynamique démocratique dans l'économie et, enfin plus récemment, l'entrepreneuriat social, qui peut être vu comme un moyen de traiter des questions sociales par l'initiative privée.

Ce champ pèse représente un emploi sur dix en France. Loin d'une mode, il s'agit d'un mouvement citoyen pour remettre l'économie à sa vraie place : l'économie est vue comme un moyen au service de l'humain, et non une finalité en soi. L'objectif poursuivi par ces entreprises, est moins d'affirmer une identité collective que de résoudre collectivement un problème, au nom de finalités sociales ou environnementales.

Les théories féministes et la production émotionnelle du service

Les travaux d'Arlie R. Hochschild initient une définition de la relation de service comme une forme de domination dans le rapport entre employeur et employé. La relation de service consiste en un travail émotionnel imposé et destiné à influencer sur le sentiment de bien-être et de sécurité des clients.

Ces travaux insistent sur la dimension prescrite et les normes définies par l'employeur plutôt que sur le professionnalisme et la compétence. Le client n'a pas cette dimension active de Co constructeur du service. De plus, cette théorie insiste peu sur le contenu du service lui-même, la relation au client étant « calibrée » par l'employeur.

Le lien entre l'Etat et ses citoyens : de l'administré au client

Historiquement, le rapport entre l'Etat et ses citoyens est autoritaire. Le citoyen est d'abord un assujéti, qui a des obligations envers lui. Il ne détient pas de droits lorsque les services de l'Etat sont réduits aux fonctions régaliennes : sécurité intérieure et extérieure par la police et l'armée, la Justice et la levée de l'impôt. L'avènement de l'Etat social à la fin du XIXe siècle, le charge d'un rôle de cohésion sociale et de répartition des richesses. L. Duguit, dans son *Traité de droit constitutionnel* de 1928, développe l'idée que le service public est le fondement et la limite du pouvoir des gouvernants. Le fondement car ils sont les gardiens de la « conscience sociale » qui s'exprime à travers les droits objectifs. Et la limite car ils ne peuvent aller au-delà de la fonction de gestion de ces services. Cette orientation vers le bien-être et la satisfaction des besoins collectifs des citoyens l'amène à intervenir dans des sphères d'activité variées : l'enseignement, l'énergie, la santé ou le transport.

« La naissance de l'usager marque le passage d'une administration fondée sur la puissance à une administration sous-tendue par le service » (Chevallier, 1976). Son fonctionnement est regroupé autour des trois principes que nous avons énumérés au 1.1.2.2 : la continuité, l'égalité et la mutabilité. L'image d'un *l'usager-roi* (Chevallier, 1983) qui se développe alors, ne doit pas faire oublier la contrainte que l'Etat peut aussi exercer sur lui au nom de l'intérêt général. L'usager possède un droit sur l'Etat en tant qu'il est motivé par un besoin d'intérêt général. C'est cette

visée de l'intérêt général et la garantie de la pérennité des prestations promises qui justifie en retour, l'imposition de règles aux usagers³.

Le service public conserve donc une dimension d'emprise sur l'administré. Sa situation de dépendance vis-à-vis de certains services peut lui faire accepter un certain nombre de contrôles pour continuer à en bénéficier.

De nombreux soignants ont montré cet attachement aux principes de service public, de traiter chaque patient de la même manière. .

La prestation du service est prédéterminée. Elle répond à un besoin estimé dans la population et pour lequel est établit une procédure avant toute demande d'un particulier. Il en va par exemple ainsi des montants des prestations familiales, qui sont calculés selon un barème précis, ou de l'aide pour le logement.

Des tensions apparaissent après 1968 et des demandes s'affirment de pouvoir intervenir plus activement dans le processus du service lui-même. L'élévation du niveau culturel dans la population et l'accès à l'information stimulent ces demandes, qui reflètent aussi une réaction à l'emprise bureaucratique des services (A Touraine, 1969).

D'usager sans possibilité d'intervention, le citoyen veut pouvoir désormais être entendu dans ses demandes, négocier la réalisation de la prestation et adresser des critiques en cas d'insatisfaction, notamment sur son prix, à l'instar d'un client vis-à-vis d'une entreprise.

La recherche d'une qualité de service dans la relation à l'utilisateur

Après 1945, l'Etat social confie la réalisation de certaines missions de service public à différents organismes privés pour la gestion de certaines prestations⁴, tandis qu'il gère directement d'autres services⁵. Le service public se fonde sur la séparation entre prestataire et usager. Il s'agit de garantir l'indépendance de l'agent et de le préserver des pressions diverses comme la corruption ou le clientélisme.

Cette indépendance est conçue comme la garantie offerte aux usagers que chaque demande sera examinée de manière équivalente. La contrepartie en est l'anonymat dans la réception de la demande et un rendu de décisions sans justification avancée.

³ L'Etat peut aussi prendre aussi des mesures à l'encontre des intérêts particuliers pour satisfaire un besoin collectif. Il en va par exemple du droit de l'expropriation

⁴ Les caisses aux allocations familiales, les caisses de retraite, les caisses d'assurance maladie.

⁵ Les administrations décentralisées, les centres d'impôts.

A partir des années 1980, un mouvement de personnalisation dans l'accueil et le suivi des usagers par les agents.

Une volonté de rapprochement et de transparence se concrétise pour l'utilisateur par le droit à l'accès des données le concernant et à une information⁶ plus exhaustive. Il devient un sujet avec lequel l'agent administratif est enjoint de nouer des relations d'échanges réputées égalitaires.

Des consignes relationnelles pour la bonne gestion de l'accueil et des plaintes de l'utilisateur se diffusent, ainsi que la pratique des questionnaires de satisfaction pour lui permettre de s'exprimer quant à son contentement par rapport au service reçu. Ce qui est nouveau, c'est la prise en compte de la réalité subjective de l'utilisateur par l'administration et son incorporation comme critère à part entière du service.

Le travail au guichet doit désormais prendre en compte de manière personnalisée la demande de l'utilisateur. Cet objectif met en tension le travail de l'agent administratif, censé répondre d'une manière personnalisée par des prestations standardisées. V. Dubois (2010) montre comment le travail de guichet s'en trouve enrichi mais aussi plus complexe car il suppose une écoute plus active de l'utilisateur, la traduction de sa situation réelle dans le format administratif adéquat, la gestion des plaintes, le souci de l'informer et de le guider dans ses démarches mais aussi le dépistage d'éventuels abus. Cet ensemble de tâches requiert des aptitudes relationnelles spécifiques. Au plan de l'organisation administrative, la séparation entre le *back office* et le *front office* signe cette spécificité des tâches de traitement de dossier et de relation de service devenue une fonction à part entière.

L'utilisation de méthodes issues de l'entreprise

Les premières réflexions portant sur la valeur et le financement des services d'utilité publique, naissent à la fin du XIX^e siècle, au moment où ils passent sous un contrôle étatique⁷.

La mise en œuvre d'un service et son entretien constituent des dépenses importantes pour un Etat. Leur activité s'effectue pour le bénéfice de la société entière, et est financée par celle-ci. Le financement de ces services est pris dans une tension entre la gratuité des services rendus à la population, par exemple l'enseignement, et le souci que l'argent collecté par l'Etat soit employé au mieux.

⁶ Droit à l'accès des fichiers informatisés par la loi du 6 janvier 1978, l'accès aux documents administratifs par la loi du 17 juillet 1978 et l'obligation de motiver les décisions administratives par la loi du 11 juillet 1979.

⁷ Une des premières analyses en ce sens, a concerné le service des armées.

La rétribution de ces services repose sur une stricte gestion des ressources nécessaires à son fonctionnement, mais aussi sur des considérations politiques et éthiques par rapport à la visée sociétale défendue. Le service de santé pose ainsi dès le début du XXe siècle des interrogations économiques portant sur le coût de remplacement du personnel conventuel par du personnel infirmier laïc. Les discussions qui ont lieu parallèlement sur la laïcisation de l'école sont biaisées par l'image que « la santé est une dépense, l'éducation un investissement » (L. Demailly, 2008). Les modes de financement de la santé publique ont connu plusieurs modalités, sans qu'aucune ne soit réellement satisfaisante au plan des économies réalisées, ni au plan de leur productivité.

A partir de 1996, la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) inaugure un vaste mouvement de maîtrise budgétaire et organisationnelle destiné à améliorer l'efficacité des services rendus aux usagers. La maîtrise des coûts motive la mise en place de dispositifs comme les « conventions d'objectifs et de gestion » destinés à améliorer le service rendu, par une démarche rationaliste et une évaluation périodique.

A l'hôpital, la maîtrise des dépenses et le souci de rentabiliser les structures de soin, est à l'origine de la réforme de la tarification à l'activité et les modes de gestion participative inspirées du New Public Management⁸. L'évolution est alors marquée par une responsabilisation des acteurs face aux résultats⁹ et par la maximisation des ressources notamment grâce à une gestion mutualisée.

Cette mutualisation peut concerner les ressources en personnel soignant comme le montre le rapport de la DREES¹⁰ paru en août 2012, mais aussi les lits d'hospitalisation¹¹ ainsi que les installations techniques coûteuses comme l'imagerie ou le bloc opératoire.

Le patient-usager doit être placé au centre des préoccupations du service et recevoir, tout comme dans les autres activités de service au public, un traitement personnalisé. Le patient-usager a désormais un rôle actif dans le processus même de production de la prestation. Cette subjectivation de l'usager (J-M Weller, 1999) se développe parallèlement à un nouveau modèle bureaucratique de prise en charge animé par un souci de productivité, qui se traduit en milieu hospitalier par des modes de gestion indépendants des critères médicaux attachés au patient : objectifs de turn-over des patients impliquant des sorties parfois précoces ou la difficulté pour d'être transférés par manque de perspectives une fois la phase de traitement terminée.

⁸ Ce mouvement né dans les années 1970 postule une identité de gestion entre les services publics et les services du secteur privé. La démarche pragmatique qu'il propose, doit améliorer la productivité de ces deux types d'administration.

⁹ Voir le rapport de l'IDRDES « Principes et enjeux de la tarification à l'activité », document de travail n°23, mars 2009.

¹⁰ document de travail n°121 « ressources humaines et tarification à l'acte »

¹¹ Rapport « la gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences » MeaH, 2008.

Ces normes d'efficacité pèsent sur l'agent de service autant que les normes de satisfaction du public. Face à elles, J-M Weller (1999) décrit des pratiques d'autoprotection développées par les agents. Par exemple la remise systématique de tout dossier pour lequel manque une pièce justificative. Il fait partie des dossiers « statistiquement traités » par l'agent, sans qu'il ait passé du temps à comprendre son contenu, accroissant ainsi sa productivité

Ces méthodes réorientent le travail infirmier selon deux axes principaux. Premièrement, la relation soignant-soigné survalorisée et nécessairement personnalisée, se voit concurrencée par la relation de service entre agent et usager du service de santé, encadrée par des normes institutionnelles. Pris entre sa mission de soin au malade et sa mission de bonne gestion des ressources, le soignant est porté à mener des arbitrages quotidiens pour négocier sa place entre ses rôles de soignant et d'agent. Deuxièmement, les objectifs du travail infirmier se complexifient jusqu'à se contredire parfois. Le souci de la sécurité et du bien-être du patient sont toujours présents. Mais que penser de l'objectif de la satisfaction de l'utilisateur par rapport aux prestations reçues durant son séjour hospitalier ?

1.2.1.2 La dimension économique des services

Le service pose également la question de **sa valeur économique** et de ce qui est exactement rétribué. Un service **peut-il être échangé de la même façon qu'un bien ?**

L'émergence de la société industrielle marque l'entrée dans la société marchande. La production de biens change alors de finalité car le producteur s'adresse d'abord au marché, non à une personne en particulier. Ce qu'il produit est le résultat d'activités de plus en plus spécialisées. Le service permet-il d'envisager la **question de la productivité** au même titre que la production de marchandises ?

Les services ont-ils une valeur économique ?

Il resterait à écrire une théorie générale des services en économie. La synthèse qui suit est issue des ouvrages de J Gadrey(1999) et J de Bandt (1985).

Dès le XVII^e siècle, le commerce est perçu comme un échange permettant la solidarité et l'équilibre social. L'école des mercantilistes est animée par la question du financement du Trésor royal et de l'imposition. S'il est possible de prélever une quote-part sur des grains ou sur le sel, il est plus difficile d'attribuer un montant fiscal sur l'activité de service comme celle d'un avocat ou d'un médecin. Seules les activités productives les intéressent particulièrement en tant qu'ils autorisent le prélèvement fiscal¹². Ils voient dans le commerce une activité socialement utile, qui produit une accumulation de monnaie et qui contribue à la richesse du royaume.

A partir des Lumières, le souci de produire du lien social conduit à considérer que toutes les activités productives sont suivies d'échanges de services pour le bien de la société dans son ensemble.

« Si le pasteur ne donne pas assez de blé à celui qui produit ses vêtements, non seulement il le fait mourir de faim, mais il risque de périr lui-même de froid en détruisant celui qui lui permet de combler ce besoin en vêtement ».

Cet exemple donné par de Boisguilbert (1646-1714) exprime que la production de biens et la réalisation de services relèvent de la même logique : ce qui n'est pas consommé ou utilisé, n'est pas produit. Cela freine le cycle de la production de richesses dans son ensemble, ce qui est préjudiciable à la société dans son ensemble. Il insiste également sur une juste rémunération dans l'échange, sans quoi la chaîne de production risque de s'atrophier.

D'autres auteurs comme J-B Say (1767-1832) vont ensuite considérer que certaines activités parmi les services sont productrices de richesses en raison de leur valeur d'usage. Celle-ci concrétise leur production et justifie leur rétribution. « L'industrie d'un médecin (...) correspond à un besoin tellement nécessaire de la société (...) qu'il est impossible de considérer que ces travaux ne soient pas réels »¹³.

Les théoriciens de l'accumulation de richesses, tel Adam Smith (1723-1790), distinguent entre le travail productif du manufacturier ou de l'agriculteur, et le travail improductif d'un domestique ou d'un médecin, qui ne permet aucune accumulation de richesses. A. Smith considère que le talent et les aptitudes individuelles sont utiles et ajoutent parfois de la valeur à la chose produite, mais seule l'accumulation de capital permet de dégager un profit. Il sépare alors nettement les sphères marchande et non marchande des activités humaines.

Cette distinction fondamentale le conduit à considérer de la même manière le service de l'Etat (armée, magistrature), la médecine, les gens d'Eglise et certains artistes comme les chanteurs, les

¹² Mis à part le commerce, ils visent des activités comme celles des avocats, des médecins et des spectacles.

¹³ in « Traité d'économie politique » publié en 1803.

danseurs et les musiciens. La caractéristique de leur travail est d'être consommé dès qu'il est produit, « ils ne se réalisent sur aucun objet qu'on puisse vendre ensuite (...) et ne laissent aucune trace permettant d'en procurer une même quantité »¹⁴. Leur production ne permet pas de se fixer dans un objet, ni d'être stocké et par conséquent, il est impossible de le revendre avec profit. Or, c'est la durabilité de la marchandise qui en fait sa supériorité du point de vue de l'enrichissement. Seul le commerce occupe une place à part chez Smith. Il le considère comme productif car même s'il ne fabrique rien, il se sert de l'accumulation des biens produits par d'autres, et en accroît le profit. Certaines activités bien que non rentables, sont néanmoins indispensables à la société : justice, armée. Elles ne peuvent relever du marché et doivent être organisées par l'Etat.

J-B Say (1767-1832) critique cependant la conception radicale de Smith en affirmant que les services produisent bien quelque chose, mais que ce résultat est immatériel. Il reprend l'idée que de nombreux services correspondent à des besoins indispensables à la société comme la magistrature ou la médecine, mais pour lui, ils relèvent du cycle de production des richesses même s'ils ne relèvent que d'une consommation finale et qu'ils n'ont pas de valeur d'échange. Les autres formes de soin ne sont cependant pas considérées comme productives. Elles ne sont pas individualisées en tant qu'activité particulière. Soit elles entrent dans le champ d'une activité domestique, soit elles relèvent des œuvres chrétiennes charitables.

A partir du XIXe siècle, la valeur apportée par l'action du producteur lui-même ainsi que la valeur accordée à la finalité de ce qui est produit vont être considérées de plus près.

JS Mill (1806–1873) reprend l'idée que le service est une activité productive mais il en distingue la valeur en fonction de l'« utilité » de ce service pour le plus grand nombre, déplaçant ainsi la réflexion du champ purement économique vers la théorie morale. La richesse passe toujours par l'accumulation de biens, mais d'autres formes d'activité peuvent contribuer à l'augmenter. Il examine alors les services du point de vue de leur résultat « indirectement productif » selon qu'ils permettent ou pas d'augmenter la puissance de travail ou la consommation finale des individus. C'est le cas de l'enseignement par exemple, ou de la gestion des biens. Les *utilités* ne produisent pas de richesse mais « ils augmentent ou tendent à augmenter la richesse matérielle¹⁵ » de l'individu qui en bénéficie.

A la même époque, l'économiste anglais H. Storch (1766-1825) développe l'idée que le produit du service ne peut consister que dans le travail lui-même. En effet, le résultat du service qu'il s'applique à une personne ou à un bien, ne peut pas être garanti. Sa valeur ne peut donc résider

¹⁴ In « La richesse des nations » publié en 1776.

¹⁵ In Principes d'économie politique, publié en 1848.

que dans ce qui est acheté, c'est-à-dire la prestation. Il est un des premiers économistes à clairement différencier la prestation et le résultat du service.

Karl Marx continuera dans cette voie, sans toutefois élaborer une théorie générale des services. Il s'intéresse avant tout au lien entre système politique et conditions de production de marchandises. Il procède à plusieurs distinctions : les services personnels délivrés individuellement ou collectivement comme l'enseignement, les activités artistiques de chant, la médecine, la prêtrise ou encore le personnel domestique ou entre les activités en lien avec les marchandises ou avec l'argent, comme les transports, les activités de réparation, la comptabilité, les activités bancaires. Ces activités ne sont pas en elles-mêmes productrices de richesse, mais en sont des « *faux frais* », un travail qui permet « *la conversion des marchandises en argent et de l'argent en marchandises* » (K. Marx, 1867) sans créer par eux-mêmes de la valeur. Cependant, il remarque que les salariés qui travaillent dans ces domaines d'activités perçoivent un salaire généralement plus élevé que celui des travailleurs qui produisent des marchandises et que leur productivité ne dépend pas de la mécanisation, mais est obtenue par une plus grande division des tâches. Enfin, il observe que les travailleurs produisant des services n'ont pas la maîtrise de leur procès de travail, à l'instar des ouvriers d'une usine. En comparant ainsi ce type d'activité non productive avec celle d'un ouvrier, Marx conclut que la matérialité du produit ne doit pas être la seule condition pour considérer qu'un travail est productif. Tout comme le travail réalisé par l'ouvrier, l'exécution d'un service par le salarié constitue le cœur de son salaire. Et sa force de travail se traduit par exemple, par le volume de vente des marchandises détenues par l'employeur¹⁶. Le travail du service devrait donc être considéré comme un coût de production pour l'employeur, dont il va rechercher la réduction pour accroître son profit.

Marx place la justification de la rémunération du service dans la prestation elle-même. Le résultat produit n'est pas certain, ni transférable d'un lieu à l'autre. Par exemple l'activité de réparation d'un objet est productrice de valeur car elle ajoute ou restaure l'utilité de l'objet. Cependant, la réussite de l'opération n'est pas certaine. Dès lors, la seule justification de rémunération ne peut résulter que du travail accompli en vue de cette réparation. Des gains de productivité peuvent être obtenus soit en séparant la nature des objets à réparer, c'est-à-dire par spécialisation, soit en séparant bien les opérations réalisées, comme dans l'activité ouvrière.

¹⁶ A cette époque, ce salarié pouvait être un vendeur. De nos jours, le responsable marketing ou chargé des relation clients, relèveraient de la même considération.

En ce qui concerne les services personnels, la situation est différente. Leur résultat est *utile* mais reste là-aussi aléatoire. D'autre part, leur point d'application se trouve hors commerce puisqu'il s'agit de l'individu même qui en est le bénéficiaire.

Cette considération empêche le travail du prestataire de créer une plus value car la « matière première » ne lui appartient pas. Enfin, cette propriété du bénéficiaire justifie qu'il puisse participer à la production du service. Il est possible d'en déduire, comme le fait J Gadrey (1987), que le produit marchand du service est la mise en œuvre de la capacité de travail du prestataire ou plus précisément, la prestation elle-même.

L'origine de la valeur du service n'est donc pas fixée. Suivant ce qui est considéré comme sa source, le service est tantôt une *praxis* si sa valeur réside dans le travail lui-même, tantôt une *poïesis* si sa valeur réside dans l'utilité qu'il apporte à autrui. Autrement dit, valoriser l'acte de soin infirmier, ne le rapproche-t-il pas d'une *praxis* permettant de fonder une autonomie de ce soignant ? Mais cette seule considération ne comporte-t-elle pas le risque d'oublier que c'est le destinataire du soin qui lui donne son sens ? L'acte de soin comme *poïesis* trouve sa justification éthique dans son accomplissement pour le bénéfice d'autrui, mais constitue en cela, le lieu d'un assujettissement.

Les problèmes contemporains posés par l'essor des services

La période après-guerre, et plus encore à partir des années 1970, connaît une forte expansion ainsi qu'une diversification des services. La question qui se pose n'est plus tant de déterminer ce qui est produit par le service mais *qui* produit du service ?

La classification des services pose un premier problème qui ne peut être évacué en assimilant services et secteur tertiaire de l'économie¹⁷. Plusieurs critères de classements sont utilisés. Ainsi, on peut considérer la nature physique ou non du résultat. Les activités qui portent sur un bien comme la réparation, le transport ou la surveillance d'un bien, en font partie. On parle aussi de « services de faire » par opposition aux « services de conseil »¹⁸. On peut aussi retenir le classement en fonction du destinataire : les personnes, les entreprises. Enfin, le critère de la fonction est un des plus courants : service relatif à la production (comme l'activité de

¹⁷ Par défaut, les services recouvreraient les secteurs de l'économie qui ne sont ni le primaire ni le secondaire.

¹⁸ Bonamy et Arcet : « services consommés par le secteur productive, commissariat général au Plan », 1983.

gestion des ressources), de circulation (comme le transport), de consommation (loisirs, santé, bien-être), dans le champ du commerce ou hors commerce.

Un autre élément de complexité réside dans l'intrication des activités de services dans les autres secteurs économiques : par exemple le département marketing d'une entreprise industrielle, les transports rendus nécessaires pour acheminer les matières nécessaires à la production de biens. De manière plus fondamentale, on peut voir dans tout travail humain une activité de transformation, qui est la définition même du service. F. Bastiat (1851) assimile ainsi l'échange capitaliste avec le rapport de service car chacun travaille pour autrui et trouve la satisfaction de ses besoins dans le travail d'un autre.

L'autre évolution contemporaine des services est en lien avec la diffusion du savoir. Des auteurs comme Gershuny (1978, 1983) analysent l'évolution sociale comme une économie du *self service*. Il développe l'idée que les individus ont différents moyens de satisfaire un même besoin. Ils peuvent soit recourir à un service, soit consommer des biens industriels équivalents. La satisfaction du besoin est produite soit par le travail de quelqu'un d'autre, soit par l'individu lui-même en combinant un travail domestique avec un équipement spécifique. (Gadrey, 1987,p132). Par exemple l'achat d'un lave-linge pour remplacer un service de blanchisserie, l'achat de logiciels interactifs d'apprentissage pour remplacer des services d'enseignement, l'acquisition d'un système de Home cinéma à la place des services dispensés par des salles de cinéma. L'intrication du self service avec la production traditionnelle existe également. Dans de nombreuses situations, le destinataire est invité à réaliser lui-même une partie de l'activité. Par exemple les caisses automatisées de supermarchés, ou encore les salons de coiffures proposant au client de réaliser une partie de la prestation, ne payant que la mise à disposition du matériel (M-A. Dujarier, 2008).

Dans le domaine de la santé, de nombreux appareils de mesure et des dispositifs d'auto-surveillance¹⁹ sont produits pour leur usage par le grand public. Des appareils plus sophistiqués comme les pompes programmables à insuline ou à diffusion de médicaments, font l'objet d'un apprentissage pour permettre au malade d'assurer son propre suivi. Leur déclenchement, voire reprogrammation à distance permet de limiter les interventions physiques des professionnels de santé. La question se pose de savoir si le recours à ces objets relève de l'éducation à la santé ou d'une autoproduction d'un service de prévention sanitaire.

¹⁹ Appareils de mesure tensionnelle, bracelets comptant les calories ingérées et dépensées pour prévenir le surpoids, applications sur appareils mobiles renseignant sur l'exposition solaire adéquate ou dangereuse, sur la qualité de l'air.

Dans le premier cas, l'objectif est de permettre au patient de se garder en santé en lui transférant un savoir sur la maladie et son traitement adaptés à ses conditions de vie. Dans le second cas, le statut du patient devenant « auto-soignant » (C. Herzlich, 1984) est plus ambigu vis-à-vis du système de santé.

La question de la productivité des services

Comment apprécier le produit d'un service ? Comment déterminer qu'un service est plus efficace ? L'introduction de méthodes de management dans des services publics impose de travailler suivant des objectifs mesurables quant à leur résultat ou « output » (Hill, 1977).

Nous avons posé que le service se présente comme un échange, réciproque ou non, qui permet de modifier la situation du bénéficiaire.

Suivant la définition désormais classique de TP Hill (1977), il y a service lorsque « *Un agent possédant un bien ou responsable de sa personne, a recours à un autre agent pour que ce dernier effectue une transformation matérielle ou sociale de ce bien, ou encore interagisse avec sa propre personne, pour réaliser une opération souhaitée par lui* ».

Cette définition a été retouchée par J Gadrey (1987) pour décrire le service comme « *une opération de transformation d'état ou de traitement portant sur un support C détenu, utilisé ou contrôlé par un agent économique A, effectuée par un autre agent B (le prestataire) pour le compte de A, mais n'aboutissant pas à la production par B d'une nouvelle marchandise susceptible de circuler indépendamment de C* ».

La difficulté que pose la productivité est double. Il est nécessaire de préciser quel est le résultat à prendre en compte et ensuite de pouvoir le quantifier ou attribuer un équivalent chiffré. Par exemple : Comment évaluer une activité d'aide à la toilette ? Faut-il prendre en compte le temps passé avec le patient, les échanges qui ont eu lieu pour favoriser un retour à l'indépendance du patient, ou bien encore le mieux être qui en résulte pour ce patient ?

Le premier paramètre aboutirait à une productivité nulle puisqu'on divise le travail fourni par lui-même. Le troisième paramètre, outre la difficulté de mesure, si ce n'est par une échelle, pose le problème de la coproduction du bénéficiaire. Cela revient à mesurer aussi sa participation. Le second paramètre est difficile à modéliser.

En général, cette difficulté de choisir l'*output* pertinent est contournée en prenant en compte l'ensemble des « facteurs de production » d'un côté, et un ensemble de résultats de l'autre. Dans le domaine de la santé, le nombre d'actes réalisés par unité de temps forme le produit immédiat. Des mesures qualité autres, comme des échelles qualitatives, sont utilisées.

Une première difficulté est que cette opération, calquée sur un raisonnement de type industriel, dénature la prestation de service. Ainsi, le nombre de consultations produites en une matinée, ne donne pas d'indication sur l'amélioration de l'état de santé des patients. Le nombre de dossiers traités par un agent administratif ne renseigne pas sur le service rendu aux administrés. Cela ne renseigne pas même sur la rapidité de traitement de leurs dossiers.

J-M. Weller (1999) et V. Dubois (1999) ont montré que sous ces pressions à la rentabilité peuvent se développer des pratiques d'autoprotecteurs comme celle de placer les dossiers où une pièce est manquante, dans la catégorie « traité » mais sans prendre connaissance du reste. La productivité est améliorée artificiellement car certains dossiers seront réexaminés plusieurs fois

La fixation d'un critère de performance reflète un indice socialement construit (Faridah Djellal et Faïz Gallouj, 2009). Il ne vaut que par l'interprétation qui lui est donnée lors d'une évaluation globale du service.

Ce processus est confondu et utilisé par les établissements à la recherche de réduction des coûts. Nous verrons que cette confusion qui entraîne une fausse image des processus qualité, est à l'origine de réticences voire de désengagements soignants car il pose un problème moral du sens donné au travail (V. de Gaulejac, 2006).

Par exemple : si une école voit les notes moyennes des élèves augmenter, il est difficile de mesurer la part d'implication jouée par les parents, par les enseignants ou encore la qualité du service de bibliothèque. Décider d'augmenter ou de réduire la part d'heures d'enseignement ou les horaires d'ouverture de la bibliothèque sur cette base, ne garantit aucun changement de résultat. Des raisonnements similaires sont appliqués.

Il en résulte une association systématique de performance et de réduction des coûts alors que ce sont deux mesures distinctes.

1.2.2 Le *sens du service* est-il la traduction contemporaine de la vocation ?

Le mot « vocation » dès qu'il est prononcé, déclenche des réactions variées auprès des soignants. Certains soignants reconnaissent dans ce terme une visée pour leur propre pratique [A6, A7, A8, B16, D24, E27, E28, E30]. D'autres, peu nombreux cependant, le rejettent expressément [A4]. Les positions qui sont recueillies auprès des infirmiers montrent plus de nuances que les positions prises dans la littérature professionnelle traitant notamment du « malaise infirmier » (Ouvry, Saliba, 1993). Le rejet de ce mot servirait alors une visée plus militante de la profession.

Mais tous les infirmiers parlent bien de la même chose lorsqu'ils emploient le mot vocation ? Pour de nombreux infirmiers, ce terme trop religieusement connoté est à bannir car il renvoie à un style de vie dominé par le renoncement à soi, incompatible avec l'aspiration à l'autonomie et à la reconnaissance professionnelle. Pour d'autres, le mot évoque un idéal soignant que l'on s'efforce d'approcher. Il donne une orientation à sa pratique, révélant une autre aspiration contemporaine tout aussi forte : celle de l'accomplissement de soi à travers un travail qui donne un sens à sa propre vie.

Notre hypothèse est que ces discours reprennent différentes significations que la vocation peut donner du rapport entre l'homme, son travail, et le sens de sa propre existence (1.2.2.1).

La place accordée désormais à la relation de service permet-elle de la considérer comme une forme rationalisée de la vocation ? (1.2.2.2).

1.2.2.1 La vocation et ses mutations

Le terme de vocation appelle aussi des images et des commentaires, qui montrent que sa signification est différente selon les soignantes. Par exemple la mise à distance d'un passé révolu « On ne le dit plus, parce que les infirmières ne sont plus des religieuses » [terrain D], ou une certaine nostalgie, voire un conflit de génération « je ne sais pas si ça existe encore mais moi je vis mon métier comme une vocation » [A7], « ça n'existe plus parce que les jeunes diplômées n'ont plus le feu sacré comme nous » [terrain D] ou encore « la vocation, c'est savoir qu'on veut être infirmière depuis l'âge de 4 ou 5 ans, et s'y tenir » [A4] « je voulais faire ça depuis toute petite » [A8]. N'y-a-t-il pas dans ces réponses, des registres différents? Nous allons reprendre à grands traits le **sens religieux**, le **sens professionnel** et enfin le **sens contemporain et désacralisé**.

La vocation religieuse

Qu'elle soit *Vocatio* en latin, *Klesios* en grec, la vocation est pour le chrétien, l'appel de Dieu qui lui enjoint de Le suivre.

La *forme de vie* (G. Agamben, 2011) monastique est celle d'une vie consacrée à servir Dieu. Elle constitue la réponse la plus absolue à cet appel. Elle suppose de se retirer du monde et de vivre conformément à une Règle²⁰ inspirée des écrits bibliques. La Règle monastique organise tout d'abord la communauté en distinguant ses différentes fonctions : l'autorité, l'intendance ou encore l'économat.

Puis elle décrit minutieusement la succession des occupations des moines dans la journée et suivant le temps liturgique. Chaque temps est ainsi dédié à la contemplation et à la prière, au travail, au repos, à l'alimentation spirituelle par la lecture de la Bible et des Pères de l'Eglise ou l'alimentation matérielle par la prise de nourriture.

On peut voir dans cette vie réglée une opposition entre le temps du travail et le temps contemplatif. Le premier rappelle la nécessité où se trouve l'Homme de travailler, depuis la Chute qui le condamne à travailler²¹. Les temps contemplatifs quant à eux, constitueraient le seul véritable accomplissement de la vocation religieuse (H. Arendt, 1958).

A cette vision segmentée, s'oppose une vision intégrative de la vie monastique. La Règle constitue pour les moines un moyen de réaliser un idéal de vie. Vivre *selon la Règle* ne signifie pas en suivre la lettre comme on suit un emploi du temps.

Cela signifie s'en affranchir progressivement afin de faire coïncider la forme de vie imaginée et la forme qui s'exprime dans la Règle. La vocation insuffle le sens qui vient différencier la vie *selon la Règle* du simple respect d'un emploi du temps. La Règle s'impose librement à chaque moine au sens où celui qui s'engage dans ce style de vie, fait « vœu » ou « promesse » de la respecter.

²⁰ La plus célèbre est celle de St Benoît, écrite vers 529 et qui se diffuse ensuite largement. Elle s'imposera comme modèle à tous les ordres monastiques jusqu'au XIII^e siècle. La Règle écrite par St Augustin en 397 aura eu une grande influence sur les communautés monastiques en Italie et en Afrique du nord.

²¹ « Tu gagneras ton pain à la sueur de ton front » (Gen 3 :19)

Tant qu'elle est considérée comme une norme extérieure à soi, la Règle est pour ainsi dire un règlement, un exercice quotidien contraignant²². La vocation vient donner un sens en rappelant que l'appel reçu doit guider l'homme vers un mode de vie exemplaire²³ qui se confond avec la forme qu'elle prend. Il y trouve une liberté lorsqu'il devient lui-même cette Règle. L'extériorisation la plus évidente de ce lien entre l'homme et l'accomplissement de sa vocation est le vêtement du moine, qui implique une certaine manière de se comporter. *Porter l'habit* n'est pas réductible au besoin de se vêtir. Et un comportement non vertueux peut «deshonorer l'Habit» (Michèle Olivier, 2000). Accomplir sa vocation signifie pour le moine se définir lui-même par sa *forme de vie*, jusqu'à se fondre avec La Règle, La devenir lui-même. G. Agamben (2011, p158) compare ainsi le prêtre et le moine. Le prêtre qui transgresse ses vœux, ne perd pas sa condition de prêtre, car c'est une fonction qui lui a été donnée par la hiérarchie ecclésiastique. De même que ses actes ne perdent pas leur efficacité performative. Mais un moine qui s'écarte de la Règle, n'est tout simplement plus un moine. Il s'identifie en tant que moine dans son identification à la Règle.

La vocation réalise le perfectionnement du croyant dans sa compréhension et dans l'accomplissement de la volonté de Dieu. Le résultat visé est une fusion entre l'action, si humble soit-elle, et la profession de foi dont elle témoigne²⁴. « Le vœu chrétien (...) n'a d'autre contenu que la production d'un *habitus* dans la volonté dont le résultat sera une forme de vie commune ». (G. Agamben, 2011 p 82).

La création du personnage de l'infirmière conserve des similitudes avec ce que l'on vient de décrire. Les premiers manuels de soins infirmiers, et en particulier les enseignements de morale infirmière²⁵, reprennent ces différents éléments.

Par exemple, Léonie Chaptal (1926) détaille comment il convient que l'infirmière se comporte. Pour elle²⁶, la véritable infirmière se repère par son attitude, « avant même qu'elle ait fait quoi que ce soit ». Sa mise, sa manière de se tenir, de s'exprimer, tout, jusqu'au moindre de ses gestes, doit refléter sa profession.

²² La Règle monastique inspirera également des systèmes disciplinaires qui naissent au moment de la Révolution Industrielle. L'efficacité de la vie réglée, sur les conduites des prisonniers, des enfants, mais aussi dans les casernes mais aussi des usines, décrits par M. Foucault en 1975.

²³ La Règle est toujours inspirée par la vie du Christ. Il est toujours le modèle dont il faut s'approcher, l'exemple qu'il faut suivre.

²⁴ L'éthique chrétienne place l'accent sur l'intention plus que sur le résultat de l'action. Une bonne action peut se trouver dénaturée par une intention non conforme.

²⁵ L'enseignement moral occupera une place primordiale dans la formation des futures infirmières jusqu'aux années 1960.

²⁶ C'est également ce qu'écrit F Nightingale en Angleterre dans ses *Notes on nursing*, à la même époque.

Son « Manuel de morale infirmière » décrit également comment elle doit occuper son temps libre, le type de lectures qu'elle doit privilégier, le travail méditatif auquel elle doit se livrer après ses heures de travail pour s'améliorer. Elle rappelle aussi l'importance des temps de repas, de repos, des échanges avec ses consœurs.

A cette période les infirmières non mariées ont l'obligation de vivre dans l'hôpital, où leur vie en grande partie réglementée par l'institution, se rapproche d'une vie conventuelle, alors même qu'elles n'ont pas prêté de vœux. La vocation soignante de cette « sainte laïque » se trouve confondue avec la vocation religieuse pour des raisons pratiques (voir notre partie 1.1.1.2). Cette signification de la vocation qui unit l'être et son travail est celle d'une vie offerte, *assujettie librement*²⁷ à un bien supérieur²⁸. Le souci pour le travail réel qu'elles effectuent, ne prend sens que s'il est effectué en ayant pleinement conscience de « la grandeur de sa profession », des « responsabilités écrasantes qu'elle confère » et de « l'obéissance absolue au médecin ».

Cette vision holiste de la vocation de l'homme, qui oriente l'existence vers un seul objet comme idéal de vie, n'en est pas la seule conception. La vocation ici ancrée dans *l'être* peut donner la priorité au *faire*.

La vocation professionnelle

La Réforme protestante avait introduit une nouvelle conception de la vocation de l'Homme. Il ne doit pas se contenter d'être appelé par Dieu, position trop passive. Il doit aller à sa rencontre et pour cela, étudier la manière dont Il se révèle à lui. Les deux voies privilégiées sont la lecture de la Bible et la compréhension de son œuvre qui est sa Création.

La pensée de Jean Calvin (1509-1564) en particulier, enjoint au chrétien de prendre une part active au monde profane (« Institution de la religion chrétienne », L1, chap 14 à 16). C'est par la création du monde que Dieu s'adresse à lui et se révèle. La contemplation ne saurait suffire à le comprendre. Dans cette Création, Dieu a placé toute chose pour le bienfait et pour les besoins de l'Homme. Il doit par conséquent participer à sa Gloire par les œuvres qu'il aura réalisées en ce monde.

²⁷ L'industrialisation et les mouvements de population vers les villes s'accompagnent d'une paupérisation. Les femmes en particulier, ont peu de liberté quant au choix d'un métier.

²⁸ Les figures du Malade et du Médecin se substituent à celle de Dieu, qui n'est bien sûr jamais cité dans ces manuels de morale pour l'infirmière.

La parabole des talents²⁹ constitue une référence centrale à cette éthique individuelle. Elle signifie que chaque homme a l'obligation de faire fructifier ce qui lui a été donné par Dieu. Comme dans la parabole, Dieu viendra lui demander des comptes sur ce qu'il en a fait et récompensera celui qui a enrichi le monde par son travail et punira celui qui se contente de le mettre de côté.

Le travail en tant que participation à la Création est valorisé et lié à la vocation à laquelle Dieu le destine. La vie monastique et le caractère sacré attaché à la pauvreté sont incompatibles avec l'idéal de vie protestant. La vie contemplative est inutile et oisive. La pauvreté et surtout la mendicité sont d'abord un signe de paresse et de refus du travail, comme celui qui enterre son talent et vit du travail des autres. Leur improductivité contrevient à la Loi de Dieu³⁰ et compromet son propre salut.

Martin Luther (1483-1546) adopte une conception qui s'approche de celle de Calvin, mais il insiste sur d'autres aspects comme le lien entre type de travail et vocation. Dieu ne laisse pas le hasard déterminer quelle tâche l'homme doit accomplir. Il décide ou plutôt il appelle chacun à réaliser un travail particulier. S'en acquitter le mieux possible, c'est répondre à son appel ou *Beruf*, dans l'espoir d'obtenir son Salut. Mais aucun accomplissement dans le monde ne saurait justifier l'homme, seule la foi qu'il place dans toute réalisation le peut. L'aspect concret de la *Beruf* qui deviendra profession, doit être accomplie dans la conscience qu'il s'agit d'une mission confiée par Dieu.

Pour Calvin aussi bien que pour Luther, la Règle monastique n'est qu'une vision spéculative de la volonté divine et seule la lecture de la Bible peut guider le chrétien dans ses œuvres. L'esprit de sacrifice si important dans la pensée catholique, perd tout intérêt. Plus encore, il devient selon l'éthique protestante (Weber, 1904) une tentative de se justifier soi-même, ce qui n'est pas possible. Dieu seul décide des actes méritants et de qui il sauve. A l'instar de Job, le croyant ne peut jamais s'estimer quitte envers Dieu, ni se reposer sur l'œuvre réalisée, ou le degré de souffrance qu'il en a éprouvé.

²⁹ Mathieu 25, 14-30.

³⁰ « Si quelqu'un ne veut pas travailler, qu'il ne mange pas non plus » (2 Thes. 3 : 9-10).

« C'est à la sueur de ton visage que tu mangeras du pain, jusqu'à ce que tu retournes dans la terre, d'où tu as été pris » (Gen 3, 19)

De cette incertitude fondamentale, l'éthique protestante tire que seul compte un effort constant placé dans le travail et dans l'utilisation rationnelle des ressources octroyées par Dieu en vue de l'amélioration de sa propre condition, celle de sa famille et de sa communauté (F. Weil, 2011).

La première mission du chrétien est de discerner à quelle forme de vie Dieu le destine, quelle est sa *Beruf* - qui devient *Calling* dans le monde anglo-saxon. La seule satisfaction qu'il est autorisé à retirer de son travail est le sentiment d'agir en accord avec sa prédestination, c'est-à-dire de mener une vie conforme à l'appel reçu. La vocation professionnelle décrite par M. Weber (1904) se situe dans le fil de cette analyse. Dans son essai sur la vocation professionnelle, M. Miegge (1989) décrit comment la doctrine calviniste va imprégner les écrits des puritains anglais des XVIe et XVIIe siècles³¹, et relie étroitement l'exercice d'une profession avec la réalisation de la vocation de l'homme ici-bas. Le service de Dieu n'est plus en contradiction avec les œuvres profanes, bien au contraire.

En France, la laïcisation est d'abord un mouvement politique. La séparation entre les pouvoirs de l'Eglise et ceux de l'Etat ne fait pas pour autant perdre son caractère sacré à la vocation du soignant. Elle trouve sa place dans un métier auquel il s'identifie pleinement et dans lequel il reconnaît la place que Dieu lui attribue, en dehors de tout prosélytisme. Mais peut-on encore parler de vocation dans un monde sans Dieu ?

La vocation dans un monde désacralisé

La désacralisation de la société ne permet plus de justifier le choix de vie du soignant par la perspective d'obéir à une force divine, ni par celle de suivre une vie exemplaire. Mais cette disparation n'évacue pas la question de décider quoi faire de sa vie, bien au contraire. L'homme sans Dieu est sommé de déterminer par lui-même quelle vie lui conviendrait, de sonder ses aptitudes, de multiplier les expériences pour se connaître et trouver ce pour quoi il est fait.

³¹ Ces auteurs, pasteurs pour la plupart, auront une influence majeure sur la culture anglo-saxonne, américaine en particulier.

Le « Deviens ce que tu es », cette vulgate nietzschéenne est un appel à une auto-transcendance. C'est la vie elle-même qui invite l'homme à se dépasser, à surmonter ce qu'il croit à tort être indépassable.

« Que faire de soi et comment vivre ? (...) Ma vocation me dira quoi faire de ma vie » (J. Schlanger, 2010). En l'absence d'un Dieu qui attribue un rôle particulier à chacun, le désir de se réaliser n'en garde pas moins une dimension spirituelle. Ce qui différencie cette vocation est sans doute que la réponse à la question qu'on vient de poser, n'est plus à chercher en dehors de soi. « La vocation moderne lie l'éthique à l'économique en associant le sentiment du bonheur à la réalisation active de soi à travers une activité productive » (Schlanger 2010, p21).

Le travail n'est ni un labeur imposé comme une malédiction divine, ni un appel qu'on ne peut ni choisir ni refuser. Il serait un choix délibéré du sujet, qu'il effectue après l'examen de ses aptitudes, de ses dispositions et de ses désirs.

Les infirmiers se réfèrent souvent à un évènement marquant à la suite duquel ils se déterminent pour l'apprentissage de cette profession (M. Wenner, 2000). Cet évènement affecte souvent un proche : accident, maladie, décès brutal ou après un accompagnement. Cet évènement est raconté comme une révélation. « J'ai su qu'il fallait que j'aide les gens » (A6) « j'ai vu des infirmières s'occuper de mon grand père et je me suis dit que c'est ça que je voulais faire » (A8). Une dizaine d'infirmiers interrogés relie spontanément leur choix professionnel à une expérience de vie marquante, et plusieurs font le récit d'un évènement si marquant qu'il leur a imposé ce choix comme une évidence.

Un récit de vie comporte le plus souvent une part de reconstruction. Le sujet qui se raconte, cherche aussi sa propre cohérence à travers son récit. Qu'ils soient reconstruits ou pas, ces récits reprennent cependant des éléments classiques de la vocation : immédiateté de l'épisode, enchaînement naturel des évènements qui ont ensuite mené à cet exercice, certitude quant à l'orientation à poursuivre. Sous cet aspect, la vocation moderne peut être utilisée dans une visée unificatrice³².

Cette vocation moderne porte le sceau du professionnalisme³³, qui devient aussi un moyen de reconnaissance. L'accomplissement d'une vocation permet à l'individu de se reconnaître dans ce qu'il fait. L'action concrète dans le monde doit devenir la marque de sa

³² Nous posons à titre d'hypothèse que ce type de récit peut servir de contre-modèle unificateur, face à de multiples normes pesant sur une existence clivée entre vie privée et vie professionnelle, celle de parent et d'époux, l'épanouissement personnel dans une activité de loisir ou encore un engagement associatif.

³³ Par opposition à l'amateurisme.

personnalité, de son énergie investie dans une réalité économique, sociale ou naturelle³⁴. Cette reconnaissance de soi, l'individu l'attend aussi d'autrui. La perspective chrétienne valorise l'action bonne et socialement invisible, que seul Dieu peut reconnaître. La vocation moderne cherche au contraire à se rendre visible, à se voir justifiée dans et par le regard des autres hommes. « Derrière une vocation, une démarche de distinction peut-être en œuvre » (Chevandier, 2013).

Cette expression doit aussi avoir pour horizon l'exercice d'un métier *salutaire à autrui* (Chevandier, 2013). C'est ce qui va lui donner sens : améliorer ses conditions de vie, assurer sa sécurité, son bien-être, l'aider à se développer, à faire éclore ses potentialités. Toutes ces expressions font partie d'une rhétorique contemporaine de la vocation dans laquelle la relation interpersonnelle est devenue centrale.

Le système capitaliste instaure se développe et instaure des rapports sociaux complexes. La marchandise, élément central de ce modèle, a pour conséquence trois types de séparations : entre le travailleur et les moyens de production, entre les structures de production et les structures de consommation, et enfin entre la distribution des produits et la circulation de l'argent.

Les services restent jusque là en marge de l'économie³⁵. Ils connaissent un essor sans précédent après la seconde guerre mondiale et leur importance monétaire ne peut plus être ignorée dans l'analyse des richesses produites dans le pays. Mais comment définir la valeur d'une production qui ne peut être fixée dans un bien, ni s'accumuler, et dont on ne peut préciser ce qui en constitue véritablement la richesse ?

³⁴ La pensée de Charles Fourier exprime bien cette idée de continuum entre aspiration individuelle et harmonie universelle. Voir sa « Théorie de l'unité universelle » publiée en 1822-1823.

³⁵ Ils relevaient de la sphère privée (domesticité, enseignement privé) ou d'un système de don (accueil et soins hospitaliers, enseignement public), lui-même marqué par les rapports personnels entre serviteur et maître.

1.2.2.2 La relation de service et la vocation d'aide apportée à autrui

Tout rapport de service ne relève-t-il pas d'une forme d'aide ? Les motivations (altruisme, argent, autorité, rétribution symbolique), la forme du service (la personne elle-même, un objet, une organisation, un échange d'informations), le recours à un savoir spécialisé ou à des compétences plus communes, et son objectif (la satisfaction, obtenir un droit, un avantage, retrouver la santé, restaurer la fonctionnalité d'une chose), sont des modalités extrêmement variables, des multiples façons d'aider quelqu'un à résoudre un problème ou de lui apporter un soutien. La forme que prend cette interaction est très variable dans sa mise en œuvre (directe ou à distance, par téléphone, par informatique), sa durée (exécution ponctuelle, relation dans la durée), et dans la nature de son initiateur (le prestataire, le destinataire).

Deux questions sont décisives pour les professions de service. La première est de déterminer dans quelle mesure une **relation de service est séparable du service lui-même ?** jusqu'à devenir une seconde prestation. La seconde question concerne la **relation de service comme modèle d'interaction** quel que soit le domaine d'activité.

Prestation de service et relation de service

La relation de service reçoit plusieurs définitions. « Un processus économique et social qui produit une adéquation entre la production des biens ou services à des besoins spécifiques » (Gadrey in Reboud, 1997). Elle est aussi « la somme des interactions qui se déroulent à propos de la prestation de service, entre les agents prestataires et les agents utilisateurs » (de Bandt, 1994). La relation de service devient centrale dans le processus de production de création de valeurs parce qu'elle se trouve au cœur des modifications que connaissent les rapports de travail et les rapports de production. (Reboud, 1997, p.319).

La production de biens, qui prévalait jusque là, était de type fordiste. Sa source d'enrichissement reposait sur les gains de productivité et sur la consommation de masse standardisée. La satisfaction des besoins étant assurée, la préoccupation des consommateurs se déplace vers la qualité des produits et des services utilisés. Un des aspects les plus importants est la personnalisation de la consommation : à la carte, sur mesure, options laissées à l'acheteur. Le produit se base sur un référentiel préétabli mais il est susceptible de modifications à la demande de l'acheteur.

La définition la plus générale de la relation de service est : « interaction entre un fournisseur de service - prestataire, concepteur, fournisseur - et un bénéficiaire - client, usager, consommateur. Le fournisseur dispense un service qui requiert une compétence dont l'utilisateur est dépourvu. Les interactions requièrent une communication verbale et non verbale, en face à face et avec des moyens technologiques qui impliquent une distanciation. Le tout se déroule dans un contexte organisationnel déterminé. » (Bobillier-Chaumon, Dubois et *al.* 2010).

Nous n'avons pas retrouvé d'ouvrage synthétique ou d'article traitant de manière exhaustive du lien existant entre le service en tant que prestation et la relation de service. La littérature nombreuse dans ces deux domaines, nous permet de dégager trois types de rapports entre l'un et l'autre.

La relation de service permet de différencier le service qui est alors l'objet de la prestation, et la relation de service. Les activités de réparation, d'échange ou de transport d'objets au bénéfice d'autrui, d'opérations financières, relèvent de cette catégorie. Les temps de mise en relation entre prestataire et bénéficiaire puis d'accomplissement de la prestation, sont souvent distincts. Par exemple le service de réparation d'une voiture comprend un temps de mise en relation afin de préciser la demande et de s'accorder sur l'objet du service, puis un temps d'intervention du professionnel sur l'objet, en dehors de la présence du bénéficiaire.

La relation de service peut résider dans la prestation elle-même. Par exemple les services portant sur le transfert d'information comme l'enseignement, les activités de conseil. La mise en relation du prestataire avec le bénéficiaire, le plus souvent en face à face, est la principale forme que prend cette relation, ainsi que la principale forme d'accomplissement de la prestation. Ce type de prestation est la plus dématérialisée. La composante personnelle ou *intuitu personae*, est souvent très forte dans ce type de service : avocat, psychologue, formateur ou coach par exemple.

Enfin, le service peut se distinguer partiellement de la prestation. Par exemple, lorsqu'elle est dirigée vers le corps du bénéficiaire, comme le soin infirmier, le soin médical mais aussi les soins esthétiques, l'aspect matériel de la prestation est appliqué sur ce corps du bénéficiaire tandis que la relation de service est indispensable au bon déroulement du service lui-même. Les prestations dirigées vers le corps et le bien-être se distinguent partiellement de la relation elle-même : coiffure, massage, opération chirurgicale, réfection d'un pansement de plaie.

L'importance prise par la relation de service par rapport à la prestation elle-même, augmente à mesure que le point d'application de la prestation est lié de manière étroite ou intime,

à la personne du destinataire³⁶. Lorsque le service porte sur un objet appartenant au destinataire, la participation de ce dernier peut se limiter à la mise à disposition et la précision de la demande. Dans les deux premiers cas, la qualité même de cette relation conditionne la bonne exécution de la prestation. L'implication du destinataire ainsi que des dispositions relationnelles du prestataire sont constitutives du service lui-même (Bobillier Chaumon, Dubois et Retour, 2010).

Comment situer la relation de soin infirmier par rapport à ces éléments ? Les tâches à réaliser ont parfois le corps du patient pour objet- réfection d'un pansement, pose d'un cathéter intra-veineux, et d'autres résident dans la mise en relation uniquement – l'entretien d'accueil, le temps passé à informer le patient. Cette diversité conduit-elle à différencier des niveaux de prestation différents dans le déroulement de la prise en charge du patient ? L'importance de la relation de service est fonction des tâches à accomplir.

L'implication du bénéficiaire se traduit par la mise en œuvre de valeurs relatives à la relation de service.

Les ressorts axiologiques de la relation de service

E. Goffman est le premier auteur à fournir une description systématique de la relation de service. C'est le souci de prendre en compte les caractéristiques du client qu'il met au centre de sa théorie.

Dans *Asiles* (1968), il fait du service un trait caractéristique de développement de la société occidentale. Le service constitue pour lui un type particulier de relation entre un individu qui fournit un travail et un public qui le reçoit, collectivement ou individuellement. Un des fondements de cette relation de service est la personnalisation, c'est-à-dire sa modulation en fonction des caractéristiques uniques du client. Toute activité standardisée de la part du professionnel, ne fait pas partie de la relation de service. Ainsi la relation d'aide et de soutien accomplie par un psychologue en relève mais faire passer des tests à des personnes pour déterminer leurs aptitudes professionnelles n'en fait pas partie (p. 379). Le conseil d'un avocat à son client relève de la relation de service, l'information concernant la procédure afin d'entamer une action en justice n'en relève pas.

³⁶ Ce qui ne signifie pas que le destinataire a toujours le choix du prestataire, ni que ce choix soit uniquement motivé par son habileté à conduire une bonne relation de service.

E. Goffman décrit la relation de service comme une succession d'étapes comprenant par exemple : la fourniture d'informations par le propriétaire pour ce qui concerne le problème posé par l'objet, l'observation du praticien-réparateur, son diagnostic et le traitement qu'il préconise.

Certaines valeurs s'attachent au prestataire tandis que d'autres sont attachées à la réalisation elle-même. Certaines résident dans l'intention - altruisme, souci de satisfaire une demande - et d'autres se situent dans l'opération à réaliser - rigueur, dextérité. La compétence se situe à l'interface entre les deux. Cette description donne à la qualité du lien intersubjectif la caractéristique même de la relation de service. Le service pour Goffman, ne peut être construit *a priori*. Il s'ajuste toujours aux situations particulières. C'est le degré de personnalisation qui fonde la différence entre le client et l'utilisateur. La prestation destinée au premier doit être individualisée tandis que le second reçoit souvent un service standardisé. Lorsqu'il exerce son activité pour le compte d'un employeur, ou que sa profession est soumise à des normes de qualité précises par un mandat social, alors la relation entre le praticien-réparateur et son client s'écarte de cet idéal de la relation de service. On est alors conduit à considérer qu'une relation de service ne peut être produite que dans un contexte libéral ou au moins dans un environnement qui permette au professionnel d'exercer avec une autonomie suffisante pour personnaliser le service.

E Goffman nuance son propos en affirmant que les clients « aspirent à un service personnalisé et spécialisé, même s'ils ne se font guère d'illusions sur sa réalisation pratique » (Goffman, 1968, p.380). Une prestation standardisée emprunte les traits de la relation de service non parce que son contenu s'ajuste aux caractéristiques uniques du client mais parce que le comportement du prestataire lui offre suffisamment de marques de reconnaissance qui atténuent le déficit de reconnaissance d'une prestation standardisée. Goffman attribue trois caractéristiques à la relation de service : une dimension technique, une dimension contractuelle et une dimension de civilités.

Cette préoccupation pour la personnalisation est si essentielle que Goffman l'érige en finalité. Toute motivation idéologique éloigne l'interaction d'une véritable relation de service. Le praticien-réparateur est avant tout animé par le « désir d'aider l'humanité en tant que telle » (p.382). Son désintéressement est tel qu'il manifeste une indifférence à ses propres intérêts, il n'attend aucune réciprocité de la part du *propriétaire*. Il lui fait don de son attention et de son souci de prendre en compte le point de vue de son client. Même le désir d'accomplir un service de qualité restreint son indépendance, en privilégiant la défense de sa communauté professionnelle par rapport aux intérêts immédiats de son client. C'est cet état d'esprit qui fonde son rôle moral et qui justifie la rétribution de la confiance que le client lui porte. Cependant, ce *désintéressement*

loyal peut à l'occasion, se retourner contre le praticien lorsqu'il refuse d'agir selon les préconisations pour son client.

Le champ d'une relation de service ainsi conçue ne peut guère s'appliquer qu'à un professionnel indépendant, exerçant une activité peu ou pas réglementée, dont la rémunération est librement fixée. Les nuances qu'il y apporte permettent selon nous de l'étendre aux services rendus par un professionnel.

La compétence constitue l'autre dimension axiologique de la relation de service. La montée de la compétence et celle de la relation de service se renforcent l'une l'autre (JM. Weller, 2002), en rupture avec le modèle taylorien du travail. En effet, le travail de service place régulièrement l'agent dans des situations inédites et l'oblige à s'adapter constamment à l'interlocuteur. En tant que modèle, la compétence place les valeurs du savoir spécialisé, du jugement autonome et de responsabilité au cœur des relations de travail (P. Zarifian, 2001). Ce rapprochement entre relation de service et normes attachées au modèle du professionnel se traduit par un glissement sémantique de « professionnel » à « professionnalisme » (V. Boussard, Demazière, 2010). Le professionnel est par définition compétent et capable de porter un jugement sur une situation, de savoir comment agir sans que lui soient précisées les modalités de son action. Mais le professionnalisme reprend essentiellement le vocabulaire du travail prescrit. Il faut donc distinguer entre « être un professionnel » et « avoir du professionnalisme » (Zarifian, 2001).

Le premier relève d'un état, d'un savoir ou d'un savoir-faire maîtrisé. Le second renvoie à un ensemble de compétences dans les relations interpersonnelles au travail.

Le professionnalisme en tant que norme comportementale, s'applique à toute branche d'activité et à toute fonction, y compris subordonnée. Elle consiste à développer certaines attitudes dans le travail et non pas à exercer un savoir spécifique dans un domaine spécialisé et particulièrement important pour la société comme dans la définition de Parsons (1955). Faire preuve de professionnalisme dans le cadre d'une relation de service, renvoie à la capacité d'inspirer confiance à l'interlocuteur. Le comportement adopté par le prestataire doit permettre au bénéficiaire de le penser suffisamment compétent pour résoudre la demande du destinataire. Les marques du professionnalisme sont la fiabilité, la constance, la prévisibilité. Le non professionnalisme renvoie par opposition à l'incertitude, l'approximatif, le bâclé, l'inachevé.

La marge d'initiatives dont dispose le prestataire peut être très restreinte, et se limiter au suivi des normes définies par un référentiel-qualité³⁷.

La relation de service, un standard pour toute relation professionnelle ?

La diffusion de la relation de service est liée à l'augmentation et la diversification des services eux-mêmes, mais aussi à une évolution des rapports de clientèle dans la production de biens de deux manières essentiellement : la fidélisation et la personnalisation. La relation de service se caractérise par un mode de coopération en vue de la co-production d'un service mais aussi d'un bien (J. de Bandt 1996). C'est pourquoi elle transcende les catégories économiques d'échange marchand et d'échange de service. C'est elle qui permet à une entreprise de production de biens de développer les deux types de rapport au client qu'on vient de citer. Elle constitue une « valeur ajoutée » à l'échange marchand, qui peut procurer un avantage au sein d'un marché concurrentiel. Les entreprises cherchent toujours à vendre des biens, mais aussi à fidéliser leur réseau de clients en développant des activités de conseil, d'expertise et de contrats d'abonnements (J. Rifkin, 2010).

La seconde raison de développer la relation de service au sein d'une relation d'échange, est de permettre l'ajustement de l'offre de bien à la demande particulière du client. Le développement d'une consommation individualisée implique pour l'entreprise, de cerner et de s'adapter à une demande changeante, qui réclame de se placer dans la perspective du client.

Ce mode de production accorde une place plus importante à la capacité du salarié de nouer des relations, de prendre en compte la subjectivité du client et de coordonner son action à d'autres collaborateurs, dans l'objectif de satisfaire le client, qui est indépendant de celui de conclure une vente par exemple. Ce souci de satisfaire le client est une des manières de définir le « sens du service³⁸ ».

Des organismes de formation enseignent que déployer « l'esprit de service, en permettant aux salariés d'acquérir des attitudes, des pratiques fondamentales pour offrir un service de qualité à la clientèle par un savoir être commercial et un savoir faire irréprochable. Identifier les concepts de base du service à la clientèle, comprendre les fonctions et missions d'une relation client de qualité. Développer un esprit centré sur la qualité de service, une attitude positive et proactive

³⁷ Par exemple les téléphonistes, qui doivent suivre une trame d'entretien très stricte.

³⁸ Sens du service ou « esprit de service », les deux termes sont utilisés de manière équivalente.

envers le client. Accroître la visibilité des *bons comportements* attendus »³⁹.

Dans un contexte économique très concurrentiel, la plus-value que représente ce souci de la relation entre prestataire et client peut apporter un avantage décisif.

« Dans un contexte où la relation devient le levier majeur de différenciation, l'esprit de service constitue un modèle de management de la relation de service dans toutes ses dimensions - avec le client, entre managers et collaborateurs, entre services - fondé sur la symétrie des attentions, l'écoute des parties prenantes et la co-construction »⁴⁰.

Mais développer un « esprit de service », dans une logique de performance⁴¹, invite les salariés à se distinguer en allant au-delà de ce qui est prescrit par l'employeur ou par les normes de qualité. Il repose alors sur l'engagement et sur l'initiative du prestataire dans le but de dépasser les attentes du bénéficiaire. Cette conception de « l'esprit de service » risque alors de placer le salarié dans une position d'insuffisance permanente car la demande du client peut être illimitée.⁴² Elle le place également en situation d'incertitude car il n'est jamais assuré de ce qui va satisfaire le client (J. Lallier, 2011).

Cet usage extensif de la relation de service a pu être qualifié d'abusif (Weller, 1998). Cependant, l'importance du rapport humain qui est au cœur de la relation de service, permet de valoriser une tâche habituellement dénigrée⁴³. Dans le domaine infirmier, les soins d'hygiène pourtant souvent relégués au personnel aide-soignant, font aussi l'objet de ce discours de revalorisation. « Ils permettent de connaître la personne » [A3], « c'est un soin qui permet de parler avec le patient » [B13]. Cette valorisation permet d'augmenter l'adhésion du salarié, qui peut hésiter avant d'exécuter une tâche rebutante, mais ne peut qu'adhérer à l'objectif d'aider le patient à se sentir mieux [A2].

Cette dimension relationnelle fait de la relation de service un travail complexe où la personnalisation des tâches de soin devient un impératif. Cependant, il n'échappe pas totalement à une standardisation ni à une organisation de type taylorienne⁴⁴.

³⁹ http://www.media-formation.fr/cariboost_files/ESPRIT_20DE_20SERVICE.pdf

⁴⁰ Xavier Querat-Hément, directeur qualité de La Poste. Sur son site : <http://www.xavierquerathement.fr/ma-definition-de-lesprit-de-service/>

⁴¹ Passer de « ce qui est bien » à « ce qui est mieux » pour le client ; de « satisfaire » à « dépasser ses attentes ».

⁴² M-A Dujarier (2006) montre que le processus de « normalisation de l'idéal » permet au client/bénéficiaire, de formuler des exigences qui dépassent les possibilités humaines du prestataire, au nom de principes comme le respect, la dignité.

⁴³ Par exemple le travail de guichet, mais aussi les services à la personne.

⁴⁴ Le travail des téléphonistes est souvent pris en exemple sur ce point. (par ex Y Clot, 2010).

Le travail des opérateurs téléphoniques est souvent cité en exemple (I. Georges, 2007; G. Durant, 2004). Les contraintes portant sur le nombre d'appels traités et leur durée, application de protocoles précis qui guident l'ensemble de l'échange téléphonique, empêchent paradoxalement d'engager une véritable relation interpersonnelle.

La conception goffmanienne de la relation de service repose sur une indépendance totale du prestataire, qui offre un champ d'application restreint. Inversement, peut-on parler de relation de service lorsqu'aucune liberté n'est laissée au prestataire ou au destinataire ? L'utilisateur face à l'administration n'a pas le choix du guichet auquel se présenter, ni celui de l'agent à qui présenter sa demande. Symétriquement, l'agent garde-t-il une marge d'initiative dans sa manière de répondre à la demande du prestataire ? La relation qui se noue n'est-elle alors qu'une forme sophistiquée de servilité ? (de La Vega, 2012).

La référence constante au contrat dans la relation de service joue comme fiction (J. Chevallier, 1985) pour s'assurer d'un assujettissement librement consenti, de l'utilisateur mais aussi du salarié. Le rapport entre l'Etat et les administrés évolue ainsi d'un d'assujettissement strict, autoritaire, vers des réponses plus diversifiées et enfin, par un renversement, va de l'offre de service à la demande présumée de l'utilisateur. Celui-ci n'aurait alors qu'à choisir la prestation qui lui convient le mieux, tout comme le ferait un consommateur. Cette apparente logique contractuelle promue par la relation de service constituerait un nouveau mode de gouvernement (J-M Weller, 2010).

Conclusion du chapitre 1

Au terme de ces larges développements, quels fils tirer pour la suite de notre recherche ? Le premier concerne l'évolution de la profession infirmière. Le « malaise infirmier » (J. Salibat, 1992) s'origine dans une définition d'un profil attendu et non d'un domaine d'exercice professionnel. Cette « infirmière à la française » est un agrégat de caractères, de vertus et de qualités personnelles acquises ou à développer. Le slogan des grèves de 1988 « *ni bonnes, ni nonnes, ni connes* » pourrait être suivi de la question « *mais alors qui ?* ». Encore aujourd'hui, c'est l'infirmier qui est défini par la loi et non le soin infirmier, à l'inverse d'autres définitions internationales⁴⁵. Cette manière de se définir est, nous le verrons, encore très présente chez les infirmiers rencontrés. Des études menées auprès de patients montrent au contraire que leurs attentes portent moins sur les qualités d'un *bon soignant* que sur de *bons soins* effectués par le soignant.

De *l'auxiliaire dévouée mais intelligente* du médecin au début du XXe siècle au professionnel de soin infirmier contemporain, c'est bien l'identification d'une action spécifique, non réductible au simple prolongement de l'action médicale, qui permet de lui reconnaître une certaine autonomie.

Les missions et les finalités de ces prestations se diversifient vis-à-vis de leurs trois bénéficiaires : le médecin, l'hôpital et le patient. Les réformes, portant d'une part sur le financement des hôpitaux et d'autre part sur le renforcement du rôle de l'usager dans l'élaboration de la profession, complexifient la visée du soin infirmier. Aux missions classiques de surveillance des patients, d'administration des traitements prescrits, de consignation de son activité, s'ajoutent des préoccupations de personnalisation et de productivité.

⁴⁵ **Définition du conseil international des infirmières :** *On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.*

Définition de l'OMS : *La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie*

La productivité devient un problème central pour assurer la rentabilité des soins hospitaliers. Ce concept s'applique traditionnellement à la production de biens matériels et identifiables individuellement. Mais comment lui donner sens en l'appliquant au domaine des services pour lesquels la définition même du produit est déjà problématique ?

La personnalisation implique une participation accrue et active du patient dans la réalisation de ses soins. D'autres dispositions sont désormais requises pour amener le patient à « devenir acteur de sa santé et de sa prise en charge », suivant en cela l'objectif poursuivi par la loi du 4 mars 2002 sur la démocratie sanitaire et les droits des patients, mais aussi orienter les soins vers son bien-être et l'écoute active de ses demandes. Ces capacités sont identifiées à travers le modèle de la relation de service, que l'on aura à comparer avec les qualités traditionnelles de la relation de soin.

Elles sont le moyen de personnaliser la prise en charge en ajustant l'aide destinée au malade, qui reste au cœur de la vocation soignante. Cette visée constitue un invariant, tandis que la place du sujet pris dans sa vocation se modifie.

Le sujet de la vocation religieuse est insignifiant et doit s'oublier dans sa tâche. Le sujet professionnel considère et emploie les dons qu'il a reçus pour participer activement à la création divine. Le sujet autonome inscrit la vocation dans un projet de vie qui comprend plusieurs engagements tels que: familial, professionnel, communautaire, associatif ou encore de développement personnel.

Durant son temps de travail, cela amène le soignant à moduler son engagement envers les patients hospitalisés dans son unité en fonction des tâches qui lui sont demandées.

Dans la vocation contemporaine, ce sujet travaille à son propre épanouissement en même temps qu'au secours d'autrui. « Les professions devraient être choisies parce qu'elles nous plaisent, nous satisfont, nous rendent heureux, nous enrichissent, nous stimulent, même si elles ne manquent pas d'entraîner des situations momentanées où l'on doit faire appel à l'esprit de sacrifice » (Belloti, Du côté des petites filles, Paris, Ed des femmes, 1974, p.168.

Les infirmiers perçoivent-ils aussi leur métier en tant que relation de service ? Notre hypothèse est celle d'un clivage entre le rôle d'agent du service public de la santé et celui de professionnel du soin infirmier, réfractaire à toute réduction au statut de prestataire de service.

Les implications subjectives et émotionnelles de la relation de service seront ainsi envisagées au chapitre trois dans une perspective individuelle mais aussi collective car l'infirmière hospitalière exerce en équipe.

Nous allons à présent poser les différents éléments méthodologiques qui nous ont permis de dégager ces pistes de questionnement et de leur apporter des éléments de compréhension.

Chapitre 2 Méthodologie de la recherche

« Les données de base concernant les soins infirmiers viendront en définitive des seules personnes qui détiennent l'information par expérience, autrement dit les infirmières elles-mêmes » (EC. Hugues, 1996 p 70).

PLAN DETAILLE DU CHAPITRE

2.1 Description et stratégie de la recherche

2.1.1 Stratégie adoptée

2.1.1.1 Cadre théorique

2.1.1.2 Positionnement du chercheur

2.1.2 Techniques de recueil de données

2.1.2.1 Observation directe

2.1.2.2 Journal de bord

2.1.2.3 Entretiens compréhensifs

2.2 Terrains explorés

2.2.1 Choix des terrains et approche adoptée

2.2.1.1 Choix des terrains de stage

2.2.1.2 Démarches effectuées auprès des établissements

2.2.2 Description des terrains visités en 2006

2.2.2.1 Terrain A

2.2.2.2 Terrain B

2.2.2.3 Terrain C

2.2.2.4 Terrain D

(E. consiste en une série d'entretiens-tests mais n'a pas fait l'objet d'observations de terrain)

2.2.3 Description des terrains explorés en 2011

2.2.3.1 Terrain F

2.2.3.2 Terrain G

2.2.3.3 Terrain H

2.3 Exploitation du matériau recueilli

2.3.1 Exploitation des entretiens

2.3.2 Exploitation des documents

2.3.3 Exploitation des journaux de bord

Introduction au chapitre 2

Nos recherches menées au cours du master d'éthique s'orientaient vers la part émotionnelle et affective des soins infirmiers. Nous avons organisé notre propos autour des modes de reconnaissance développés par le philosophe Axel Honneth (2000). Ce travail constitue une base de départ pour la présente recherche, nous en avons repris les entretiens et les observations réalisés. La question du refus de soin a émergé pour deux raisons: le refus du patient déstabilise toujours le soignant, nous en avons l'expérience dans notre pratique, comme chaque infirmier ; par contraste avec cette expérience commune, les attitudes des infirmiers observés sont très différentes les unes des autres, et nous avons voulu savoir ce qui détermine leurs conduites. L'analyse précise des justifications apportées questionne au premier chef la notion de service. Le refus du patient oblige l'infirmier à définir et gérer sa position professionnelle par rapport à lui. Il réévalue la prestation proposée, l'importance qu'elle revêt dans la prise en charge, mais aussi l'importance que représente pour lui la participation du patient. Ces éléments ont imposé la notion de service comme moyen d'analyser *ce qui se passe ici* (Goffman, 1974).

Une première difficulté apparaît dès les entretiens. Le terme de service en tant que prestation, ne figure pas dans le vocabulaire quotidien des infirmiers, qui parlent plutôt de « relation de soin » ou de « prise en charge ». Il risque d'être confondu avec l'unité administrative hospitalière. Le service au sens géographique cette fois, comporte généralement plusieurs unités fonctionnelles, dont chacune peut aussi s'identifier comme un « service ».

Nous avons alors évité de parler de service au sens de prestation, dans les entretiens, préférant employer des formules plus neutres sur les attributs de ce qu'est un « bon soin » ou les qualités d'un « bon soignant », la description de ses tâches, les difficultés que pose le contact direct avec le patient et la manière de prendre en compte ses demandes¹.

La seconde difficulté est liée à la polysémie du terme : comment délimiter un champ d'exploration suffisamment vaste pour comprendre les valeurs que le service mobilise, mais suffisamment délimité pour prendre compte de manière pertinente ce qui se joue pour la profession infirmière, dans l'entre-deux et/ou le passage entre relation de soin - hors de toute considération marchande - et relation de service astreinte à des objectifs de productivité.

¹ Nous avons repris en Annexes 2, les grilles qui ont servi de guide pour les entretiens infirmiers.

Nous détaillons dans ce chapitre de quelle manière nous avons procédé pour avancer dans cette recherche et pouvoir aborder la littérature et les soignants (2.1) puis les terrains qui ont nourri la réflexion (2.2).

2.1 Description et stratégie de la recherche

Notre objectif est de préciser les enjeux éthiques de la transition du « soin infirmier » vers une « prestation de soins infirmiers ». Le chapitre 1 nous a permis de formuler une approche générale des questions que mobilise la notion de service. Nous préciserons tout d'abord comment nous avons procédé pour avancer dans le vaste champ d'investigation que cette notion permet. Puis, nous préciserons notre posture de recherche durant l'élaboration de ce travail (2.1.1). Les modes de recueil de données que nous avons employés seront ensuite précisés (2.1.2).

2.1.1 La stratégie adoptée

La richesse de la notion de service est une première difficulté en raison des multiples champs disciplinaires concernés. La mise en tension de certaines valeurs à partir de situations de terrain d'une part, et leur explicitation à l'aide des sciences humaines et sociales d'autre part, est au cœur de l'analyse éthique. Ce cadre théorique (2.1.1.1) est envisagé selon une certaine posture de recherche qui vise à faire coïncider les deux statuts d'infirmier et de chercheur (2.1.1.2).

2.1.1.1 Le cadre théorique

Nous nous situons dans le cadre d'une recherche exploratoire à travers laquelle l'objectif est de comprendre des modifications dans l'exercice et peut-être dans la discipline même des soins infirmiers. La **recherche en éthique** est particulièrement adaptée pour questionner cette mise en jeu des valeurs soignantes. **Le choix d'auteurs et de références** se caractérise par sa pluridisciplinarité. Sont convoquées des disciplines comme la sociologie, l'économie, la psychologie et bien sûr la philosophie en examinant la place réservée à la notion de service ou de relation de service d'une part, et au soin d'autre part. Enfin, **une veille bibliographique** permet de rester attentif aux évolutions dans ces domaines durant les six années de construction de ce travail.

Chercher en éthique

Notre question de recherche se formule comme ceci : **quelles sont les implications éthiques à considérer le soin infirmier comme une prestation de service et la relation de soin entre infirmier et patient comme une relation de service ?**

Les valeurs mobilisées dans cette question justifient une approche éthique. Mais comment mettre en évidence ce phénomène et comment en tirer un quelconque enseignement pour le devenir de la profession ?

Notre enquête de terrain porte sur une description du travail infirmier et les conflits² dans la relation. Ces désaccords permettent de comprendre les attentes du professionnel et du patient à travers la prestation de soin, et comment ce dialogue contribue à construire la prestation elle-même. La dimension observable est le dialogue durant l'interaction. Il s'agit de recueillir les paroles prononcées, les acteurs présents, les gestes et attitudes adoptés. La compréhension de ces situations requiert celle du contexte de ce dialogue : mode d'organisation du travail, *ambiance*³ régnant dans l'équipe soignante du terrain visité, la qualité des relations entre infirmiers et collaborateurs immédiats. La dimension non observable relève des motifs et des représentations des acteurs. Le recueil de matériau de recherche pour être complet, doit comporter une phase d'observation *in situ* et des entretiens, si possible en prise directe avec des observations pertinentes.

La méthodologie de la réflexion en éthique privilégie le discernement, c'est-à-dire l'exercice du jugement afin de séparer différents objets et leur attribuer une place distincte dans la compréhension globale d'un problème complexe.

Appliqué à notre question de recherche, cette posture revient à mettre en perspective deux systèmes de valeur a priori opposés. Les valeurs infirmières privilégient l'humain comme fin en soi, l'importance accordée au dialogue soignant et à la solidarité d'un travail mené en équipe. L'autre système de valeur vient du contexte organisationnel de ces soins.

² Dans les entretiens et les observations réalisées, nous avons recueilli de nombreuses situations entre patients et infirmiers, allant d'une simple mésentente jusqu'au conflit ouvert. Mais ils ne constituaient pas l'objet de notre recherche en master.

³ Nous entendons ce terme comme le recueil intuitif par le chercheur d'un climat émotionnel qu'il a à préciser en décrivant par exemple l'entente entre les professionnels de terrain, leur manière de percevoir leur fonction ou d'estimer leur travail.

Questionner les soignants autour de leurs valeurs, les observer dans des situations où ils ne se trouvent pas forcément en train de les appliquer, où ils se jugent insuffisants par rapport à leur idéal, ou encore lorsqu'ils exercent des soins en marge de la légalité, sont des situations dérangeantes pour eux. Ces situations sont dérangeantes aussi pour le chercheur qui a en commun avec ceux qu'il observe la même profession, ce qui peut l'amener à être tenté de déroger à la neutralité qu'il s'impose. La recherche clinique en éthique ne doit pas être normative sans quoi elle risque de passer à côté de son objet, qui est la compréhension des hiérarchies de valeurs mises en jeu dans un contexte particulier. L'éclairage théorique est indispensable pour fournir des cadres d'analyse de ce qui est observé.

Choix des auteurs et des références consultées

La somme des références et des disciplines mobilisées par la notion de service forment le premier obstacle qui nous a posé problème. Jusqu'où remonter dans ces références, dans le détail des significations du service pour tel auteur ou pour telle discipline ? Atteindre un objectif d'exhaustivité est certainement impossible dans le cadre restreint de ce travail. La stratégie bibliographique nous a conduit à explorer la notions de service au croisement de disciplines diverse : l'histoire, l'économie politique, la sociologie, les sciences infirmières, la philosophie morale.

Les sciences économiques envisagent le service comme production de richesse. Nous avons abordé les questions de rentabilité au chapitre 1 et la difficulté pour ces sciences de saisir le service en tant que valeur d'échange. Des auteurs classiques en histoire économique tels Jean-Baptiste Say, Adam Smith, Karl Marx ou encore Jean Fourastié ont été consultés. Parmi les contemporains, Jean Gadrey, Jean De Bandt sont deux auteurs indispensables pour l'analyse des services et de la relation de service, alors que Jeremy Rifkin fait de l'économie en réseau et de la gestion par collaboration, les fondements d'une troisième révolution industrielle.

Les sciences de gestion complètent ces problématiques en questionnant les manières de produire ce service. Elles posent également la question de l'adéquation entre production et destination du service via la relation de service. Louis Reboud est l'un des principaux auteurs d'analyse de la relation de service. Jean-Pierre Durant étudie cette question notamment sous l'angle de la modification entre employeur et employé.

Les sciences sociales sont nécessaires pour comprendre ce qui se joue entre la professionnalité et au monde du travail. Françoise Acker, Anne Marie Arborio, Jacques Saliba ont particulièrement

étudié le milieu de la santé. Les problématiques de souffrance au travail sont étudiées par Pascale Molinier, Christophe Dejours, Anne-Marie Dujarier, Vincent de Gaulejac. Du côté du destinataire, les sciences sociales analysent les attentes et les usages qui sont faits des services proposés. Citons parmi les auteurs consultés : Lise Demailly, Jacques T. Godbout, Vincent Dubois et dans le domaine de la santé Claudine Herzlich, Sylvie Fainzang et Maurice Tremblay.

La socio-économie analyse le service au carrefour des influences réciproques entre évolutions sociales et économie. Nous nous sommes rapportée à des chercheurs américains récemment traduits, telle Viviana Zelizer, et en France, à Jean-Louis Laville et allemands, comme Axel Honneth ou Niklas Luhmann.

Les sciences infirmières⁴ viennent indiquer les tensions et les remaniements dans la profession infirmière. Des auteurs comme Marie Françoise Collière et Yvonne Knibiehler constituent des références pour comprendre l'émergence est les fondements anthropologiques du soin infirmier. L'histoire des femmes soignantes reste peu développée en France bien que Christian Chevandier y consacre de larges développements. Evelyne Diebolt et Nicole Fouché sont un exemple de recherche historique sur les influences réciproques du développement de la profession infirmière en France et aux Etats-Unis. Les théoriciennes du soin infirmier, anglo-saxonnes pour la plupart : Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Jean Watson.. Des auteurs comme Micheline Wenner, Walter Hesbeen ou encore Thérèse Psiuk sont diffusés plus largement dans le milieu de l'enseignement des soins.

Enfin, la philosophie morale est une source primordiale puisque c'est elle qui vient fixer un cadre théorique à ce travail. Les théories du *care* sont tout particulièrement convoquées pour envisager les difficultés éthiques posées par la traduction du soin infirmier en prestation de service. Elles offrent un ancrage philosophique contemporain puisqu'il pose principalement la problématique d'une tension entre travail motivé par l'amour⁵ et travail productif (Joan Tronto, Pascale Molinier, Eva F.Kittay). Le *care* réinterroge également les motifs d'un agir éthique, qui prend principalement en compte la sensibilité et le prendre soin d'autrui comme principale finalité : Carol Gilligan, Sandra Laugier.

Ces choix s'insèrent dans un cadre spécifique, qui est celui d'une profession réglementée et au sein d'une institution obéissant à des normes précises. Les textes officiels encadrant

⁴ La discipline émergente en France. Nous nous permettons toutefois d'utiliser ce terme pour regrouper un état de la réflexion de cette profession et parce que nos références se complètent aussi de sources étrangères qui font état d'une telle discipline.

⁵ Le terme « amour » est ici à considérer dans son sens le plus large, d'une émotion qui porte à se soucier d'autrui et de son bien-être.

L'exercice professionnel infirmier et les programmes de formation forment une source documentaire importante dont une partie est reproduite en annexe 1 de ce travail.

L'utilisation de ces différentes sources ne prend sens que dans leur rencontre avec la réalité pratique du soin. En effet, l'étendue des domaines couverts par les références que nous venons de citer, se justifie par le caractère exploratoire de l'enquête menée. Elle ne peut avoir d'autre objectif que celui « d'étudier un phénomène contemporain dans son contexte réel; quand les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes; et dans lesquelles des sources multiples de preuve sont employées » (R. Yin, 2003, p. 9).

Veille bibliographique

Les premières références ont été complétées par une veille bibliographique, sur des bases de données spécifiques comme PubMed ou généralistes comme Google Scholar. Les sommaires de plusieurs revues de soin et de sciences humaines : Nursing ethics, Journal of advanced nursing, Recherche en soins infirmiers, Emotion Review, et des revues de sciences du management consacrées au service : Journal of Service Research,, International Journal of Work Organization nous sont adressés automatiquement. La collaboration avec un centre de documentation d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) nous a permis une actualisation sur les revues spécialisées : soin, éthique et santé, soins cadres et sur les nouveaux manuels d'enseignement comme les nouveaux cahiers de l'infirmière.

Notre propre implication professionnelle a servi aussi l'actualisation de nos données, sous une forme que nous sommes tentés de qualifier de *veille empirique*. L'enseignement en institut de formation⁶ offre une prise directe sur les attentes des futurs soignants, leurs motivations et parfois leurs craintes. La prise de fonctions au sein du récent Ordre infirmier⁷ permet de porter un autre regard sur les tensions et les segmentations à l'intérieur de la profession. La réception de cet ordre par le corps politique est également riche d'enseignement sur la considération portée sur ce métier. Enfin, notre évolution au sein de la hiérarchie soignante dans durant la réalisation de cette recherche⁸, nous a permis de comprendre d'une autre manière les tensions entre employeur et employé, entre institution de soin et administration de tutelle. Ces évolutions personnelles ne sont pas sans influence sur notre positionnement en tant que chercheur.

⁶ Nous sommes chargés d'une partie de l'enseignement de l'éthique dans trois IFSI.

⁷ Nous avons fait partie du premier bureau du Conseil Départemental de l'Ordre Infirmier du Bas-Rhin.

⁸ La prise de poste de responsable infirmier d'un moyen séjour à orientation gériatrique est intervenue en 2010.

2.1.1.2 Positionnement du chercheur

Mener une recherche sur son propre champ d'exercice professionnel peut renvoyer à différents modèles : recherche action, recherche sur dossier, en immersion. Nous avons opté pour celui du **praticien-chercheur**. Préciser ce positionnement est doublement important dans cette enquête. D'abord parce qu'il doit être constamment surveillé pour ne **confondre le travail de recherche avec sa propre pratique professionnelle**. Ensuite, parce que les techniques choisies placent le chercheur en **relation directe avec les acteurs** qu'il observe. Il doit donc réfléchir à une ligne d'approche qui soit constante d'un terrain à l'autre.

Le modèle du praticien-chercheur

La recherche est essentielle à toute profession. Elle est un facteur d'auto-régulation, de progrès à travers les connaissances produites, et de légitimation par la formalisation et la communication de ses résultats (E. Friedson, 1984). A l'instar d'autres champs disciplinaires, le soin infirmier a une légitimité pour réfléchir, fonder et améliorer ses pratiques⁹. Par ailleurs, le professionnel a le devoir d'actualiser et d'approfondir ses connaissances, et s'engager dans un processus de production de « connaissances ordinaires » (Schön, 1994) en mettant sa pratique à l'épreuve. Ce modèle du « praticien réflexif » se différencie de la posture du « praticien chercheur » que nous privilégions pour ce travail.

Le praticien-chercheur adopte une posture dans laquelle la recherche est orientée par l'activité professionnelle. Mais il s'en distancie par son effort de compréhension renouvelée d'un monde professionnel connu (Wentzel, 2011 ; A. Perraud-Soliveres, 2002). Cette compréhension se crée à partir d'un espace entre la pratique de terrain et les milieux de la recherche. Ce double ancrage, comme professionnel et comme universitaire, crée alors une dynamique particulière de réflexion qui permet une distance critique. Impliqué dans sa recherche, le praticien-chercheur veut « comprendre autrement tout en restant à l'extérieur » (De Lavergne, 2007). De ce point de vue, rien n'empêche qu'il ait ses propres convictions sur ce que sa pratique devrait être, mais se

⁹ La recherche en soins infirmiers se développe depuis quelques années. Ainsi, le premier PHRIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) constitue une reconnaissance et un encouragement officiels, date de 2009.

garder de tout point de vue personnel sur les pratiques professionnelles ne procure pas d'avantage décisif par rapport à un travail de recherche.

C'est son appartenance au milieu universitaire et son exigence de scientificité qui exigent qu'il confronte ses convictions à la réalité observée, qu'il mette de côté l'expérience de sa propre pratique pour observer avec un œil neuf, celle d'autrui. Cette confrontation peut être douloureuse car observer des pratiques à la limite de la légalité ou qui s'écarte des bonnes pratiques, peut s'avérer déstabilisant pour le chercheur.

L'objectif du praticien-chercheur, contrairement au praticien réflexif, n'est pas d'évaluer les pratiques mais de les comprendre de manière large : dans quels processus elles s'insèrent, quels en sont les enjeux, par quelles tensions elles sont traversées ? Il s'agit de *chercher sur une profession* plutôt que dans une pratique professionnelle. La visée n'en est pas moins politique car le travail du praticien-chercheur crée une dynamique d'appropriation du savoir et de reconnaissance sociale pour les acteurs observés. La construction de la recherche impose de rencontrer les acteurs et de leur donner l'occasion de réfléchir sur leurs pratiques. Les questions posées en entretiens, les discussions menées entre deux portes, sont le matériau brut du chercheur et un lieu de remise en question pour le professionnel. Les descriptions de pratiques, du travail et des capacités mises en œuvre par les acteurs dans le cadre d'une recherche constituent une voie de reconnaissance pour des catégories professionnelles *invisibles* comme les aides-soignants (A-M. Arborio, 2001). Dans notre cas, l'image quelque peu mythique de l'*infirmière* a trop tendance à laisser dans l'ombre la pratique concrète du soin. Enfin, la visée politique du travail mené par le praticien-chercheur se conçoit aussi comme émancipatrice (De Lavergne, 2007).

La mise en perspective du contexte organisationnel, l'analyse des discours convenus et des pratiques décrites par les professionnels comme *allant de soi*¹⁰ est au cœur d'une démarche proprement éthique puisqu'elle vise à comprendre mieux pour faire mieux ou faire autrement. Ce positionnement nous a par exemple conduit à remettre en question la généalogie entre religieuse soignante et infirmière moderne, le caractère univoque de sa mission portée sur le malade ou encore la tension entre un champ d'autonomie concédé par d'autres professions et un champ d'autonomie essentiel, au sens d'inhérent à une pratique des soins, présent dès l'origine et justifiant l'existence d'un savoir propre mais non reconnu.

¹⁰ Ces expressions font partie de réponses offertes par des soignants questionnés sur leur manière d'accomplir leurs tâches. Ce type de réponse constitue selon nous, le signe d'un impensé dans une pratique et donc une raison supplémentaire d'interroger le soignant.

Cette posture est particulièrement intéressante dans une activité comme le soin infirmier qui connaît des bouleversements importants dans ses futures orientations et parce qu'elle se perçoit comme une profession *en devenir*. « Comme d'autres métiers qui sont passés des arts anciens à la profession, les gens qui l'exercent s'étudient, étudient leur travail et l'organisation dans laquelle il s'accomplit » (E.C. Hugues, 1996, p. 69).

Le biais de contamination de la recherche par sa propre pratique

Un professionnel du soin infirmier est-il bien placé pour effectuer une recherche concernant son propre champ d'exercice ? N'y a-t-il pas un biais dans le recueil et l'analyse objective des données ? Le biais de la subjectivité existe dans toute recherche qualitative, en particulier lorsque le processus de recueil de données implique des relations étroites avec les informateurs.

La recherche menée par un praticien est nécessairement orientée par son activité. Son attention est portée en permanence sur l'identification d'éléments issus de sa propre expérience. Le risque est double. Il est celui d'une perte de scientificité des résultats obtenus. Mais surtout, les résultats qu'il obtient risquent de n'être qu'un reflet complaisant de ses propres convictions professionnelles de départ. La difficulté du discernement entre pratique professionnelle et pratique de recherche a fait l'objet d'une attention constante au cours de ce travail.

L'ancrage disciplinaire est important car le sens d'une réflexion éthique est de venir questionner les conditions et les justifications de ce qui est observé. Pour comprendre ce qui se passe dans une chambre d'hôpital entre le malade qui refuse un soin et l'infirmier qui tente de lui faire accepter, nos références aux théories du soin infirmier ne sont pas suffisantes. L'éthique impose d'abord de comprendre en quoi cette situation est problématique puis d'analyser les justifications apportées par les acteurs à l'appui de leur positionnement.

Il est tempéré par des facteurs de distanciation tels que le choix des terrains d'observations : des spécialités médicales et des établissements dans lesquels nous n'avons jamais exercé, qui nous étaient inconnus y compris dans leur réputation. Cette précaution prévient aussi l'éventualité de connaître personnellement un soignant que nous aurions à inclure dans nos observations. « Etudier un milieu proche mais différent du sien permet d'explorer les contrastes d'une même société » et de conserver sa capacité d'étonnement face à la tentation de verser dans un relativisme culturel (A-M. Arborio, 2010, p66).

Deux pratiques de soin peuvent se trouver adaptées chacune dans son contexte, ou justifiées par des éléments situationnels, sans pour autant être estimées moralement équivalentes. Par exemple les pratiques de restriction de liberté opérées par les soignants sur une patiente présentant des troubles du comportement à type de déambulation [terrain B] ont à être questionnées : pourquoi se trouve-t-elle dans cette unité ? Les locaux sont-ils inadaptés ? les soignants insuffisamment formés ? Le problème moral posé de restreindre la liberté d'autrui n'est pas seulement tributaire du contexte, et les réponses apportées ne sont pas moralement équivalentes : solutions alternatives ont-elles été envisagées ?

La distanciation est également temporelle. Le travail de recueil de donnée s'est déroulé de manière séquencée sur une assez longue période. Sans relever uniquement d'un parti pris méthodologique¹¹, cet étalement dans le temps a permis un travail de *décantation* au sens où les affects liés aux situations vécues ou observées se sont estompés au moment de la rédaction des observations, puis au moment de leur traitement systématique.

Enfin, la distanciation passe par une maîtrise de sa propre subjectivité. Le praticien-chercheur a plus d'intérêt à la prendre en compte que de la brider. A-M Arborio (2010) recommande une courte phase d'introspection avant d'aborder un terrain d'observation, pour prendre conscience des ses représentations à propos des lieux, des acteurs ou des pratiques qu'il s'apprête à rejoindre. Durant le recueil d'observation, Kleinman et Copp (1993) recommandent de s'appuyer sur sa propre subjectivité pour aller plus loin dans l'analyse. Si le chercheur refoule une réaction émotionnelle qu'il considère comme inappropriée, il risque alors de ne pas prêter suffisamment d'attention à ce qui l'a déclenchée. Au contraire, l'inconfort scientifique (p. 33) peut être traité comme un fait recensé qui appelle d'autres éléments d'explications de *ce qui s'est passé*. Le phénomène est courant en éthique, d'éprouver un embarras ou une forte émotion qui indique au chercheur une mise à mal de ses propres valeurs par la situation qu'il observe.

De manière concrète, nous avons consigné dans nos journaux de bord des éléments d'observation mais aussi des jugements d'ordre émotionnel. Ils sont alors mentionnés en tant que tels pour ne pas les confondre avec des éléments objectifs, et rapportés aux situations qui les ont déclenchés.

¹¹ Avant tout tributaire des congés que nous avons été autorisé à prendre et de la disponibilité des terrains choisis.

L'approche des soignants sur les terrains

La présentation de soi sur les terrains d'observation conditionne en partie le matériau que l'on va recueillir. Le rôle que le chercheur occupe est aussi important que le rôle dans lequel les acteurs placent le chercheur¹². Notre présentation s'est modifiée sur les différents terrains. En 2006, le choix avait été fait de se présenter comme chercheur dans le domaine de l'éthique, sans participer aux soins ni occuper de position particulière vis-à-vis de l'institution ni informer de sa condition professionnelle. La négociation d'effectuer des observations de terrain sans porter d'uniforme soignant s'est effectuée sans trop de tensions sur trois des quatre terrains. Mais la difficulté à maintenir cette position *incognito*¹³ a pu donner lieu à des comportements de méfiance et rendre difficile pour les acteurs de savoir quel rôle attribuer au chercheur. Par défaut, c'est souvent le rôle d'un stagiaire qui nous était alors attribué. Sur le terrain D, en 2006 également, nous avons choisi de déclarer notre double statut de chercheur et d'infirmier sans pour autant, revêtir une tenue professionnelle. Certains embarras ont été levés mais le questionnement autour de ma présence s'est renouvelé autour de l'objet de la recherche, de son utilité et du soupçon parfois sur les intentions de ma venue. Le rôle attribué a évolué alors de stagiaire à stagiaire future cadre de santé.

Le statut de chercheur en éthique intrigue les soignants. En tant que discipline, l'éthique leur était peu connue en 2006¹⁴ et plusieurs posaient des questions sur son intérêt pour la pratique infirmière. La connotation morale associée à l'éthique a suscité des remarques plus méfiantes de soignants inquiets de se voir éventuellement jugés sur leur pratique. Le chercheur a tout intérêt à porter une attention à ces réactions diverses car son maintien sur le terrain peut être remis en cause, ainsi que la qualité du matériau qu'il va recueillir¹⁵.

L'abord des terrains en 2011 s'est effectué selon une autre approche. Le statut de praticien-chercheur était annoncé dès le départ et l'observation se voulait d'emblée partiellement participante. Le port de la tenue professionnelle faisait alors naturellement partie du projet de recherche. Cette nouvelle approche a permis de lever certaines tensions comme l'étonnement suscité par la présence d'une personne en civil en dehors des heures autorisées pour les visiteurs

¹² En effet, les deux ne coïncident pas nécessairement.

¹³ L'autorisation de stage d'observation en milieu hospitalier nécessite des démarches administratives parfois assez longues durant lesquelles il est indispensable de mentionner son statut professionnel. Cela rend très difficile de garantir l'absence de diffusion de cette information aux acteurs de terrain.

¹⁴ Des disciplines comme la sociologie ou l'anthropologie étaient plus aisément concevables.

¹⁵ La méfiance peut générer des refus d'entretiens, des refus de se laisser observer.

extérieurs à l'établissement. Mais cela a suscité d'autres difficultés comme celle d'être sollicité en tant que professionnelle par les soignants, parfois par des patients ou par leur famille. Les soignants nous ont aussi posé plus de questions relatives à l'éthique, l'activité de recherche et sa compatibilité avec l'occupation d'un autre emploi à temps plein. Parfois les questions ont été une prise à partie de la part d'infirmiers face à des médecins sur le bien-fondé d'un traitement proposé à un patient, ou sur des difficultés récurrentes de collaboration. Ces situations placent le chercheur dans une position délicate car répondre à ces sollicitations modifie la manière dont ils se seraient comportés en dehors de sa présence. Mais ne pas répondre est sans doute pire par le chercheur supposé détenir un savoir, et qui risque alors d'être discrédité. L'attitude adoptée lors de ces sollicitations directe a surtout visé à pousser les acteurs à expliciter leurs choix, poser leurs arguments, ou simplement écouter leurs difficultés, voire leur souffrance.

Les patients¹⁶ hospitalisés dans les différents terrains n'ont pas été informés de notre présence ni de notre statut. En nous observant auprès des infirmiers, la plupart m'associaient à une stagiaire.

En détaillant ce cadre stratégique pour cette recherche, nous avons évoqué plusieurs moyens d'obtenir des données. Nous avons utilisé différentes techniques pour en extraire un matériau utilisable.

2.1.2 Techniques de recueil de données

Le choix d'une méthode offre un certain nombre de garanties fondamentales : légitimité du matériau recueilli et de son exploitation, clarification de la position du chercheur vis-à-vis de son objet (L. Jovic, 1990). Notre travail de recueil a fait usage de trois techniques complémentaires : l'observation directe (2.1.2.1), la tenue d'un journal de bord (2.1.2.2) et l'entretien compréhensif (2.1.2.3). Leur simplicité apparente ne rend pas moins délicate leur mise en œuvre. Chacune de ces techniques présente également des limites qu'il importe de souligner.

¹⁶ Les actes de soin ne faisant pas partie du protocole de recherche, de même que la consultation des dossiers ou des entretiens avec des patients.

2.1.2.1 L'observation directe

Nous allons détailler ici **la mise en œuvre de cette technique**, puis nous aborderons les **problèmes éthiques et scientifiques rencontrés** durant l'observation. Enfin, nous préciserons les **limites de cette technique**.

Le type d'observation adopté

L'observation est un mode de recueil de données dans lequel le chercheur se trouve immergé dans l'objet de son étude. Son caractère direct vient de qu'aucun autre dispositif ne s'interpose entre le chercheur et les acteurs observés (A-M. Arborio, 2010, p. 9) et par l'immédiateté de ce que le groupe observé est en train de vivre (M. Grawitz, 1996, p. 480).

L'objectif est de considérer un ensemble de faits, de comportements et de pratiques afin d'en tirer des constats et des hypothèses, par un raisonnement inductif. Afin d'opérer des observations, le chercheur participe à la vie quotidienne du groupe, s'imprègne des situations qu'ils rencontrent de manière habituelle et s'intéresse à la manière dont les acteurs se comportent face à elles (H. Becker 1958).

L'observation directe, qu'elle soit participante ou non, est souvent utilisée pour comprendre les enjeux d'un groupe social donné. Elle est fréquemment utilisée pour étudier des collectifs de travail et des groupes fermés comme c'est le cas du milieu hospitalier (J. pennef, 1992; M. Castra, 2003; A. Vega 2000. Plusieurs types d'observations directes sont possibles : participative ou non, à découvert ou non. M-A Arborio (2010) parle de recherche *incognito*, C. Chapoulie (2003) de recherche clandestine. P.A.. et P. Adler (1987) distinguent quant à eux une participation complète ou périphérique du chercheur.

L'observation participante requiert du chercheur l'occupation d'un rôle social possible pour lui¹⁷ sans paraître incongru aux yeux des acteurs. Cette occupation doit aussi lui offrir un point de vue pertinent pour sa recherche. Le caractère *à découvert* ou *incognito* dépend du groupe social mais aussi de l'objet de l'étude. Un positionnement *incognito* permet de questionner des thèmes embarrassants pour les acteurs, d'évoquer des écarts par rapport à la règle, qu'ils ne seraient pas

¹⁷ Un rôle qui demande des autorisations d'exercice particulières, comme un médecin, ou des aptitudes spécifiques, comme la manipulation d'appareils radiographiques est problématique pour un chercheur qui n'a pas les qualifications requises.

prêts à reconnaître devant un enquêteur déclaré (J-M. Weller, 1994). Ce type d'observation permet aussi de se prémunir contre l'influence de la présence du chercheur sur le comportement des observés. L'observation à découvert impose une gestion plus complexe de la position du chercheur dans le groupe social observé, pour rechercher leur appui et leur accord. Cette présence peut être perçue comme une charge supplémentaire et le chercheur peut être amené à apporter des compensations.

Nos observations, aussi bien en 2006 qu'en 2011 ont été effectuées à découvert. C'est en tant que chercheur que nous nous sommes présentés aux observés. Le statut de professionnel a été partiellement dévoilé et plus systématiquement annoncé en 2011. Des marques de valorisation du travail des acteurs ont été parfois nécessaires pour justifier d'accompagner l'infirmier auprès d'un patient¹⁸. L'écoute des acteurs évoquant des problématiques extérieures à l'objet de recherche est souvent un préalable à tout entretien.

En 2006 par contre, notre approche est celle d'un observateur non participant, ce qui a pu empêcher l'observation de certaines interactions puisque nous étions moins autorisées à entrer dans la chambre des patients avec les infirmiers. En 2011, nous avons opté pour une observation participante limitée, ou « observation participante périphérique » (P. A. Adler et P. Adler, 1987) justifiée par la nécessité d'un degré d'implication plus grand pour comprendre le point de vue des acteurs mais limité pour favoriser l'analyse des situations observées (G. Lapassade, 2001). Les infirmiers effectuent des soins en étant le plus souvent seuls avec le patient¹⁹. Participer aux soins au même titre qu'un membre de l'équipe n'aurait pas permis d'observer la pratique des autres infirmiers. La question de la responsabilité professionnelle se serait également posée, puisque nous n'étions pas employée par les institutions d'accueil. La participation aux soins est cependant restée limitée à des aides ponctuelles envers les soignants : manipulation et installation des patients, réfection des lits, assemblage du matériel nécessaire pour un soin donné.

Durant l'ensemble des périodes de terrain, les séquences d'observation ont été inégalement réparties entre les différents temps de travail des infirmières²⁰ : en 2006, les horaires des infirmières ont été suivis, alors qu'en 2011, ces séquences ont été réparties en deux ou trois

¹⁸ A l'exception des observations rendues possibles lorsque le soignant ne ferme pas la porte de la chambre. Voir à ce sujet, notre mémoire, page 8.

¹⁹ Certains actes mettent en œuvre une collaboration parfois étroite existant avec les aides-soignants ou avec les ASH (Agents de Service Hospitalier) : personnel qui s'occupe du confort hôtelier des patients, essentiellement le nettoyage des locaux et la distribution des repas.

²⁰ Dans la plupart des services hospitaliers, les infirmières travaillent suivant des tranches horaires réparties en : matin (6h30-14h environ), après-midi (13h30-21h00 environ), nuit (20h30-7h00 environ).

matinées et deux ou trois après-midi. Par la suite, deux à trois infirmiers ont été accompagnés avec leur accord, dans les chambres lors de soins réalisés²¹.

Aucune durée de présence n'est recommandée mais elle doit être suffisamment longue pour permettre au chercheur de comprendre les liens et les mécanismes fins qui s'établissent à l'intérieur du groupe social. Elle doit également permettre, dans le cadre d'une recherche exploratoire, de cerner les différentes problématiques qui touchent ce groupe et d'en comprendre la complexité, avant d'émettre des hypothèses. Jean Peneff (1992) a ainsi passé plus d'une année à mi-temps dans un service d'urgence ; Anne Véga (2000) a passé plusieurs mois dans un service de neurologie. En 2006, la durée de présence sur chaque terrain était d'environ 50 heures réparties sur deux à trois semaines. En 2011, cette durée a été plus courte, 40 heures environ sur un même terrain, concentrée sur une semaine. La raison vient en partie d'une vigilance plus grande de la part des cadres de santé de faire respecter, le maximum de 35 heures prévues sur la convention de stage, ainsi qu'une difficulté à négocier un temps de présence plus long. Ces durées peuvent paraître courtes mais le fait d'être professionnel rend plus rapide la compréhension des organisations et des collaborations entre les acteurs. Le fait de se présenter comme professionnel aussi permet une meilleure acceptation par les équipes et facilite l'abord rapide de sujets délicats comme le refus de soin ou des pratiques dérogatoires aux protocoles officiels. Enfin, la quantité d'informations observables dans une unité hospitalière est très concentrée et diversifiée. Le chercheur doit alors trouver le moyen de cibler les éléments pertinents sans se trouver submergé d'informations annexes dont la quantité ne permettrait pas le traitement ultérieur.

Chaque arrivée sur un nouveau terrain d'observation a débuté par un entretien avec le cadre du service, pour récolter au plus tôt de précieuses informations sur l'unité hospitalière, ses orientations de soin, les types de patients accueillis, des événements récents qui ont pu marquer l'équipe de soin, les problèmes récurrents rencontrés. Des entretiens plus formels ont été réalisés plus tard dans le stage. L'accord pour l'observation directe, bien qu'obtenu par l'administration hospitalière et les cadres de proximité, a été recueilli de la part de chaque infirmier pour les temps passés avec eux lors de leur soin. Par contre, l'accord des personnes entrant dans cette interaction - patients, médecins, autres personnels hospitaliers, n'a pas été systématiquement demandé sauf pour l'autorisation de participer à la visite des patients avec l'équipe médicale, ou encore la demande formelle d'une infirmière à un patient de me permettre de rester (pratique très variable d'une infirmière à l'autre).

²¹ A l'exception de soins mettant à découvert l'intimité des patient (toilette génitale, sonde urinaire) ou de soins pour lesquels les présences doivent être limitées comme les soins pratiqués en isolement septique.

Les problèmes éthiques liés à l'observation directe

La méthode de l'observation directe pose de nombreux problèmes d'éthique de la recherche. Nous pouvons les regrouper en trois thèmes : les difficultés vis-à-vis des acteurs, puis vis-à-vis de situations dans lesquelles l'intervention du chercheur est questionnable. Enfin, la retranscription de scènes ou de constats peut poser au chercheur des problèmes moraux.

Vis-à-vis des acteurs, les principaux problèmes viennent du caractère à découvert ou incognito de la recherche.

En principe, toute recherche devrait s'accompagner d'une information sur l'observateur, les modalités et les objectifs poursuivis. Toute dissimulation devient un contournement de leur acceptation à se laisser observer et à répondre aux questions du chercheur.

Aucune autorisation n'est requise en France pour des recherches qui n'ont pas d'impact direct sur les soins et les traitements des patients. Il existe peu de textes en France²² équivalents de celui de *l'American Sociological Association*²³ aux Etats-Unis ou de l'Enoncé de politique des trois Conseils²⁴ au Canada. Mais cela ne dispense pas le chercheur d'aborder les personnes rencontrées en respectant un certain nombre de principes, dont le premier est de ne pas nuire à ceux qui sont sollicités par son enquête (C. Vassy, R. Keller, 2008).

Le statut de professionnel -mais pas celui de chercheur- a été dissimulé en 2006 et en partie²⁵ en 2011. Cette modalité a été guidée surtout par le choix de ne pas participer aux soins. En effet, il aurait été délicat de justifier auprès des soignants aucune participation en se présentant uniquement comme professionnel.

Enfin, dans toute observation à découvert, les personnes à proximité des enquêtés ne sont pas informés de la présence du chercheur ni de sa recherche : patients, familles, personnels de l'hôpital non attachés à l'unité comme les kinésithérapeutes, les agents de service et assistant social. Ceci impose au chercheur de prêter attention à la position dans laquelle les acteurs le placent. M-A Arborio (2001, p92) recommande de limiter le plus possible l'identité sociale réelle du chercheur. L'objet de la recherche est plus problématique à communiquer, car il est difficile au

²² A l'exception notable de l'Association Française de Sociologie (AFS) qui a publié une charte déontologique de la recherche en sociologie, en 2009, modifiée en 2011.

²³ Texte disponible sur le site de l'association: <http://www.asanet.org/about/ethics.cfm>

²⁴ Texte disponible sur le site du Groupe consultatif interagences ne éthique de la recherche : <http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/policystatement/policystatement.cfm>

²⁵ Nous nous sommes présentés comme infirmier et non comme cadre infirmier, pour éviter toute confusion avec une supervision des pratiques.

chercheur d'explicitier aux enquêtés ce qu'il vient observer, son objet étant en cours de construction.

Le problème de l'intervention du chercheur qui opte pour l'observation non participante ou partiellement participante, se pose essentiellement dans deux cas : soit des acteurs le sollicitent directement, soit la non intervention pose véritablement problème au chercheur.

Nous avons vu plus haut, que ne pas répondre lorsqu'il est sollicité par les acteurs, peut se révéler plus dommageable pour le chercheur. Son interpellation lui montre qu'il est investi d'un savoir par les acteurs. Rester sur la réserve au nom d'une *extériorité de posture* (A-M. Arborio, 2001, p96) rend confuse son identité aux yeux des acteurs.

La ligne de conduite suivie dans ces situations a été de se servir de ces sollicitations pour renvoyer certaines de leurs questions aux acteurs, susciter le dialogue autour de leurs pratiques et de celles de leurs collaborateurs. Ainsi en salle de pause, les infirmiers nous demandent de participer au dialogue avec l'interne au sujet d'un patient qui venait d'accepter une nouvelle cure de chimiothérapie [terrain G]. Ce traitement avait été présenté par le médecin comme permettant de « gagner quelques mois ». Les infirmiers questionnent la qualité de vie durant ces quelques mois, après les nombreux effets secondaires que ce patient avait déjà présenté lors des précédentes cures. Ils privilégiaient un retour à domicile, souhaité par le patient, tant que son état général le lui permettrait. Le médecin avançait une « perte de chance » et une faute déontologique de ne pas proposer cet ultime traitement au patient. Notre positionnement de chercheur ne peut pas nous permettre de trancher pour l'un ou l'autre position. Il est préférable de questionner les acteurs en présence pour clarifier leurs positions respectives.

Nous avons aussi été sollicitée de manière plus générale par des infirmiers sur leurs difficultés de collaboration avec les médecins. L'enjeu ne se pose pas en terme de savoir, ni de prise de décision, et la posture est d'abord celle d'un écoutant. Ce type de sollicitation est une source précieuse d'information sur le fonctionnement d'une équipe, des formes de souffrance au travail, à condition de séparer dans le discours qui est tenu ce qui relève de problématiques professionnelles et de problématiques personnelles comme un vécu familial difficile au moment de l'entretien.

La tentation d'intervenir en situation s'est posée à plusieurs reprises. Par exemple une jeune infirmière qui ne sait pas comment effectuer un prélèvement d'urine sur sonde et qui nous demande comment faire [terrain C]. Ou une infirmière qui, face au refus d'une jeune patiente de recevoir la dernière injection d'antibiotique parce que l'acte est douloureux, ne propose pas de

l'associer à un anesthésique, alors que c'est une pratique usuelle [terrain B]. Le cas de pratiques illégales ou à la limite de la légalité est le plus problématique, en particulier s'il s'agit d'une pratique généralisée d'actes réalisés de manière habituelle sans aucune prescription ou protocole médical [terrain D]. En tant que chercheur le dilemme est le suivant : censurer toute participation et observer comment les acteurs agissent, ou intervenir au risque de biaiser ses résultats. En tant que professionnel, la problématique se formulerait comme ceci : ne pas intervenir car les patients ne sont pas sous sa responsabilité, ou bien intervenir car sa déontologie lui impose de se soucier du bien d'une personne malade.

Dans le premier cas, nous avons sollicité directement l'infirmière en poste. Elle a dit manquer d'expérience. Nous avons donc répondu brièvement mais surtout questionné sur le raisonnement qu'elle applique à une situation nouvelle et sur ce qu'elle fait habituellement lorsqu'elle se trouve en difficulté.

Le second cas est plus délicat. Nous avons laissé l'infirmière discuter avec la patiente sans intervenir, pour observer les arguments qu'elle déploie afin de la convaincre d'accepter le produit. Puis, en dehors de la chambre, nous avons questionné l'infirmière sur des alternatives possibles pour répondre à la peur de la patiente d'avoir mal.

Le dernier cas est complexe car il met en jeu un fonctionnement d'équipe et pas seulement le savoir-faire individuel en situation. Le risque de mécontenter le groupe observé, de ternir la réputation d'une unité, voire d'une profession sont-ils des motifs suffisants pour ne pas dévoiler des pratiques illicites ? Et que faire de ces observations sur le terrain concerné ? Le dévoilement de pratiques hors normes est un effet de la recherche elle-même et le chercheur doit la prendre en compte et questionner pourquoi le groupe ou un sous-groupe se trouve amené à adopter des pratiques déviantes.

Ce qui nous a surpris concernant les exemples cités, sont la relative facilité avec laquelle les observés en parlaient ainsi que la minimisation des conséquences sur les patients. Le défaut de collaboration entre infirmier et médecin, ou l'incapacité à assurer une surveillance adéquate du patient étaient mises en avant, tout en reconnaissant qu'il ne s'agissait pas de pratiques légales. Les réponses des soignants questionnés sur ces pratiques constituent un matériau très précieux à collecter. Nous avons questionné les acteurs pour les amener à s'interroger sur leurs pratiques et les encourager à ouvrir certains débats avec l'équipe médicale et d'encadrement soignant. La durée de l'observation nous a semblé cependant insuffisante pour comprendre les enjeux d'un tel fonctionnement et mesurer les conséquences d'une discussion ouverte avec l'encadrement

soignant ou médical de cette unité. La compréhension incomplète des situations observées fait en effet partie des limites de cette technique.

Les limites de l'observation directe

L'écueil le plus courant avec la méthode de l'observation directe est que le chercheur pense que le réel se « donne » à voir (A-M Arborio 2007). Il ne voit souvent que ce qu'on le laisse regarder ou ce qu'on lui montre. Il peut alors se laisser abuser par un comportement des acteurs qui ne reproduit pas leur façon habituelle d'agir mais qui s'adapte à sa présence. La participation et la confiance des acteurs limitent ce biais. C'est surtout la qualité de professionnel qui permet d'atténuer cet effet car il est supposé vivre des situations similaires dans sa pratique et être à même de comprendre leur manière d'agir. Beaucoup d'expressions comme « tu vois ce dont je parle », ou « je suis sûre que toi aussi, tu dois vivre des situations comme celle-là » nous sont adressées comme autant de points de convergences dans notre travail.

L'autre piège est de faire de l'observation directe un « alibi » pour une pensée qui a déjà forgé son jugement sur le sujet de recherche, sans s'astreindre au recueil puis à l'analyse systématique des observations. Le chercheur risque alors de ne trouver que ce qu'il intuitionnait déjà et d'orienter son regard uniquement vers les observations qui servent à le démontrer. Dans ce cas, l'observation directe devient un simple déplacement sur le terrain pour interviewer ou questionner les acteurs. Elle ne sert qu'à illustrer des généralisations discursives au lieu d'être le point de départ de toute interprétation (J. Penneff, 1992, p.241).

Une autre raison à cela est que le chercheur ne sait pas toujours ce qui est un fait significatif pour sa recherche. Un événement ponctuel qui vient rompre la routine des soins, tout en restant isolé, est-il pertinent ? Un acte de pure routine, exécuté quotidiennement ou plus, est-il plus révélateur, et de quoi ? « Rien n'indique au chercheur quels sont les critères significatifs. Dans une enquête d'exploration, ils sont, par définition, inconnus » (M. Grawitz, 1996, p 707). Autrement dit, comment le chercheur peut-il savoir qu'il observe des phénomènes pouvant être reliés à une cause commune ?

La réponse ne peut résider selon nous que dans un savoir accumulé sur le groupe, sur le domaine concerné, et sur des domaines analogues. Ici, la connaissance personnelle et approfondie du travail infirmier, l'expérience du travail professionnel dans plusieurs services et la connaissance des autres professions en lien direct avec celle d'infirmière, constituent un atout

pour distinguer un phénomène nouveau ou pour relier différentes observations entre elles. Cette connaissance pratique permet de repérer rapidement ce qui est différent d'un terrain à l'autre.

De façon générale, les scènes de tension constituent des révélateurs des attentes des acteurs par rapport à la situation. La contrariété les porte alors à mobiliser des émotions, un langage et une conduite qui traduisent ces attentes et qui sont rendues observables. Cependant, le comportement et le dialogue observés peuvent ne pas refléter le positionnement réel du soignant. Ses motivations à agir échappent en partie à l'observation directe. A moins de lui poser la question - et encore faut-il supposer qu'il soit sincère - il est difficile de déduire une manière de penser d'une manière du comportement observé chez lui. Philippe Svandra (2007) par exemple, ouvre sa thèse (2007) en relatant la scène qu'il observe ou une aide-soignante de son service prend dans ses bras - avec beaucoup de naturel, semble-t-il - la fille d'un patient qui vient de décéder, avant de se rendre compte en dialoguant avec elle, combien elle aurait préféré ne pas travailler ce jour là et combien ce geste lui a coûté.

C'est pourquoi nous avons complété ce recueil par des entretiens (voir ci-dessous 2.1.2.3). Enfin, l'observation directe sollicite les différents sens du chercheur ainsi que sa mémoire.

Mais celle-ci ne peut retenir avec exactitude l'ensemble des scènes auxquelles il a assisté. C'est pourquoi la tenue d'un journal de bord est un outil complémentaire de l'observation pour le recueil de données²⁶.

2.1.2.2 Le journal de bord

La transcription écrite des situations vécues et observées est indispensable pour conserver et analyser les données de l'observation participante. Si **la forme** en est assez libre, certaines conditions permettent de garantir la qualité des informations recueillies. Au-delà de cette fonction, le journal de bord constitue aussi un outil réflexif permettant de **construire l'objet de la recherche** durant la phase même de l'observation. Elle comporte également **des limites**.

²⁶ L'enregistrement vidéo, qui est un mode de recueil possible, reste très rare en milieu hospitalier, pour des raisons de confidentialité.

La pratique du journal de bord

La méthodologie de la prise de notes n'est pas fixée et dépend du type de recherche réalisé. L'objet est déterminé de manière plus ou moins précise en amont de l'observation de terrain.

Nous avons tenu un journal de bord durant nos observations en 2006 et en 2011. Ces écrits représentent une cinquantaine de pages retranscrites sur fichier Word en 2006 et un peu plus d'une centaine de pages en 2011. Cette différence s'explique par la part plus importante prise par les entretiens en 2006, qui ont été plus difficiles à réaliser en 2011. Les temps de prise de notes dans le journal de bord faisaient immédiatement suite aux temps d'observation.

En pratique ont été consignés : date et heure de la séquence d'observation, durée, description du lieu, circonstances et acteurs présents ainsi que leur rôle, gestes accomplis en précisant dans quel ordre, ainsi que des courts dialogues avec les patients.

La prise de notes doit s'efforcer d'être impartiale (L. Jovic, 1990). Il faut donc éviter autant que possible d'interpréter la scène observée en choisissant des éléments à écrire ou non et éviter d'émettre des jugements sur ce qui a été observé comme « l'infirmière répond joyeusement » ou « le patient est agressif avec l'infirmière », mais décrire des comportements : « l'infirmière répond en souriant », « le patient s'agrippe au bras de l'infirmière », ou crie, etc. La technique de notes d'observation peut être plus ou moins structurée (L. Jovic, 1990), allant de l'observation avec une grille ou un tableau répertoriant des critères très précis et s'attachant à un comportement ou un type d'acte. Par exemple la pose d'un médicament par perfusion, un entretien d'accueil/admission. Elle peut aussi être peu structurée, par des notes-échantillons portant sur des contextes, des soins différents. Les premières sont propices à la vérification d'hypothèses, les secondes orientent plus vers une recherche exploratoire ou compréhensive, ce qui est le cas ici. Observer les dialogues, les attitudes, la trame relationnelle qui se forme ou non entre une infirmière et le patient, est l'objet principal sur lequel porte l'observation, et au départ, se veut l'objet de l'analyse. Par exemple le pourquoi de l'interaction, les positions occupées par l'un et l'autre, de quoi ils discutent, leurs jeux de regards, ou encore comment se font l'entrée et la sortie des acteurs.

Cependant, la prise de note ne doit pas susciter de gêne ou de suspicion de la part des acteurs. Ceci peut devenir le sujet de plaisanterie qui met le chercheur à part du groupe par cette pratique « étrangère » ou peut nuire à la poursuite du travail si les observés pensent que le chercheur fait « un rapport sur eux » (J. Peneff, 1992, p248).

La tenue quotidienne d'un journal de bord, au-delà du matériau de recherche brut, vient placer le praticien-chercheur dans une position proche de celle d'un témoin qui retranscrit ce qu'il a vu, entendu, mais aussi compris ou questionné. Ce travail d'écriture permet une prise de recul du chercheur. Dans la retranscription immédiate, nous n'avons rien censuré de nos observations ni de nos réactions dans les situations ou avec les soignants rencontrés²⁷. Une autre raison pour retranscrire le plus possible d'informations est que le chercheur ne sait pas toujours avec certitude ce qui va être pertinent ou non pour la suite du travail. Cette rédaction contribue à construire ou préciser son objet de recherche par le questionnement de ce qu'il observe.

La construction de l'objet de la recherche

La tenue du journal est un point de départ à l'analyse des situations et à la pose d'hypothèses par induction. La reprise et l'analyse des notes ainsi produites est indispensable pour extraire ce qui est significatif et spécifier l'objet de la recherche. Celui-ci, dans le cadre d'une recherche exploratoire, reste par définition en grande partie à préciser. Et ce travail n'est pas linéaire mais séquentiel (H. Becker 1958). Cela signifie qu'un travail de réflexion bien particulier a lieu avant d'aborder les terrains, durant les observations puis après la sortie du terrain. Les notes-repères (A-M. Arborio 2010, p55) sont complétées par une réflexion qui intervient pendant leur relecture. Plus les notes sont fournies en détails et renseignées sur la manière dont le chercheur a vécu la scène ou ce qui l'a marqué, plus le souvenir en est précis, et surtout suscite d'autres réflexions ou d'autres points de comparaisons entre les différents terrains. S. Kleinman et M. Copp (1993) réfutent l'idée que pour faire une bonne recherche, le chercheur doit ou seulement puisse mettre de côté tout affect qu'il porte à son sujet. Elles font de l'identification des émotions suscitées, un élément d'analyse et de meilleure compréhension du chercheur sur son sujet. Ces éléments sont consignés dans les journaux de bord rédigés sur les différents terrains : ce qui surprend, qui choque ou qui heurte les affects du chercheur devient une partie du matériau de recherche, et cette réflexivité permet d'inférer des piste de réflexion

²⁷ Voir au paragraphe 2.1.1.2 l'importance de cette modalité pour éviter ensuite les comparaisons entre les situations observées et notre propre pratique.

Lors de cette reprise il est nécessaire de séparer les éléments descriptifs dans les observations, de ce qui relève de réflexions personnelles suscitées par les scènes transcrites et enfin, ce qui relève d'un commencement d'analyse de ces situations. La construction de l'objet, qui est classiquement première dans la recherche, se trouve intégré au processus de recherche lui-même.

Les limites du journal de bord

Le grand avantage de cette technique est sa prise directe sur le présent et sur le réel. Contrairement à un entretien où l'interviewé peut dissimuler certaines données, en éluder d'autres, même involontairement, ou par incompréhension de la question, l'observation directe et sa retranscription permettent au chercheur de faire des constats de type quantitatif ou qualitatif sur un phénomène.

Une des limites principales est le volume des écrits produits par cette technique, qui peut être un frein pour le chercheur s'il a peu de temps à consacrer à l'exploitation du matériau (H. Becker, 1958). Mais la quantité de données est aussi limitée à l'autre extrémité, par les limitations que constituent la mémoire et l'écriture. En effet, il paraît illusoire de penser pouvoir tout écrire parce qu'il est illusoire de penser tout se rappeler. Lors de la consignation écrite des différents éléments, le chercheur se repose sur sa mémoire exclusivement, qui est un premier filtre de l'information. D'où l'importance de procéder à la retranscription au plus près de l'évènement. Cependant, il arrive que certains éléments soient ajoutés par leur rappel que le soir voire le lendemain matin, ce qui montre que d'autres détails potentiellement significatifs sont sans doute perdus. Le chercheur, même en voulant transcrire le maximum d'éléments, opère toujours une construction de ses propres données, en effectuant une sélection dans ses descriptions et en interprétant ce qu'il a vu à travers le langage qu'il adopte (M. Hammersley, 2010).

L'envahissement de l'opinion des acteurs (J. Penneff, 1992, p.250) est une autre limite classique. Contrairement à l'expérimentateur, le chercheur qui pratique l'observation de terrain ne maîtrise pas les paramètres du terrain. La difficulté peut être contournée en observant les réactions que produisent tel comportement de l'infirmière chez le patient et quelles interrogations en retour sont formulées par l'infirmière. Par exemple, un trait d'humour de la part d'une infirmière qui est interprété comme une moquerie par la patiente. Certains de ces phénomènes ont pu être relevés lors de justifications offertes par des infirmières après un passage en chambre. « Je lui ai répondu ce que je pensais qu'elle voulait entendre » en parlant d'une patiente qui questionnait l'infirmière sur son état de santé, ou encore « Je ne suis pas tout le temps comme ça,

mais aujourd'hui c'est trop » me dit spontanément une infirmière qui venait de hausser le ton avec un patient.

Pour compléter la connaissance des terrains observés, il importe de recueillir aussi les discours plus personnels des soignants par rapport à leur travail quotidien et leur environnement. C'est pourquoi nous avons procédé à des entretiens semi-directifs à l'aide de la technique de l'entretien compréhensif.

2.1.2.3 L'entretien compréhensif

L'entretien compréhensif constitue une méthode très spécifique qui repose en partie sur la posture particulière de l'enquêteur, qui s'engage activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté (J-C. Kaufmann 1996, p. 17). Les **modalités selon lesquelles ces entretiens se déroulent** ont leur importance, de même que **l'attitude de l'intervieweur**. Elles conditionnent la qualité du **matériau recueilli**.

Le déroulement des entretiens

Des entretiens ont été réalisés auprès d'infirmiers en 2006 et en 2011. Trouver un lieu adéquat ne s'est pas fait sans complications. Certaines unités de soin disposent d'une salle de réunion [terrain B] ou bien le cadre de santé a mis son bureau à disposition [Terrains C et E]. Les salles de repos du personnel ont rarement été utilisées [terrains D et G] car les interruptions sont trop nombreuses. Tous les entretiens ont eu lieu durant le temps de travail des soignants, ce qui explique leur durée très inégale. Ces entretiens ont été moins nombreux en 2011, du fait d'une charge de travail intense dans les unités visitées.

Des entretiens-test avec des soignants exerçant en soins palliatifs avaient eu lieu dans une pièce de repos, à proximité mais en dehors de leur service de soin. Ils se sont déroulés sur rendez-vous, en dehors du temps de travail.

Les entretiens avec les cadres de santé ont été réalisés en 2011, sur le lieu de travail et durant le temps de service. Ceci permet un ancrage plus direct avec les situations de soin du service, mais rend aléatoire leur possibilité. Ils se sont déroulés dans leur bureau, mais ont été interrompus cinq fois en moyenne, par des coups de téléphone ou des collègues de travail.

Les entretiens avec les représentants des usagers ont eu lieu dans leurs locaux professionnels ou dans les nôtres, sur rendez-vous.

Tous les participants interviewés étaient volontaires pour répondre aux questions. Le consentement de chaque personne interviewée a été recueilli oralement. Seules deux infirmières ont refusé d'y participer. La thématique très générale leur était transmise avant d'entamer les questions : l'émotion dans les soins (2006) ou l'information du patient (2011). L'ensemble des entretiens a été conduit avec cette méthode à partir d'une grille de questions. Chaque entretien était enregistré sous un format numérique avec l'accord du répondant. Deux soignants et un représentant des usagers ont refusé ce dispositif. Leurs réponses ont été recueillies par prise de notes. Enfin, c'est la personne interrogée qui clôt l'entretien. Il lui est demandé systématiquement si elle souhaite ajouter d'autres éléments à ce qui vient d'être dit.

Chaque entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale, complétée si nécessaire par une information sur l'état émotionnel particulier du répondant : est-ce qu'il souriait, riait, se montrait anxieux ou triste, laissait-il un moment de réflexion avant de répondre ou était-il spontané ?

En 2006, vingt sept entretiens ont été réalisés auprès d'infirmiers. Leur ancienneté dans le métier allait de deux mois à vingt-cinq années. En 2011, outre les cinq entretiens test avec des soignants de soins palliatifs, d'ancienneté entre quatorze et trente cinq années. Nous avons réalisé six entretiens avec des infirmiers, sept avec des cadres de santé et quatre avec des personnes représentant les usagers du service public de santé, tous ayant une expérience de plus de deux ans. Des discussions plus informelles et non enregistrées sont également réalisées en 2011 avec des infirmiers des 3 services visités. Leur contenu est repris dans les journaux de bord.

Plusieurs questionnaires²⁸ ont été élaborés pour les entretiens, qui ont poursuivi des objectifs différents.

L'attitude de l'intervieweur

L'attitude de l'enquêteur détermine la qualité des réponses qu'il reçoit. « Le moindre sourire de l'enquêteur influence les propos de l'interviewé » (J-C. Kaufmann, 1996). La posture de l'intervieweur dans l'entretien compréhensif repose sur l'empathie afin de créer un climat de confiance avec la personne interrogée. Son engagement le fait sortir de sa réserve de neutralité.

²⁸ Ces grilles sont reproduites en annexe 2 de ce travail.

Il doit montrer à son interlocuteur que ses paroles sont importantes, l'encourager à aller plus loin par des pauses, des relances sur les derniers mots prononcés ou revenir sur une idée émise à un autre moment mais de laquelle l'interlocuteur a pu dévier. Il peut aussi utiliser le charme, la séduction et l'humour. Ce climat de confiance est favorisé de plusieurs manières. L'utilisation du « tu » avec les soignants, renforce le rapprochement déjà travaillé dans la technique de l'observation participante. Le tutoiement est très courant entre collègues infirmiers, y compris ceux qui ne sont pas amenés à collaborer au quotidien.

Ces éléments permettent d'entrer dans le monde de l'observateur (J-C. Kaufmann, 1996, p54) et obtenir des réponses aussi riches que possibles. Son objectif est d'obtenir une explication compréhensive du social (J-C. Kaufmann, 1996, p23). Ce qui est dit lors d'un entretien compréhensif, l'est dans la perspective de l'acteur, depuis sa place dans l'équipe de soin et depuis sa place d'infirmière au sein de la société et de l'institution dans laquelle elle exerce.

Dans le déroulement de l'entretien, il importe d'instaurer le ton d'une conversation plutôt qu'un entretien formel. « On bavarde autour de l'objet ». Des questions *brise-glace* sur l'interlocuteur, ses motivations et des éléments de sa biographie, permettent de signifier l'attention que l'enquêteur porte au répondant, car son but est découvrir le monde de son interlocuteur et pour cela, il doit s'efforcer d'oublier ses propres opinions. Ainsi, toute attitude de refus ou d'hostilité, quelles que soient les idées de celui qui parle, sont à éviter s'il veut vraiment le comprendre. « Il reprendra ses idées une fois l'entretien terminé » (J-C. Kaufmann, 1996, p.52).

A. Pezalla *et al.* (2012) ont cependant montré l'importance de moduler l'implication du chercheur dans l'entretien. Si un ton enthousiaste et encourageant permet de susciter des réponses plus personnalisées, un ton plus neutre et détaché laisse à l'interviewé l'espace nécessaire pour aborder des sujets plus dérangeants. Par exemple, lorsque que nous cherchons à en savoir plus sur des questions embarrassantes comme celle des conflits entre l'enquêté et des patients ou que nous cherchons à en savoir plus sur des pratiques à la limite de la légalité, observées dans le service.

La qualité de professionnel est aidante lors de ces entretiens car elle permet d'installer rapidement une proximité avec le répondant, l'encourageant à se confier plus facilement. Mais cette connivence peut vider les réponses d'une partie de leur contenu, générant des réponses de surface. Par exemple : "tu vois ce que je veux dire", "tu sais de quoi je parle puisque tu es professionnelle aussi", ou retournant la question sur l'enquêteur « comment ça se passe dans ton service à toi ? ».

Les limites de la technique de l'entretien compréhensif

Le discours subjectif du répondant ne s'oppose pas au réel. Il correspond à une construction de la réalité en même temps qu'une construction. « Celui qui parle ne se limite pas à livrer des informations : en s'engageant, il entre dans un travail sur lui-même, pour construire son unité identitaire, en direct, face à l'enquêteur, à un niveau de difficulté et de précision qui dépasse de loin ce qu'il fait ordinairement » (J-C. Kaufmann, 1996, p 60-61). L'entretien compréhensif postule que certaines idées ne pourraient être exprimées dans des conditions *naturelles*, par exemple devant un patient, ou en présence de collègues de travail. Le colloque singulier avec le chercheur permet une libération de la parole. Par exemple, les cadres de santé n'expriment que rarement leurs doutes ou leurs difficultés à négocier avec l'administration, en face de leur équipe. Les infirmiers font une nette distinction, dans les entretiens, entre ce qu'ils partagent ou non avec leurs collègues de travail.

Les limites de la technique de l'entretien sont nombreuses. Tout d'abord la fiabilité du discours du répondant, qui souhaite souvent se montrer sous son meilleur jour et peut enjoliver certaines scènes qu'il relate. D'où l'intérêt de procéder en parallèle à des observations directes, et amener le répondant à préciser et à nuancer ses réponses. Ce qui doit se faire avec beaucoup de tact pour préserver le climat de confiance instauré. En revanche, nous n'avons jamais utilisé le discours d'un soignant pour le confronter à celui d'un autre. En effet, revenir sur les déclarations d'un collègue, en particulier lorsqu'elles ont eu lieu dans le cadre d'un entretien, peut générer une gêne chez le répondant. Ces réserves sont notées également par Y. Knibiehler (1984) de la part des témoins qu'elle interroge pour sa recherche.

Le répondant peut aussi offrir un discours convenu, signe que la confiance ne s'est pas installée avec le chercheur. Etre aussi un professionnel permet de le détecter rapidement. Le mieux est de ne pas forcer la confiance, de passer à d'autres questions et revenir plus tard à celles qui posaient problème à l'interlocuteur. Si l'enquêteur doit s'efforcer de comprendre le point de vue du répondant, doit-il pour autant se montrer systématiquement d'accord avec ses propos ? Une attitude d'« *empathic disagreement* » (D.F. Gordon, 1987) permet de faire part d'un désaccord sans que l'entretien devienne conflictuel. La position du chercheur doit alors être affirmée et le cadre de la recherche suffisamment clarifié.

Les réponses données sont aussi le reflet d'un discours ambiant, celui de l'équipe soignante, ou de la profession. C'est en cela d'ailleurs que des éléments peuvent être inférés et permettent au chercheur de saisir la compréhension personnelle qu'a le répondant du phénomène social que le chercheur étudie, mais aussi comment le discours du répondant est influencé par le discours ambiant. Toutefois le chercheur doit rester conscient que son discours est parfois le reflet d'un désir de mise en conformité avec ce qu'il suppose être des réponses acceptables. Nous avons alors posé la même question avec une formulation différente à des moments différents de l'entretien.

Chaque point de vue recueilli en entretien est unique. La validité des données ainsi récoltées lors des entretiens ne peut être assurée que par la saturation des données. Cela se produit lorsque pour la même question, l'enquêteur ne recueille plus d'éléments nouveaux. Il peut estimer qu'il a recueilli l'ensemble des points de vue d'une même catégorie d'individus.

2.2 Les terrains explorés

Les techniques que nous venons de décrire ont été mises en œuvre dans des unités hospitalières en 2006 puis en 2011. Le choix de ces unités et les démarches réalisées obéissent à des critères particuliers (2.2.1). Nous allons décrire ensuite les différentes unités qui ont constitué notre terrain d'enquête, en 2006 (2.2.2) puis en 2011 (2.2.3). Enfin, nous précisons la manière d'exploiter le matériau recueilli (2.2.4).

2.2.1 Le choix des terrains et l'approche adoptée

L'objectif de l'exploration de différentes unités de soin est d'observer les interactions entre le personnel infirmier et les patients. Le choix des terrains est très vaste. Nous nous sommes concentré sur des terrains intra-hospitaliers et non au domicile ou en structure d'accueil de jour. Près des trois quarts des infirmières travaillent en institution¹. L'espace circonscrit qu'est un service de soin évite au chercheur de se retrouver avec un matériau trop abondant et disparate. Parmi tous les types d'unités hospitalières nous avons écarté des secteurs comme la psychiatrie, la pédiatrie ou la gériatrie, qui comportent des spécificités supplémentaires trop importantes comme l'intervention de la famille, ou la question des compétences cognitives des patients. Nous avons écarté aussi comme terrain d'observation des secteurs de soins comme la médecine d'urgence, les blocs opératoires, la réanimation ou les soins palliatifs², spécialités qui présentent des formes d'organisations trop éloignées des unités conventionnelles. En 2006, le choix s'est porté sur la médecine interne et nous avons visité quatre services de médecine interne dans quatre hôpitaux publics alsaciens. En 2011, nous avons choisi d'enquêter dans un seul établissement public en Alsace, mais en diversifiant cette fois les spécialités : nous avons opté pour un service de chirurgie, un service de pathologie thoracique et un service de cancérologie.

¹ Sur les 502 500 (47 861 en 2011 selon l'INSEE : 54 % des infirmiers sont salariés d'un hôpital public et 17 % d'un hôpital privé participant au service public ou n'y participant pas, soit 71% au total). http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfef06103 Infirmières diplômées d'Etat.

Source : La profession infirmière: Situation démographique et trajectoires professionnelles, Muriel BARLET Marie CAVILLON n° 101 – novembre 2010 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud101-2.pdf>

² Cependant, nous avons sollicité 4 soignants de soins palliatifs pour tester le second questionnaire, avant son utilisation en 2011. Ces entretiens sont notés E27 à E30.

Nous les désignons dans le corps du texte par les lettres A, B C et D pour les services de médecine interne explorés en 2006, et F, G et H pour les services visités en 2011.

Dans l'intervalle, quatre entretiens avec des soignants d'un service de soins palliatifs ont été réalisés sans avoir procédé à des observations de terrain. Ces entretiens sont notés de E.27 à E.30.

En tout, trente sept entretiens avec des infirmiers et des infirmières de terrain ont été réalisés durant ces stages. Ils sont désignés par l'unité dans laquelle le soignant exerce [A, B, C, D, E, F, G ou H] et un numéro déterminé par l'ordre chronologique de la réalisation de l'entretien.

Nous avons également procédé en 2010 et 2011 à des entretiens avec des cadres et cadres supérieurs de santé, listés de 1 à 7.

Ce corpus se complète de quatre entretiens menés avec des représentants d'usagers du service de la santé, dont les entretiens sont désignés par les lettres RU.1 à RU.4.

2.2.1.1 Le choix des terrains de stage

En 2006

L'essentiel du travail sur les terrains d'observation réside dans le recueil des discours d'infirmiers concernant leur métier. Le thème affiché était la place des émotions dans les soins. Notre objectif était alors de donner le plus possible la parole aux professionnels sur les problèmes de leur quotidien. La part d'observation directe était nécessaire pour comprendre leur environnement et leur vécu institutionnel, mais ne constituait pas le cœur de la recherche.

La procédure suivie pour solliciter un terrain d'enquête est simple. Dans un premier temps, nous avons contacté les cadres de santé des services choisis et leur avons expliqué notre demande et notre démarche de recherche. Ceci permet de gagner du temps en vérifiant leur disponibilité pour la période envisagée et leur réceptivité au projet. Les démarches administratives requises sont entamées ensuite, afin d'être accréditée comme « stagiaire »³. En tout, nous avons contacté cinq services et un seul a manifesté d'emblée un refus.

³ Les services administratifs contactés dans un second temps s'assurent systématiquement de l'accord du cadre de proximité avant de donner une réponse favorable.

En 2011

Contrairement à 2006, l'essentiel du travail a porté sur l'observation directe des comportements, des tâches et de leur répartition, et surtout des interactions avec les malades. Les entretiens ont une place dans cette phase de la recherche, mais s'inscrivent dans un processus de compréhension plus large portant sur la prestation et sa réception par le patient.

Nous avons déjà abordé plus haut la question du choix des terrains. Ajoutons ici qu'une de nos intentions initiales était de reprendre contact avec les services A, B, C et D pour une courte période d'observation à quelques années d'intervalle. De profonds changements avaient eu lieu entre 2006 et 2011 : une réforme hospitalière d'envergure⁴ et la refonte complète du programme d'enseignement des soins infirmiers. Des comparaisons entre ces deux périodes auraient été facilitées par l'homogénéité des sources.

Mais la démarche s'est avérée plus délicate qu'en 2006. En effet, notre demande a rencontré des réticences, voire une opposition franche à accueillir un stagiaire en service de soin, mais nous avons constaté également que la prise de décision pour cet accueil était devenu plus complexe (voir ci-dessous p. 147). Aussi avons-nous pris le parti d'élargir le champ d'investigations à d'autres spécialités que la médecine interne : ceci permettait d'envisager que d'autres problématiques éthiques pouvaient être soulevées, sans obérer complètement la possibilité d'une comparaison entre 2006 et 2011.

2.2.1.2 Les démarches entreprises auprès des établissements

Les démarches administratives

L'accès aux services hospitaliers comme terrain de recherche, requiert deux niveaux de négociation. Le premier niveau porte sur l'autorisation officielle donnée par l'institution de soin d'enquêter dans l'un des services hospitaliers. Formellement, une convention tripartite est signée entre l'université, l'institution d'accueil et le doctorant. S'ajoute à cela, selon les hôpitaux, l'envoi du projet de recherche écrit, le protocole comprenant de la durée hebdomadaire de présence, le

⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 : « Hôpital, Patients, Santé et Territoire »

planning quotidien de présence ou encore la copie du questionnaire prévu pour la tenue des entretiens.

Le second niveau correspond à ce qui est fourni par le chercheur pour acquérir la confiance des acteurs et leur faire accepter de travailler avec lui (Lapassade 2001). Nous avons repris ce même déroulement en 2011, avec plus de difficultés. Si les cadres de santé des services contactés ont manifesté plus de surprise ou de curiosité que de rejet, ils ont tous renvoyé notre demande au cadre de santé du pôle pour valider la possibilité d'effectuer un stage. L'apparition – du fait de la loi HPST - de ce nouvel interlocuteur dans la hiérarchie soignante peut en partie expliquer les difficultés qu'on vient de relater. En 2006, l'approbation du cadre de l'unité suffisait pour pouvoir contacter d'emblée les services administratifs chargés de signer les conventions de stage.

De manière générale, les cadres de pôle contactés ont émis plus de réticences. Les arguments pour refuser étaient une fois un conflit important entre l'équipe médicale et l'équipe soignante que ce projet risquerait de déstabiliser davantage, une autre fois la charge de travail beaucoup trop élevée pour *intégrer* un tel stage, ou encore l'absence temporaire du cadre de proximité, condition *sine qua non* pour autoriser ma supervision.

Les cadres de pôles qui étaient favorables à notre démarche ont demandé des renseignements plus exhaustifs sur le contenu du projet de stage, le dispositif de recherche et une copie de la grille d'entretien était demandée systématiquement. Nous avons déjà eu l'occasion de constater combien l'étiquette de chercheur en éthique pouvait dérouter les soignants de terrain, ne sachant pas trop où situer la discipline. Nous allons à présent détailler pour chaque période, les caractéristiques des différents terrains d'observation.

2.2.2 Description des terrains visités en 2006

Nous allons détailler les caractères généraux des unités hospitalières visitées.

2.2.2.1 Terrain A

Le terrain A est un service de médecine interne qui regroupe deux unités de trente lits chacune, réparties sur deux étages d'un même pavillon. Il comporte aussi un hôpital de jour, au premier étage, fermé au moment de l'enquête, et une salle d'endoscopie. Les chambres sont réparties le long d'un seul couloir. Outre la médecine interne, le service a une forte orientation de cancérologie. Le stage d'observation se limite à l'unité du rez-de-chaussée, durant une semaine, entre fin juin et début juillet 2006.

Le public accueilli est très diversifié, en âge et en type de pathologie. Néanmoins à cette période la proportion de patients âgés est plus importante. Les motifs de « déshydratation » et d'« altération de l'état général » figurent plus fréquemment parmi les motifs d'admission. Les admissions sont souvent non programmées, les patients étant adressés par les urgences de l'hôpital. D'autres patients viennent passer des examens invasifs comme des coloscopies, ou bien pour recevoir des traitements spécifiques comme des chimiothérapies anticancéreuses.

Description de l'équipe

L'équipe soignante comporte une dizaine d'infirmiers et une dizaine d'aide-soignants. Du côté médical, le service compte un chef de service, deux praticiens hospitaliers et deux internes pour chaque unité.

Organisation générale des soins

Trois équipes infirmières et aide-soignantes se succèdent : le matin de 6h30 à 14h, l'après-midi de 13h30 à 21h00 et la nuit de 20h30 à 07h00.

Le matin, la composition de l'équipe n'est pas toujours la même : il peut y avoir deux ou trois infirmières, et deux ou trois aide-soignantes, soit quatre à cinq soignants.

Lorsque trois infirmiers sont présents, les soins sont répartis de la manière suivante : une infirmière s'occupe de *la technique*⁵, qui comprend la préparation et la pose de médicaments en perfusion ainsi que les prises de sang. Elle passe l'essentiel de son poste « devant⁶ » et ses tâches consistent surtout à : relever et organiser l'application des nouvelles prescriptions médicales, prendre des rendez-vous d'examen complémentaires pour les patients, organiser les appels au brancardier et les transports par ambulance, préparer les dossiers des patients sortants et des patients entrants le jour même. Ce poste appelé par les soignants « être devant » en fait aussi l'interlocuteur privilégié des médecins et des internes, qui l'informent des admissions à prévoir ainsi que des problèmes dans l'application des prescriptions : retard, non application etc. La seconde infirmière organise la préparation et l'administration des prescriptions médicamenteuses par voie orale et elle effectue des soins d'hygiène comme les toilettes, avec l'une des aide-soignantes. La troisième infirmière n'effectue que des soins d'hygiène avec la seconde aide-soignante. S'il n'y a que deux infirmières au service, l'une reste « devant » et l'autre effectue les tâches de la seconde infirmière, et accomplit alors très peu de soins d'hygiène.

L'après-midi, l'équipe compte trois soignants : une infirmière et deux aide-soignantes, parfois l'inverse. Dans ce cas, une des infirmières prend en charge les soins sur prescription : médicaments, pansements, cathétérismes, etc. ainsi que le travail administratif : prise de rendez-vous, gestion des entrées et des sorties, et traçabilité des dossiers. Les deux autres soignants effectuent l'essentiel des soins d'hygiène et répondent aux questions des familles qui viennent visiter leurs proches.

La nuit, l'équipe se compose d'une infirmière et une aide-soignante, qui partage son temps entre les deux étages.

Principales difficultés observées ou rapportées l'équipe

Trois problèmes sont fréquemment rencontrés par l'équipe.

Un manque d'information sur les patients : quels diagnostics sont retenus ou simplement supposés, quels traitements sont envisagés, quelle information leur a été donnée ? La pratique de réunions hebdomadaires de staff a cessé avec l'ouverture de la salle d'endoscopie. Le nombre de patients accueillis a augmenté la charge de travail pour les médecins aussi bien que les infirmières. Ce temps de concertation a été abandonné. De plus, le dossier de chaque patient est séparé en

⁵ Nous aurons l'occasion de revenir sur ce terme qui désigne les soins médicotéchniques, réalisés par l'infirmier sur prescription médicale.

⁶ Selon l'expression couramment employée pour désigner la salle de soin qui se trouve à l'avant du service.

deux, la partie infirmière se trouvant dans la salle de soins avec la fiche de prescription et la partie médicale se trouvant dans le bureau des médecins.

Le deuxième problème fréquemment discuté touche également la collaboration entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale. La participation des infirmières à la «grande visite⁷» du service n'existe plus non plus. Des infirmiers soulignent un manque de considération ressenti de la part de l'équipe médicale pour leur travail.

Le troisième problème fréquemment mis en avant est le sentiment d'isolement de l'équipe soignante en raison de l'absence d'autres catégories de personnel comme une psychologue ou un kinésithérapeute, pour compléter la prise en charge des malades et les aider à comprendre certaines situations.

2.2.2.2 Terrain B

Ce service se compose de quatre unités : deux grandes unités de vingt sept lits d'hospitalisation et deux plus petites, d'une quinzaine de lits fermées l'été, pour les patients dont l'état est plus instable. Le stage a eu lieu durant 6 jours non consécutifs entre le 10 et 24 juillet 2006, alternativement dans les deux grandes unités.

Ce service accueille également des patients de tous âges et pour des motifs variés : patients âgés dont l'état clinique n'est pas compatible avec le maintien à domicile, réalisation d'exams spécialisés et bilans diagnostiques suivant l'apparition de différents signes cliniques (infections, douleurs,...). Le service a une seconde orientation vers la nutrition et l'endocrinologie. Il accueille des patients atteints de diabète déséquilibré, d'obésité ou plus rarement d'anorexie mentale. La durée moyenne de séjour des patients est de douze jours.

Description de l'équipe

L'équipe soignante compte huit à dix infirmiers par unité. Au moment du stage, les plus petites unités étant fermées, des soignants ont été déplacés pour assurer les soins en l'absence de leurs collègues partis en congés annuels. L'équipe médicale est plus étoffée que dans le service A, et comprend trois à quatre praticiens hospitaliers pour chaque unité, des internes et des externes dont nous n'avons pu connaître le nombre exact.

⁷ Ce terme désigne dans beaucoup de services hospitaliers d'établissements publics, une visite médicale comprenant le chef de service, les praticiens hospitaliers, les internes et les externes en stage dans l'unité.

Organisation générale des soins

Les horaires des équipes sont très similaires à ceux du service A.

Le matin, chaque unité du service B est divisée en trois secteurs de soin, supervisés chacun par une infirmière.

Deux aide-soignantes interviennent pour les trois secteurs. Les pauses ainsi que les temps de transmissions de la mi-journée ont lieu séparément, par secteur de soin.

L'équipe de nuit est composée d'une infirmière et d'une aide-soignante, les transmissions sont assurées par l'infirmier de chaque secteur successivement.

Principales difficultés observées ou rapportées l'équipe

Deux difficultés sont mises au premier plan par l'équipe.

La première est la grande diversité des problèmes de santé des patients et des soins et examens à prévoir, rend l'ensemble des prises en charge complexes, notamment les temps de relevé de prescriptions sont plus complexes et plus longs. Cela oblige à connaître de très nombreux protocoles. Mais cet aspect est aussi une motivation de certains pour travailler dans ce service. Chaque infirmier de secteur passe environ une heure le matin, de 11h à 12h à retranscrire les soins effectués et organiser les soins et les traitements pour les jours suivants.

La seconde difficulté concerne les prises en charge qualifiées de « plus en plus difficiles au plan psychologique » : patients en fin de vie, âgés ou non, mais aussi accueil des patientes présentant une anorexie mentale. Ces patients questionnent les soignants sur leurs pratiques et dans le second cas, sur le bien-fondé de leur hospitalisation dans un service de médecine interne au lieu d'un service de secteur psychiatrique.

Plusieurs soignants font état d'une amélioration importante de la prise en charge de la douleur par rapport à la situation plusieurs années auparavant. Il revient dans les discours que les prescriptions d'antalgiques sont plus systématiques avec une pratique plus fréquente des prescriptions anticipées, dont le moment d'administration est laissé à l'appréciation du professionnel infirmier.

2.2.2.3 Terrain C

Ce service de médecine interne comporte deux unités sur deux étages différents dans un pavillon situé au milieu de l'hôpital. L'unité du rez-de-chaussée, où se déroule le stage d'observation, comporte 30 lits d'hospitalisation, dont 6 chambres à un lit et les autres avec deux lits. Le stage a eu lieu entre le 24 juillet et le 7 août 2006, durant 6 journées non consécutives.

Description de l'équipe

Ils sont une douzaine d'infirmiers pour chaque unité. Nous n'avons pas recueilli le nombre exact d'aide-soignants. La moyenne d'âge de l'équipe infirmière est très jeune, presque tous ont entre 20 et 30 ans. Ils ont également assez peu d'ancienneté, 5 ans au maximum. Le cadre de santé lui-même est là depuis peu. L'équipe médicale comporte quatre praticiens hospitaliers. Au moment du stage, trois internes sont également présents.

Les patients sont admis pour essentiellement deux motifs : bilan diagnostique, et patients âgés fragiles dont le maintien à domicile est difficile.

Organisation générale des soins

Les horaires de travail de l'équipe soignante sont similaires à ceux des services A et B. Le matin, il se trouve deux infirmières et trois aide-soignantes. L'après-midi, trois à quatre soignants sont présents, dont la proportion entre infirmiers et aide-soignants est cependant variable.

Une fonction d'« infirmière de bureau » est assurée en alternance par l'ensemble du personnel infirmier⁸. Cette fonction consiste essentiellement dans la gestion administrative du service et des mouvements de patients : prises de rendez-vous pour des examens, préparation et programmation des examens de laboratoire, commandes spécifiques comme celle de poches de sang pour des transfusions, préparation des dossiers d'admission et de sortie des patients et attribution des chambres. Cette fonction est qualifiée d'« ingrate » et de « très stressante » par l'équipe infirmière car elle implique d'exécuter plusieurs tâches à la fois, tout en étant très fréquemment interrompu. Elle expose également le soignant à l'agressivité d'interlocuteurs téléphoniques ou qui se présentent en salle de soin.

⁸ Cette fonction n'est jamais assurée par les aide-soignants du service.

Des réunions pluridisciplinaires ont lieu chaque semaine durant une heure, pour faire le point sur la situation des patients accueillis au service. Un projet d'installation d'un programme informatique de gestion du temps de travail n'a pas été concrétisé pour des raisons budgétaires.

Les brancardiers venant chercher les patients pour des examens en dehors du service -- radiographie, scanner, gastroscopie -- mais ne sont pas autorisés à entrer dans les chambres. Les soignants installent les patients dans « le sas », sorte de renforcement à l'entrée du service. Les brancardiers viennent y chercher les patients, avec un temps d'attente qui varie de trente secondes jusqu'à dix ou vingt minutes. Cette procédure, lourde physiquement et chronophage est régulièrement critiquée dans l'équipe. Il n'est pas rare qu'un même patient fasse l'objet de trois à cinq examens différents dans la même journée. Les mouvements sont très nombreux durant toute la journée.

Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe

La diversité des situations rencontrées attire le personnel soignant et le motive à rester, en particulier les jeunes diplômés. Ils disent avoir beaucoup appris depuis qu'ils travaillent là. Mais ils questionnent leur avenir dans ce service car la charge de travail est très importante et le stress y est permanent. Le cadre de santé me confirme que le service C connaît un rapide turn-over des soignants, des infirmiers en particulier. La plupart des infirmiers préfèrent renoncer à leur pause de 15 minutes en fin de matinée ou en fin d'après-midi, pour pouvoir partir à l'heure.

Les deux problèmes le plus souvent exprimés sont d'abord une dégradation de la qualité du travail fourni. Ainsi, une des infirmières les plus anciennes me dit que la première tournée dans les chambres l'après-midi était assurée jusqu'à récemment par une infirmière et une aide-soignante mais que l'aide-soignante l'effectue désormais seule car la part des actes infirmiers et le turn-over des patients ont beaucoup augmenté. Elle regrette ce moment qui lui permettait de faire connaissance avec l'ensemble des patients hébergés et assurait une bonne cohésion avec l'aide-soignante. L'autre point mis en avant est le nombre d'examens complémentaires pratiqués qui est très élevé ; l'organisation de l'information ne permet pas de prévenir systématiquement chaque patient d'un examen prévu le jour-même ou le lendemain.

Enfin, le service accueille très régulièrement des patients en fin de vie pour lesquels des conflits se nouent régulièrement entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale concernant les antalgiques, le niveau de confort et l'information sur la conduite à tenir en cas d'aggravation ou de nouveau symptôme.

Par contre, les soignants apprécient la dotation en matériel médicotechnique dont bénéficie le service. Certains la comparent avec d'autres établissements. De plus, le respect rigoureux des procédures d'asepsie est un élément apprécié et mentionné par plusieurs infirmiers.

2.2.2.4 Terrain D

Le service de médecine interne D comporte une seule unité de 28 lits, dont les chambres sont en enfilade le long d'un seul couloir. Le stage se déroule sur 6 journées non consécutives entre le 11 et le 31 août 2006.

Les patients âgés représentent une forte proportion des personnes accueillies. Des questions de transfert vers des institutions de prise en charge de soins de longue durée ou vers une maison de retraite se posent très régulièrement. Une consultation d'alcoologie existe au sein de l'hôpital et des patients sont régulièrement admis au service D pour des cures de sevrage alcoolique, avant un suivi ambulatoire ou un séjour en postcure. Enfin, l'unité accueille également des patients pour des cures de chimiothérapie anticancéreuse.

Description de l'équipe

L'équipe soignante comprend une dizaine d'infirmiers et un peu plus d'aide-soignants. Outre un chef de service, l'unité comprend deux praticiens hospitaliers et plusieurs internes, dont nous n'avons pas le nombre exact.

Organisation générale des soins

Les horaires des équipes sont là aussi similaires aux services A, B et C. Le matin on trouve trois infirmiers et deux aide-soignants. Durant la période d'observation, le service accueillait également une étudiante en soins infirmiers et une élève aide-soignante. Le service est divisé en deux secteurs de soins, chacun supervisé par une infirmière. La troisième est qualifiée de « volante », chargée des prélèvements divers pour analyse au laboratoire, des pansements, des commandes et du rangement de matériel, et ponctuellement de soins de d'hygiène, réalisés avec les aide-soignants, suivant les besoins des patients hébergés.

L'après-midi, deux infirmiers travaillent avec un aide-soignant.

Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe

La structure hospitalière se trouve dans une ville de moyenne densité de population et il n'est pas rare que des infirmiers connaissent personnellement les patients accueillis en tant que voisin ou ami de leurs parents. Ces situations leur pose parfois des problèmes de confidentialité et les mettent dans l'embarras.

L'autre problème concerne le soin aux personnes en fin de vie. La prise en charge de la douleur est estimée insuffisante par les soignants qui estiment être souvent obligés de demander plusieurs fois aux médecins d'augmenter les doses et perçoivent l'absence de prescriptions anticipées comme un manque de confiance et un défaut de collaboration entre les équipes médicale et infirmière.

Les équipes de nuit soulignent un manque d'information et de clarté sur les niveaux de soin en cas de dégradation de l'état clinique des patients. Ce défaut de directives les place dans des situations de responsabilité qui dépassent leurs compétences. Cela les amène parfois à prendre des décisions inadaptées par rapport à la situation du patient. Par exemple, le recours au SAMU pour un patient âgé pour qui le médecin référent ne préconisait pas de réanimation mais sans l'avoir précisé dans le dossier.

Après les terrains de médecine interne explorés en 2006, présentons maintenant les terrains de chirurgie et de cancérologie, visités en 2011.

2.2.3 Description des terrains explorés en 2011

Ces terrains appartiennent à la même structure hospitalière. La réforme hospitalière de 2009 a introduit des modifications importantes, dont le regroupement des unités de soin en pôles de spécialités.

2.2.3.1 Terrain F

Le terrain F est un service de cancérologie qui fait partie d'un pôle comportant d'autres services et unités de soins. Le pôle de spécialités est éclaté sur plusieurs étages dans la structure. Deux unités conventionnelles sont dédiées à l'accueil et au traitement des patients chroniques. D'autres unités plus petites accueillent des patients instables ou pour des soins qui nécessitent des précautions d'hygiène renforcées. La semaine d'observation s'est déroulée du 7 au 11 mars 2011 sur l'une des deux unités conventionnelles uniquement.

Les patients sont accueillis pour le suivi de pathologies cancéreuses comme des leucémies et des lymphomes. Ils sont souvent assez jeunes - d'une vingtaine à une soixantaine d'années. La plupart d'entre eux sont régulièrement hospitalisés pour le suivi de leur maladie. Certains protocoles les contraignent à venir quelques jours par mois durant six mois.

Les soignants soulignent souvent le caractère rapide de l'avancée de la maladie et la dégradation physique parfois brutale de certains patients. Les multiples hospitalisations permettent de créer une grande proximité avec les soignants: certains patients tutoient et se font tutoyer par les soignants.

A l'entrée du service, on trouve une affiche reprenant la charte de la personne hospitalisée, et un peu plus loin, une affiche mentionnant la possibilité de contacter la CRUQPC⁹ de l'établissement. Passée la porte d'entrée, la salle de soin se situe sur la droite et comporte trois paillasses, une pour chaque secteur de soin, destinées aux préparations de perfusion. Au-dessus d'elles, des dossiers sont posés à la verticale pour signifier à l'infirmier en charge du secteur que de nouvelles prescriptions sont à relever. Dans le prolongement de la fenêtre, un ordinateur permettant la gestion informatique des produits de chimiothérapie, et un appareil qui « agite » doucement des poches de produits de greffe de moelle osseuse.

⁹ Commission de Relation avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge, anciennement « commission de conciliation », transformée par le décret n°2005-213 2 mars 2005, à la suite de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Ses missions sont les suivantes : veiller au respect des droits des usagers et contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

En sortant de la salle de soin, des chambres sont disposées en forme de U inversé. L'unité compte vingt six lits d'hospitalisation, dont trois en chambres permettant l'isolement protecteur des patients immunodéprimés, ou en traitement immunosuppresseur en préparation d'une greffe. Un ilot comportant une salle de planification des soins et un local de gestion administrative se trouve au centre de l'unité Le panneau mural répertorie les noms des patients présents et une planification de leurs soins : type de perfusion, examens prévus, date de transfert ou de sortie, isolement, dépendance physique, etc. Le local attenant contient les dossiers de soins, sauf les supports de prescription, et un ordinateur.

Description de l'équipe

L'équipe soignante comprend vingt cinq infirmiers et quatorze aide-soignants. L'équipe médicale comprend un chef de service, trois médecins senior, et plusieurs internes et externes de médecine. Leur nombre exact ne nous est pas connu.

Une équipe d'aumônerie ainsi qu'une psychologue, une diététicienne et une assistante sociale, interviennent aussi dans d'autres pôles de soins.

Organisation générale des soins

L'unité de vingt-six lits se divise en trois secteurs de huit à neuf patients, chacun sous la responsabilité d'une infirmière. Une quatrième est qualifiée de *volante*. Deux aide-soignants se répartissent les soins d'hygiène pour l'ensemble des secteurs.

Les après-midis, trois infirmiers sont présents, un par secteur, ainsi que deux aide-soignants. L'équipe de nuit se compose de trois infirmiers, une pour chaque secteur.

Après les transmissions de l'équipe de nuit qui ont lieu entre 6h30 et 7h00, la préparation des premiers traitements à administrer dure environ une heure. L'infirmier *volant* effectue durant ce temps les prises de sang prescrites et assure une première surveillance des malades, par un passage en chambre et la mesure des paramètres vitaux. Une quinzaine de prélèvements (sang et urines) sont effectués en moyenne chaque matin.

Les aide-soignants commencent dès 7h à aider des patients pour leur toilette et procèdent aux réfections de lit. La distribution des plateaux pour le petit déjeuner suit rapidement. Les traitements qui viennent d'être préparés sont administrés entre huit heures et neuf heures.

Un temps d'échange a lieu ensuite avec les médecins qui arrivent dans l'unité.

Vers 11h, sont effectués les relevés des nouvelles prescriptions et la préparation des traitements à administrer pour midi. Le remplissage des dossiers avec les observations concernant les patients pour la matinée sont remplis après la distribution des médicaments et du repas.

Les transmissions ont lieu de 13h30 à 14h-14h15, par secteur, à l'exception du lundi où les transmissions ont lieu jusqu'à 15h30 avec l'ensemble du staff du service : infirmiers, aide-soignants, internes, médecins, cadre.

Les après-midis commencent également par une heure de préparation des traitements en salle de soin tandis que les aide-soignants passent dans chaque chambre mesurer les paramètres vitaux des patients. L'infirmière voit les patients de son secteur et administre les traitements entre 16 et 17 heures. Les accueils d'admission que nous avons pu observer sont rapides car il s'agit souvent de patients déjà connus et hospitalisés à plusieurs reprises, soit pour une chimiothérapie, soit pour une complication (problème infectieux, ou altération de l'état général).

L'après-midi se poursuit par les relevés des dernières prescriptions, puis une seconde tournée a lieu entre dix-huit et dix-neuf heures pour administrer les traitements du soir. Une pause est prise en commun avant une tournée rapide, un autre relevé de prescriptions et le remplissage des dossiers infirmiers attestant des soins pratiqués durant l'après-midi.

L'équipe de nuit arrive à 20h30 et reçoit les transmissions dans la salle administrative jusqu'à 21h.

Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe

L'aggravation brutale de l'état de santé ou le décès de patients souvent jeunes n'est jamais simple pour les infirmiers. Leur accompagnement et celui de leur famille sont souvent délicats et exigeants au plan émotionnel. Une autre difficulté tient au turn-over de plus en plus rapide des patients, ce qui rend difficiles l'adaptation constante et le suivi administratif. L'impératif de traiter sans délais certains patients impose parfois de faire sortir prématurément un autre patient, ou de débiter une prise en charge dans la salle de repos. Le cadre de santé m'explique qu'il existait une salle d'attente, qui a du être transformée en chambre supplémentaire, pour faire face aux demandes croissantes de prise en charge.

2.2.3.2 Terrain G

Le pôle de chirurgie générale se compose de deux unités d'hospitalisation respectivement de treize et de vingt cinq lits, d'une unité de soins continus et une policlinique comportant plusieurs salles d'examen dont une équipée pour la petite chirurgie sous anesthésie locale. Une diététicienne y travaille à plein temps car le pôle de chirurgie accueille de nombreux patients pour des interventions sur l'appareil digestif. Des salles de pansement sont dédiées au suivi des plaies, post opératoires ou autres.

Le stage d'observation s'est déroulé pendant deux journées dans ces salles, puis pendant trois jours dans les deux services d'hospitalisation conventionnelle. Il a eu lieu entre le 18 et le 22 avril 2011, période un peu creuse en raison des congés de deux chirurgiens

L'accueil de jour est fréquenté par des patients qui ont été opérés au service et présentent dont les plaies postopératoires nécessitent une surveillance spécifique. Il accueille également des patients porteurs de plaies nécessitant des soins complexes, comme l'utilisation d'appareils à pression négative par exemple, ou bien qui viennent consulter pour une plaie qui n'arrive pas à guérir. Le service de chirurgie a une orientation essentiellement digestive, pour le traitement de pathologies cancéreuses et de l'obésité.

Description de l'équipe

Pour l'accueil de jour, deux infirmiers travaillent de 8h30 à 16h, mais restent souvent jusqu'à 17h. Le nombre de patients est souvent important : jusqu'à dix sept en une matinée. Le suivi d'une plaie complexe est le principal motif de cette prise en charge.

Concernant les unités conventionnelles : l'une comporte vingt-cinq lits répartis en deux secteurs de soins. Le matin, deux infirmiers et deux aide-soignants sont en poste, même chose l'après-midi, et deux infirmiers la nuit. L'organisation par secteur permet à chaque infirmier de centrer son attention sur treize patients au maximum. L'autre unité comporte treize lits, répartis en huit chambres. Le matin le plus souvent il y a une infirmière et une aide-soignante, tout comme l'après-midi, et un infirmier uniquement la nuit.

Organisation générale des soins

Une journée type se déroule comme suit :

6h30-7h00 : transmissions de l'équipe de nuit, par secteur de soin

7h00 : préparation des médicaments par les infirmières, tandis que les prises des constantes vitales et l'installation des patients pour le petit déjeuner sont réalisés par les aide-soignants.

8h00 : tournée et pose des perfusions, vérification des voies veineuses, des systèmes de drainage, pansements et appareils.

9h00 : soins particuliers comme les pansements, ablation de sonde naso-gastrique, d'agrafes, préparation et informations sur la sortie et les soins à poursuivre, prises de rendez-vous pour des examens, consultations, rangement de la pharmacie

9h-11h : pour les aide-soignants, aides à la toilette des patients, réfection des lits, évacuation du linge, décontamination des chambres.

11h-12h : relevé des prescriptions et préparation des médicaments

12h-13h : tournée et administration des médicaments.

13h-13h30 : notes dans les dossiers de soins infirmiers

13h30-14h : transmissions par secteur à l'équipe d'après-midi.

14h : préparation des médicaments ou tournée avec l'aide-soignant, relevés des prescriptions d'examens et changements de traitement.

15h30- 16h : Accueil des patients admis du jour

16h30-18h30 : vérification et dispensation de médicaments, surveillance des patients revenant du bloc opératoire

19h-20h30 : tournée du soir, aides au premier lever post-opératoire

20h30-21h00 : transmissions à l'équipe de nuit.

Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe

La partie accueil de jour pose principalement le problème de gestion du flux de patients, par rapport au nombre de soignants prévus pour s'en occuper. Une des infirmières presque exclusivement affectée à cette structure nous dit qu'en début d'année, il n'y avait qu'une seule infirmière, ce qui augmentait parfois considérablement le temps d'attente des patients. Puis, à la suite de l'agression verbale d'une infirmière par un patient en salle d'attente, le chef de pôle ainsi

que l'équipe d'encadrement ont décidé de renforcer le personnel infirmier deux à trois fois dans la semaine.

Un autre problème est la confidentialité car les salles d'examens sont en enfilade, avec deux portes, l'une donnant sur le couloir principal, l'autre qui communique avec la salle d'examen voisine. Les infirmières passent systématiquement par les portes de communication, souvent pour chercher du matériel ou chercher une collègue.

A l'accueil de jour, les infirmiers échangent beaucoup avec les patients, sur sa vie quotidienne ou sur des sujets de l'actualité. Le patient est sollicité à décrire comment la plaie est apparue, qu'est-ce qui a été fait comme premiers, quelle a été l'évolution, etc. les soignants expriment une grande satisfaction de pouvoir suivre l'évolution d'une plaie, et la guérison du patient. L'expression *penser avec ses mains* revient souvent dans leur discours.

Dans l'unité conventionnelle, l'histoire du patient se résume le plus souvent à l'histoire de son hospitalisation et des éléments immédiats et objectifs, comme la reprise de l'alimentation (le premier café, la première tartine auxquels le patient « a droit », ce qui dans ce contexte signifie « est autorisé à recevoir » et non « est fondé à exiger »). Le personnel infirmier travaille alternativement dans l'une ou l'autre unité de soin, ce qui génère souvent une frustration de ne pas pouvoir suivre le même patient.

2.2.3.3 Terrain H

Le terrain H fait partie d'un grand pôle traitant des pathologies thoraciques et comporte au total quatre unités de soin : trois unités conventionnelles et une unité de soins continus. Chaque unité conventionnelle a une orientation particulière : pathologies respiratoires et bilans pré-greffes, allergologie et cancérologie, où nous passons une semaine d'observation, du 23 au 27 mai 2011. Les patients sont accueillis pour établir un diagnostic ou pratiquer des examens en vue d'un bilan d'extension d'une pathologie cancéreuse. D'autres patients sont atteints de tuberculose et autres pathologies respiratoires graves. Régulièrement aussi le service accueille des personnes en phase terminale de ces maladies

Cette unité comporte vingt six lits, répartis en deux secteurs de treize lits, dont huit chambres à deux lits. Une salle de détente se trouve au bout d'un couloir, le bureau du cadre au

milieu d'un autre, le bureau des médecins et internes dans un troisième. La salle de soins est exigüe car elle a été réaménagée en deux parties : une pour la préparation des médicaments et du matériel de soin, l'autre réservé à un bureau où travaille une infirmière qui tient l'aspect administratif des prises en charge, prise de rendez-vous pour des consultations ou des examens, commande de transports.

Une petite pièce conçue au départ pour stocker du matériel, a été transformée pour pouvoir accueillir des familles et s'entretenir à l'écart de la chambre du patient si nécessaire.

Description de l'équipe

L'équipe médicale comporte un chef de service et trois médecins sénior. Il y a plusieurs internes et externes, leur nombre ne nous est pas connu.

L'équipe soignante comporte vingt cinq infirmiers et vingt deux aide-soignants.

Organisation générale des soins

L'équipe du matin se compose de trois infirmiers, chacun en charge d'un secteur, le troisième est dit *volant*. Trois aide-soignants sont également présents. Ce personnel travaille souvent à deux pour les soins d'hygiène lourds. Il y a deux infirmiers et deux aide-soignantes les après-midis puis un infirmier et un aide-soignant sont présents la nuit.

Une journée type se déroule comme suit :

6h30-7h00 : transmissions de l'équipe de nuit, par secteur de soin

7h00: préparation des médicaments par les infirmières, prise des constantes et installation des patients par les aide-soignants.

8h00 : tournée et pose des perfusions, prise des glycémies, vérification des voies veineuses, des pansements et des appareils.

9h00 : soins divers tels que la pose ou changement d'aiguilles de perfusion, pansements, surveillances douleur et saturation en oxygène, administrations d'antalgiques, relevé de prescriptions

10h-10h30 : pause

10h30-11h : poursuite des soins techniques pour les infirmières. Aides à la toilette des patients, réfection des lits, évacuation du linge, décontamination des chambres par les aide-soignants.

11h-12h : relevé des prescriptions et préparation des médicaments pour midi
12h-13h : tournée avec mesure de la glycémie, administration des médicaments
13h-13h30 : notes dans les dossiers de soins infirmiers
13h30-14h : transmissions par secteur à l'équipe d'après-midi.
14h : préparation des médicaments ou tournée avec l'aide-soignant, relevés des prescriptions d'examen et changements de traitement.
15h30- 16h : accueil des admissions, entretiens informels avec des familles
16h30-18h30 : vérification et pose de médicaments
19h-20h30 : tournée du soir
20h30-21h00 : transmissions à l'équipe de nuit

Principales difficultés observées ou rapportées par l'équipe

De nombreux patients atteints de cancer en phase terminale présentent une détresse respiratoire importante. Les soignants expriment une souffrance et une grande impuissance à agir pour les soulager, notamment par une sédation, prescrite tardivement selon certains soignants ou trop tôt selon d'autres.

Une autre difficulté souvent exprimée est un manque de liens avec l'équipe médicale. Le partage de l'information est un motif de tensions récurrentes. La brièveté des temps de transmissions en commun ne leur permet pas non plus de faire part au médecin de leurs observations ou des questions posées par le patient et sa famille. Une conséquence fréquente est par exemple de ne pas savoir ce qui a été révélé ou pas au patient, du diagnostic ou de sa gravité. C'est une grande source d'embarras et de crainte de commettre une erreur en parlant d'une maladie qui n'est pas encore annoncée.

Les patients leur font part également de leur difficulté à identifier leur médecin référent car ils voient plusieurs internes et plusieurs praticiens hospitaliers au cours de leur séjour.

2.2.4 L'exploitation du matériau recueilli

Comment faire émerger à partir de données brutes ainsi recueillies, la production de nouvelles données? Nous avons procédé suivant un raisonnement inductif pour les entretiens (2.2.4.1) et journaux de bord (2.2.4.3), complétée par le recueil de documents glanés sur les différents terrains (2.2.4.2).

2.2.4.1 L'exploitation des entretiens

Nous avons procédé à l'exploitation des entretiens en trois étapes : **prendre connaissance du matériel**, puis **opérer des regroupements** en catégories génériques et enfin **interpréter les données produites**

Nous renvoyons à l'annexe 2 pour le détail des questionnaires d'entretiens et à l'annexe 3 pour la synthèse de cette exploitation.

Nous avons mené des entretiens auprès de trois catégories de répondants.

Des infirmiers rencontrés sur les terrains d'observation, qui ont donné lieu à 37 entretiens ; des cadres de santé présents également sur ces terrains qui ont permis 7 entretiens. Enfin, 4 représentants d'usagers, sur rendez-vous. La démarche d'analyse est identique pour tous.

Prendre connaissance du matériel

Chaque entretien a été retranscrit intégralement au format Word 2010. Leur écoute à plusieurs reprises s'est accompagnée d'une prise de note sur les éléments récurrents dans un même entretien (S. Guignon et J. Morrissette, 2006). En nous inspirant de la technique de rédaction de fiches de synthèse pour chaque entretien (J-C. Kaufmann, 1996), nous avons dégagé les idées principales de chaque entretien mais aussi celles qui revêtent une particulière importance pour l'interlocuteur¹⁰.

¹⁰ Le répondant fait parfois des digressions ou souhaite parler d'un autre thème que celui qui est proposé.

Les questionnaires ont été bâtis autour de thèmes précis comme la description du travail infirmier, la place du travail relationnel par rapport au soin technique, ou encore les qualités qui font un *bon* infirmier ou une *bonne* infirmière. Mais d'autres préoccupations peuvent apparaître au cours de l'entretien, comme l'évolution de la collaboration entre infirmière et médecin, l'importance de l'information entre les professionnels et avec le patient, ou encore un clivage générationnel dans la manière d'exercer le métier d'infirmier.

Une lecture verticale permet de sélectionner les thèmes importants pour le répondant ainsi que la définition qu'il donne à des termes comme le consentement, la prise de recul émotionnel (L. Bardin, 2002). Une analyse horizontale fait ensuite apparaître la fréquence de certains thèmes ou idées en réponse à nos questions. Certaines idées se rejoignent, d'autres vont se contredire. L'explicitation de ces divergences est particulièrement importante à exploiter. Le profil du répondant peut aider à la compréhension : son ancienneté, son expérience passée dans tel ou tel domaine.

Regrouper des catégories génériques

Il s'agit de regrouper des thèmes et des indices traitant de ce qui semble être un même domaine d'action (S. Guignon et J. Morissette 2006). C'est ici que se situe le cœur de l'analyse inductive, qui doit permettre, dans la perspective de la question posée au départ, de condenser des données brutes et variées dans un format résumé puis d'établir des liens entre elles et la question de recherche.

La notion de catégorie a pu être définie comme : « une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. (...) » (P. Paillé et A. Muchielli, 2008, pp. 147-148). Ces opérations d'encodage sont nécessaires au chercheur pour analyser les significations données par les répondants aux thèmes abordés et inversement pour permettre au chercheur de gagner une vision plus holistique de ses données (S. Kleinman et M. Copp, 1993, p24). C'est ce travail d'encodage qui mène aux tableaux synthétiques présentés en annexe n°2, « afin que le chercheur puisse avoir une vue d'ensemble des aspects clés qui ont été identifiés dans les données brutes et qui sont considérés comme étant les plus importants, étant donné les objectifs de recherche visés. » (M. Blais et S. Martineau, 2006).

Les colonnes reprennent les thématiques abordées lors des entretiens. Le contenu de ces colonnes reprend des verbatim ou bien la synthèse des idées principales développées par l'interlocuteur. Nous avons retenu sept catégories pour les entretiens menés avec les infirmiers : le contenu des rôles infirmier et aide-soignant, le vécu relationnel entre infirmier et patient, l'apprentissage de la relation et le travail émotionnel, l'identification des besoins des patients et des qualités requises du soignant, le vécu de l'autonomie professionnelle, l'importance des émotions dans la relation avec le patient et la place de l'information dans le rôle infirmier.

Pour les entretiens menés avec les cadres de santé, nous avons retenu sept catégories : l'évolution des patients et de leurs demandes, l'évolution de la profession, l'évolution des institutions de soin, la relation entre patient et infirmier, l'assimilation du malade à un client ou un usager, l'information et son importance et enfin la personne de confiance.

Pour les entretiens avec les usagers, nous avons classé quatre catégories : l'évolution des patients et de leurs droits, le rapport entre les malades et les institutions de soin, l'image des relations entre infirmiers et patients, et la place de l'information dans les soins.

De l'ensemble de cette démarche, nous avons inféré un certain nombre de propositions et d'hypothèses qui nous permettent de construire les chapitres suivants.

Interpréter les données produites

Des unités de sens se dessinent petit à petit, en reprenant les observations de terrain et les entretiens. Certaines idées développées se traduisent dans des pratiques observées et d'autres non.

Le sens dégagé intervient a posteriori de l'évènement par le travail de reprise des notes, et de réinterrogation du sujet enregistré. « C'est ainsi que revient au chercheur, dans sa démarche d'analyse, la tâche de dégager le sens que l'acteur a construit à partir de sa réalité. (M. Blais et S. Martineau, 2006). Cette tâche a été réalisée simultanément au fil des relectures des entretiens, en séparant pour chacun les thèmes abordés. Il s'agit pour le chercheur, de dégager des éléments de réponse aux questions issues de ses propres observations mais aussi des questions venant de contradictions repérées dans les discours des soignants entre eux, ou entre soignants et cadres.

2.2.4.2 L'exploitation des documents

Le matériau issu des entretiens et des observations de terrain est complété par des documents écrits issus des différents terrains d'observation.

Par exemple, les fiches utilisées dans les dossiers de soin infirmier peuvent compléter les observations de terrain concernant leur usage. Des documents peuvent illustrer ou apporter des éléments de compréhension sur les attentes des patients, ou la problématique de la satisfaction du patient. Nous avons eu accès à deux lettres de plaintes de patients adressées à la direction de l'établissement puis transmises au service concerné, à des résultats pour 2008 et 2009 de questionnaires de satisfaction des patients du terrain G, à des tableaux regroupant les thématiques abordées dans des commissions d'usagers, à une documentation distribuée lors de formations initiale et continue sur la relation avec les patients, ou encore à des formulaires d'informations ou de recueil du consentement du patient.

Des documents édités par les institutions de soin à destination des patients hospitalisés, comme le livret d'accueil, renseignent sur la manière dont l'institution établit une relation avec les patients. Des documents produits spécifiquement par une unité de soin sont révélateurs d'un besoin d'information émanant des patients accueillis, mais aussi de règles sur lesquelles s'accorder entre soignants et patients. Par exemple, un formulaire détaillant les précautions à prendre lorsqu'un patient est placé en isolement protecteur, ou encore un formulaire de recommandations alimentaires après une opération de bypass¹¹.

Les informations affichées dans les salles de soin des services, à destination du personnel soignant, renseignent sur des problématiques ponctuelles : recommandations d'utilisation de tel dispositif médical, nouveau dispositif d'accueil suite à un épisode conflictuel avec un patient...

Nous avons également récolté des supports écrits de deux formations suivies par des infirmières des services F intitulées : « la relation dans le nouveau contexte de soin » et « la communication avec le patient », ainsi que les notes de cours sur la relation au patient d'une étudiante de première année suivant le nouveau référentiel d'enseignement.

¹¹ Le bypass, gastrique ou intestinal, est une opération chirurgicale réservée aux cas d'obésité morbide. Elle consiste à confectionner un court-circuit sur le trajet habituel des aliments. Elle permet la réduction de l'absorption intestinale des substances nutritives.

Leur contenu apporte des éléments sur les normes actuelles de la relation de service en soins infirmiers¹². Enfin, les trames d'évaluation annuelles du personnel soignant permettent de définir un profil soignant attendu par l'encadrement.

2.2.4.3 L'exploitation des journaux de bord

La reprise des journaux de bord est d'abord une réactivation de scènes vécues en tant qu'observateur. Sa relecture permet une mise en lien de ce qui est dit en entretien, pour comprendre le contexte de travail de tel répondant.

Il permet aussi de cibler des divergences entre un discours et une pratique, qui feront l'objet d'une analyse.

Chaque journal de bord a été traité selon la méthode de l'analyse de contenu (L. Bardin, 2009).

Ils représentent plus de 150 heures d'observation non participante réalisées en 2006 et 120 heures d'observation participante réalisées en 2011.

Ces écrits apportent trois types d'informations.

Des descriptions factuelles : sur la configuration d'un terrain, la composition des équipes, la manière dont les journées de travail sont organisées, le temps passé à telle ou telle tâche.

Des récits de situations de soin mêlant dialogue et description. La transcription des gestes effectués, des mots ou des échanges de regard, le déroulement de la scène, offre des indices sur la qualité des relations interpersonnelles. Certaines scènes ont été reprises avec l'intéressé en entretien, mais pas toujours.

La trace d'un jugement spontané de la part du chercheur au moment où il a observé la situation. Reprendre les éléments qui ont généré un jugement met en valeur la dimension éthique de certains problèmes. La relecture à posteriori de l'évènement dans des entretiens peut donner d'autres clés de compréhension à l'évènement.

¹² Aucun document n'utilise l'expression « relation de service », pourtant leur contenu en reprend des éléments similaires.

Le classement de ces données est synthétisé dans des tableaux figurant en annexe n°2, et se divise en huit catégories : le déroulement du travail infirmier, la description des tâches observées, celle des conditions de travail, la description des relations entre médecins et infirmiers, celle des relations entre infirmier et patient, la manière de parler des patients et de les nommer, le contenu des dossiers infirmiers et enfin les manifestations institutionnelles dans les équipes.

Ces éléments sont repris suivant les différents aspects d'un service infirmier : quelles sont les dispositions émotionnelles requises, quel est le contenu de la prestation et enfin quelles exigences institutionnelles réorientent le travail infirmier ?

Chapitre 3 Les dispositions à soigner

« La carrière d'infirmière (...) apparaît comme l'éternelle démarche qui escorte notre destin et ses fatalités depuis l'origine des siècles. Face à l'homme blessé par tel ou tel combat de la va vie, elle perpétue des gestes où se mêlent et se retrouvent le sens maternel, la charité et l'amour »

[J. Michelet, 1862, p285]

PLAN DETAILLE DU CHAPITRE

Introduction au chapitre 3

3.1 Les émotions au service du travail infirmier

3.1.1 Les dispositions émotionnelles : entre naturalisation et normalisation

3.1.1.1 Le soin naturalisé : la féminité

3.1.1.2 Le soin normalisé : la professionnalité

3.1.2 La dimension collective des émotions

3.1.2.1 Le soutien émotionnel de l'équipe soignante

3.1.2.2 les usages collectifs des émotions

3.2 Le travail émotionnel soignant

3.2.1 Réguler ou produire des émotions

3.2.1.1 La gestion des émotions

3.2.1.2 Produire des émotions

3.2.2 S'ajuster au patient ou accomplir une prestation émotionnelle ?

3.2.2.1 L'émotion comme outil du travail soignant

3.2.2.2 Le travail émotionnel comme prestation de soin

Conclusion du chapitre 3

Introduction au chapitre 3

Par l'expression « dispositions à soigner », nous entendons tout d'abord un ensemble de motifs, qui portent une personne à agir de manière bienveillante envers son prochain et à se soucier de son bien-être. Il ressort des entretiens qu'il s'agit d'une inclination subjective, changeante dans son intensité, que le sujet rapporte souvent à des exemples familiaux ou à des expériences personnelles.

Le terme de disposition n'est pas utilisé par les soignants, ni sur les terrains ni en entretien, préférant ceux de ressenti ou de volonté d'*aider le patient*.

Etre disposé envers autrui n'est-ce pas d'abord être disposé à lui venir en *aide* ? L'étymologie est éclairante : aider vient du latin *adjuvare*, qui a également donné le terme d'adjuvant. L'adjuvant est ce qui vient renforcer l'accomplissement d'un processus, le rendre plus efficace en augmentant l'action d'une propriété existante ou en lui en ajoutant une autre. Mais l'adjuvant, en pharmacologie notamment, n'a pas par lui-même de propriété thérapeutique. La disposition comporte une visée, celle de l'aide à apporter.

D'autre part « Etre disposé à (soigner ou aider) » signifie « se trouver dans un certain état d'esprit », mais ce n'est pas encore agir. Le sujet se tourne vers autrui animé de bienveillance, mais sans idée précise sur la manière de le réaliser. Dans un autre registre, « se mettre à la disposition d'autrui (le soigné) », signifie se placer dans un lien d'assujettissement. L'expression est proche de celle de « se placer au service de », mais insiste particulièrement sur un lien de contrainte consentie. *Disposer* est la marque d'un droit de propriété détenu sur une chose, alors que le terme de service met l'accent sur une action réalisée à la demande ou pour le bénéfice d'autrui. Enfin « avoir des dispositions pour (le soin) » renvoie à la dimension du talent, d'une disposition innée du sujet qui le rend apte pour telle ou telle activité de préférence à une autre. Un travail en vue de faire fructifier ces talents est possible, mais la disposition doit être donnée au départ. Elle ne peut pas être créée.

Ce détour par les différentes déclinaisons de la *disposition* permet d'orienter les réflexions qui vont suivre autour de la tension fondamentale entre être soignant et faire des soins. La question des dispositions à soigner renvoie à la signification de ce qu'est un *bon* soignant. Les dispositions à

soigner sont elles naturelles ou réclament-elles un travail ? Un apprentissage ? Etre dans de bonnes dispositions suffit-il à garantir les missions du service, explicitées au chapitre 1.1 ?

Les émotions dans le monde du travail font l'objet d'un intérêt grandissant, en particulier avec le développement des services et avec les enjeux posés par le travail collaboratif. Qualité de service et qualité de la relation de service sont interdépendants, mais pas similaires.

Notre propos n'est pas de traiter directement de l'émotion dans la relation soignant soigné mais d'examiner quelles dispositions d'ordre émotionnel sont nécessaires à l'accomplissement du soin infirmier.

Une première façon de l'envisager est d'examiner ce qui est attendu de l'infirmier, les dispositions requises notamment à travers les programmes de formation (3.1.1). Une seconde manière d'envisager les émotions et le soin, se situe dans l'importance du groupe soignant et son influence sur le travail de chacun (3.1.2).

L'interaction entre infirmier et patient nécessite, pour conserver sa dimension de soin, un travail émotionnel soignant (3.2). Cette dimension rejoint celle de la relation de service en tant que moyen d'ajustement au patient (3.2.1) et comme usage dirigé des émotions, vers la préservation du soignant ou vers la une influence exercée sur le patient (3.2.2)

3.1 Les émotions au service du travail infirmier

L'infirmière est d'abord une déterminée autant par sa pratique soignante que par le rôle attendu d'elle (M-F.Collière, 2005). Ce rôle est à la fois moral, centré sur des vertus à développer, et psychologique, orienté vers le bien-être du malade. La question de leur apprentissage apparaît dès lors qu'on différencie rôle soignant et féminité d'une part, et dispositions naturelles et comportement attendu d'autre part (3.1.1)

Le mode d'organisation des soins, en équipe, pose une autre difficulté : celle de l'adéquation entre les ressources personnelles du soignant et une régulation collective. (3.1.2).

3.1.1 Les dispositions émotionnelles : entre naturalisation et normalisation

L'analyse des entretiens fait apparaître une tension entre gestion émotionnelle comme mobilisation du sujet pour faire face à des situations difficiles et compétence requise pour l'occupation professionnelle.

Le caractère indissociable du lien entre infirmière et femme permettait d'évacuer cette question. En se professionnalisant, et en se complexifiant, cette association fait émerger la problématique d'un apprentissage émotionnel, non réductible à l'enseignement moral traditionnel.

Le soin naturalisé, identifié à la féminité pose la question de l'exercice masculin du soin infirmier (3.1.1.1).

La complexité du rôle infirmier s'accroît par les situations très diversifiées auxquelles il faut faire face, parce qu'il s'insère dans une dynamique pluridisciplinaire et parce que les attendus sont plus exigeants. Remplir ces missions nécessite un apprentissage conduisant le soignant à moduler ses émotions (3.1.1.2).

3.1.1.1 Le soin naturalisé : la féminité

Les femmes sont prédisposées à être des infirmières. Cette association s'affirme depuis la fin du XIXe sans qu'y soit ajouté d'autre argument que celui d'une **identification à cette fonction**. Le soin infirmier, lorsqu'il est défini comme prestation, pose alors la question de savoir si la femme y est prédisposée parce qu'elle est une femme, ou parce que le soin infirmier reprend les fonctions sociales attendues de la part de la femme ? Mais en devenant un travail à part entière, qui s'éloigne du travail de la femme au foyer, le soin infirmier devient aussi **source d'émancipation féminine**. Enfin, cette association entre femme et profession infirmière interdit elle aux **hommes d'exercer cette fonction** ?

Etre femme, être infirmière

Nous avons vu plus haut (1.1.1) qu'un consensus se dessine dans la seconde moitié du XIXe siècle autour de l'association de la femme et du soin infirmier. La principale justification de ce lien repose sur l'idée d'une « nature féminine ». Etre femme se rapporte d'abord à une fonction biologique. Son corps et en particulier sa capacité à devenir mère la définissent comme femme¹.

Les caractères féminins déterminent sa fonction sociale et familiale, et se trouvent valorisés au courant du XIXe siècle dans leur dimension morale. La maternité qui n'était jusque là qu'une fonction biologique, se voit valorisée dans son rôle social. La mère devient celle qui éduque les enfants et se voit ainsi chargée d'une mission primordiale pour l'avenir de la nation² (G. Fraisse, 1983). Elle est la gardienne du foyer, la garante de son ordre et de sa moralité. Cependant, si la femme est naturellement dotée d'une intelligence pratique qui la rend tout particulièrement apte à s'occuper du foyer, elle ne peut se voir confier de responsabilités quant au devenir de la famille³. Elle reste dans ce domaine sous l'autorité du père de famille.

Cette conception d'une moralité typiquement féminine s'origine dans sa sensibilité. Elle est considérée comme inférieure à l'homme dans ses capacités de raisonnement. La femme se rapproche de *l'être naturel* décrit par Rousseau dans *l'Emile*, être dont l'action est guidée par l'amour de soi et la pitié qui la porte spontanément à rechercher ce qui lui permet de se conserver et de venir en aide à ses semblables.

¹ Le dictionnaire universel (1690) la définit comme « celle qui conçoit et qui porte les enfants dans son ventre ». Le Littré (1877) désigne par « femme », l'être dans l'espèce humaine, de sexe féminin (...) caractérisé physiologiquement par l'ovaire ».

² Cette *nature* féminine la rend également douée pour éduquer les jeunes enfants en devenant institutrice.

³ Les articles 213 à 215 du code civil lui imposaient obéissance à son mari et obligation de le suivre en tout lieu.

« La pitié est un sentiment naturel qui, modérant dans chaque individu l'activité de l'amour de soi-même, concourt à la conservation mutuelle de toute l'espèce. C'est elle qui nous porte sans réflexion au secours de ceux que nous voyons souffrir ».

Le lien posé entre fonction organique, sensibilité corporelle et connaissance innée⁴ de ce qui est nécessaire à la continuité de la vie, font de la femme une soignante née. « Tous ses instincts innés de dévouement trouvent leur satisfaction (...) il semble qu'elle ait été créée justement pour remplir ce rôle social », écrit Marie Merle-Blanqui dans son livre de morale infirmière « Au chevet des malades » en 1910

Mais ce qui fonde ce « pouvoir soignant de la femme » (J Michelet, 1860) constitue aussi une faiblesse au plan intellectuel. Son corps est réputé échapper à son contrôle, ce qui la rend fragile, changeante et surtout irresponsable.

Si elle est incapable d'un jugement rationnel et dotée d'une intelligence limitée, de nombreuses fonctions sociales lui sont inaccessibles. Cet argument permet de perpétuer l'inégalité sociale entre les sexes. Si la femme est *supposée* avoir une capacité *naturellement* limitée dans ce qu'elle peut comprendre, pourquoi lui permettre d'accéder à un enseignement supérieur ? Si son irrationalité *supposée* ne lui permet pas de prendre des décisions objectives⁵, il est souhaitable de la maintenir dans des occupations professionnelles subalternes. Il est nécessaire, *pour son propre bien*, qu'elle passe ainsi du contrôle du père à celui du mari⁶, en occupant des fonctions purement instrumentales par rapport aux hommes. Sa fonction sociale est totalement identifiée sa fonction physiologique qui est elle-même source de dispositions morales. C'est pourquoi l'infirmière ne peut être que femme, dans l'esprit des parlementaires de la III^e République.

L'autre conséquence de cette association est d'identifier le rôle infirmier avec celui de la femme dans la vie domestique. L'infirmière, pas plus que la mère de famille, n'accomplit une *prestation*. Elle effectue des actes qui sont conformes à sa nature féminine. Le soin infirmier est d'abord un état avant d'être une pratique. La femme *est* infirmière et c'est cela qui lui permet de réaliser de bons soins. La femme-infirmière effectue son travail dans le total dévouement *comme si* l'hôpital était sa maison. Le malade bénéficie de ses soins chaleureux et accueillants, *comme* ceux d'une mère envers son enfant. La jeune novice exerce dans la plus grande obéissance à sa supérieure et au médecin, en même temps qu'elle offre sa légèreté et la gaieté de sa jeunesse au

⁴ Le XIX^e siècle questionne l'amour maternel : est-ce un instinct lié à l'espèce, un substrat de la matrice utérine ? Les manuels d'éducation prodiguent des conseils aux mères pour éveiller cet instinct chez leur petite fille : jouer à la poupée, élever un petit animal, devenir la marraine (mère spirituelle) d'un enfant (J. De Gaulle, Petites lectures morales et amusantes pour les enfants (1859)). Les ouvrages de la Comtesse de Ségur (1799-1874) sont exemplaires de ce courant moralisateur.

⁵ Cette hiérarchie dans le raisonnement moral sera critiquée par les travaux de C. Gilligan (1982).

⁶ Art 231 du code civil : le mari doit protection à sa femme et la femme doit obéissance à son mari ».

malade. La femme plus âgée se verra dotée de responsabilité dans la tenue et l'organisation de l'hôpital *comme s'il* s'agissait de son foyer. En particulier, elle veille sur la discipline et la moralité du personnel infirmier. Mais elle ne dirige pas, son pouvoir lui est délégué par le médecin, qui conserve toute autorité dans le service.

Cette « nature féminine » est diversement interprétée en France et en Angleterre. La nature biologique et la fonction sociale sont plus nettement séparées chez les anglo-saxons. Les mouvements féministes anglais distinguent les destins physiologique et social, aidés en cela par la langue qui utilise deux termes différents : *female* pour désigner l'être sexué et *woman* l'être social.

Dans ses *Notes on nursing*, F. Nightingale écrit que chaque femme est infirmière « every woman is a nurse ». Mais c'est là une conclusion et non un postulat⁷. Elle constate que chaque femme, à un moment de sa vie, se voit confier la tâche de s'occuper de la santé d'une autre personne : un enfant, un invalide ou un parent âgé. Elle ajoute encore que la femme ne fait pas nécessairement une bonne infirmière car les lois qui gouvernent le *nursing* sont trop peu connues, y compris des femmes: « *It has been written scores of times, that every woman makes a good nurse. I believe, on the contrary, that the very elements of nursing are all but unknown* ». (Notes on nursing, p 8).

Pour F. Nightingale, si la femme est naturellement une *nurse*, c'est d'abord parce que la société lui confie la fonction de prendre soin des autres. Mais là aussi il y a une nuance qui lève l'équivalence entre *woman* et *nurse* : dire que la nurse est une femme ne signifie pas qu'elle sache de manière innée⁸ quels principes appliquer pour maintenir autrui en santé⁹, ni que la médecine soit la seule science permettant de maintenir la santé¹⁰.

F. Nightingale ne remet pas en cause la division des tâches entre les sexes mais défend une position scientifique du soin infirmier. Les lois du *nursing* ne peuvent être découvertes et transmises que par des femmes éduquées et dotées d'un sens fort sens moral, parce qu'elles sont socialement les mieux placées pour cela.

Le *service infirmier* tel qu'elle le conçoit, a d'emblée une portée universelle : pour les hôpitaux mais aussi pour les foyers. La formation française s'en inspire (E. Diebolt, N Fouché,

⁷ Elle fait référence au don qui est attribué à la femme de pouvoir donner la vie, mais ajoute que respecter ce don ou « *calling* » doit l'inciter justement à observer ce qui peut la menacer et favoriser des actions pour l'en préserver (*Notes on nursing*, p 126).

⁸ The everyday management of a large ward (...) does not come by inspiration to the lady. (p 134)

⁹ Elle cite l'exemple de la mortalité infantile, très importante à son époque, comme une des conséquences de l'ignorance de ces lois.

¹⁰ Le *nursing* pour elle, repose sur des lois regroupant l'hygiène, la prévention et sur la stimulation des forces vitales de l'être humain placé dans les meilleures conditions pour laisser la nature effectuer son travail de réparation.

2012) en créant la double possibilité, dès 1923, d'exercer en milieu hospitalier et tant qu'infirmière visiteuse.

En Angleterre aussi bien qu'en France, le développement d'associations philanthropiques encourage les femmes issues de milieux sociaux aisés à sortir de leur foyer pour apporter une assistance aux pauvres. La question se pose alors de savoir s'il s'agit véritablement d'une voie de valorisation et d'émancipation de la femme (C. Belliard, 2009).

Le soin et l'assistance comme voies d'émancipation féminine

Les congrégations religieuses qui accompagnent le développement du christianisme ont pu être considérées comme des voies d'émancipation de la femme, seul moyen pour elle de n'être pas soumise à un mari. Ce statut de femme consacrée s'accompagne de sacrifice car la virginité érigée en culte à partir du XVe siècle, associe le soin au renoncement d'une destinée féminine orientée vers la fécondité (MF. Collière, 2005). De plus, cette émancipation s'accompagne d'une soumission à Dieu et à son représentant sur Terre : le prêtre¹¹.

On retrouve une ambivalence similaire dans l'implication des femmes au sein d'œuvres philanthropiques¹² dans la seconde moitié du XIXe siècle. Leur objet est le traitement de la pauvreté mais sur un mode différent de l'action charitable qui prévalait jusque là. Le philanthrope se donne pour mission de développer l'esprit d'indépendance et de responsabilité parmi la population pauvre. Son intervention consiste à l'encourager à acquérir un travail et à tenir un budget, plutôt que de l'assister directement par l'aumône.

La mission éducative autant que morale de ces entreprises permet à des femmes issues de la haute bourgeoisie de tenir un rôle social valorisé en dehors de leur foyer. C. Belliard (1990) montre comment des *qualités spéciales* qui associent des vertus morales comme le souci du bien-être d'autrui et la sociabilité à des qualités plus pratiques comme l'observation ou la précision des gestes, sont là encore attribuées spécifiquement aux femmes et justifient qu'on leur permette

¹¹ Les ordres féminins commencent à apparaître timidement au Xe siècle, mais c'est surtout à partir du XIIIe que les activités charitables sont offertes aux femmes religieuses. La direction spirituelle nécessite l'intervention de prêtres et la femme n'est pas admise au rang de clerc.

¹² La Charity Organisation Society fondée à Londres en 1869, l'Office Central des Œuvres de Bienfaisance fondée à Paris en 1890.

d'accéder à ces fonctions qui se situent entre la sphère privée et la sphère politique. Cette valorisation s'inscrit dans l'idéologie bourgeoise qui veut donner une orientation plus efficace à sa politique de lutte contre la pauvreté par l'éducation et la diffusion de ses valeurs

Mais C. Belliard montre aussi que les femmes sont discriminées en raison de ces mêmes qualités. Loin d'être émancipatrices, ces initiatives sont donc impuissantes à modifier la situation juridique profondément inégalitaire entre homme et femme.

En effet, la même considération pour la sensibilité féminine, lui attribue un don particulier pour se lier aux autres malgré des rapports sociaux rigides. La même mission de veiller à son foyer dans ses dimensions matérielle et morale la rend apte à gérer « la sphère domestique du peuple¹³ ». Mais l'action menée par ces organisations contribue à développer un idéal de vie bourgeois fondé sur l'ordre, le travail, l'épargne et l'autorité masculine.

Les catégories morales dans lesquelles les femmes se trouvent piégées par leurs *qualités spéciales*, sources de respectabilité morale autant que de dévalorisation sociale, comme l'illustre la controverse qui oppose JS Mill à A. Comte.

Pour ce dernier, la séparation des rôles garantit la stabilité sociale. La prédominance affective du cerveau féminin en fait le socle de toute vie domestique et la prédispose à l'altruisme et à l'éducation. Elle est source d'inspiration et d'humanisation. Mais c'est à l'homme qu'il revient de nourrir le foyer et présider à sa destinée.

JS Mill quant à lui, pose que la prétendue inaptitude des femmes à exercer des fonctions en dehors du foyer vient surtout d'un refus de les considérer en égaux et de la crainte de voir s'échapper des privilèges liés à son propre sexe.

« De nos jours le pouvoir tient un langage plus bénin, et quand il opprime quelqu'un il prétend toujours que c'est pour lui faire du bien. C'est en vertu de ce changement que, lorsqu'on interdit une chose aux femmes, on croit bon d'affirmer, et nécessaire de croire, qu'en y aspirant, elles sortent de la véritable voie du bonheur » (JS Mill, De l'assujettissement des femmes, 1869).

Il observe que la charge du foyer rend difficile l'utilisation de son temps pour d'autres activités et que toute aspiration à réaliser d'autres champs d'activité se trouve moralement sanctionné.

¹³ La première cible de ces organisations est la femme pauvre. C'est sur elle que repose la tenue morale et budgétaire du foyer. Elle est plus encline, pense-t-on à ouvrir la porte et prendre les conseils d'autres femmes.

La mise en exergue des qualités féminines dans le domaine des soins et du social a donc pour revers le maintien d'une inégalité de fait car rien ne doit venir modifier la division des tâches selon le sexe. Par exemple comme les bureaux de permanence des comités ou les réunions s'accordent de manière que ce « temps libre » de la femme n'empiète pas sur le « temps domestique » de l'épouse. Dumont, Sarlet et Dardenne (2010) montrent également qu'un groupe social maintient plus aisément sa domination et les inégalités sociales à travers la bienveillance qu'à travers une autorité plus affichée.

Les métiers du soin et de l'assistance sont supposés reposer sur cette *nature féminine* et pas sur un véritable savoir. Le renoncement à une vie de famille se voit compensé dans la vie hospitalière par la reproduction symbolique de la vie domestique. L'implication dans des œuvres charitables offre l'occasion à une élite féminine de se démarquer mais sans véritable position décisionnaire et surtout en ne remettant pas en cause le modèle familial conservateur.

Mais ces *qualités spéciales* de la femme ne permettent pas non plus de valoriser les tâches réalisées, soit qu'elles reposent sur un savoir au mieux instinctif pour les réaliser, soit qu'elles relèvent de fonctions d'exécution interdisant d'en maîtriser le but.

Si le soin infirmier est étroitement lié à une nature féminine, est-il alors impossible pour un homme d'exercer cette profession ?

Un homme peut-il exercer le soin infirmier ?

L'association entre infirmière et femme est si prégnante qu'il occulte le fait que les hommes ont toujours été présents dans le soin et dans les hôpitaux.

Des ordres religieux hospitaliers sont exclusivement masculins, comme les Antonins¹⁴ qui accueillent des malades et des pèlerins sur les routes de Compostelle ou de Jérusalem. Au sein de nombreuses institutions hospitalières, des secteurs sont réservés aux hommes, comme le gardiennage¹⁵ des aliénés, ou le soin des blessés de guerre¹⁶. Plus tard, certaines tâches restent attribuées à des hommes, sous la surveillance des sœurs hospitalières¹⁷.

¹⁴ Fondé en 1095 dissous en 1777, en rejoignant l'Ordre de Malte. Les frères hospitaliers de St Jean De Dieu, 1180, toujours en activité.

¹⁵ Les infirmiers de secteur psychiatrique garderont longtemps cette étiquette de gardien, y compris après 1930, où le terme infirmier en psychiatrie devient officiel.

¹⁶ Jusqu'à la première guerre mondiale, les soins infirmiers sont exercés par des hommes.

¹⁷ La plupart des soins journaliers sur des hommes sont effectués par des hommes. Des travaux de forces comme le déplacement de charges lourdes leur sont également attribués.

Ils sont encore nombreux dans la seconde moitié du XIXe siècle, à occuper des fonctions soignantes subalternes dans l'hôpital¹⁸. Leur rémunération y est cependant de trois à quatre fois plus importante que celle des femmes¹⁹. Par la suite, bien que les textes officiels n'interdisent pas les hommes de passer le concours d'entrée en formation infirmière, rien ne les y encourage²⁰. La réforme des études de 1974 est l'un des premiers textes officiels à mentionner dans son titre « infirmier et infirmière »²¹. La réunion en 1992 des deux diplômes en soins généraux et en soins psychiatriques où les hommes sont restés majoritaires, oblige à systématiquement apposer les deux noms dans les textes ultérieurs²².

Aujourd'hui, si la proportion masculine dans les soins infirmiers est largement minoritaire avec 12,1%, ce chiffre aura sans doute tendance à baisser car les infirmiers de moins de 25 ans ne sont plus que 10,7%²³. Ils ont une préférence pour les spécialités comme la psychiatrie, bien que là aussi la proportion tende à diminuer²⁴. Les secteurs plus techniques comme les urgences et surtout l'anesthésie ont la plus forte proportion d'infirmiers masculins avec 40% en 2004, contre 24% en 1982²⁵. L'occupation des postes de responsabilité, cadre et cadre supérieur, connaît quant à elle une proportion croissante d'hommes, de 12% en 1982 à plus de 20% en 2003²⁶.

Ces évolutions sont similaires en Angleterre (Mackintosh, 1997) et au Canada (J Evans, 1997). Des études qualitatives plus récentes (MacWilliams, 2013, Bulliard 2009) suggèrent que l'image stéréotypée de l'infirmière pèse sur les étudiants et les jeunes infirmiers. Ils seraient moins capables d'empathie²⁷ que leurs homologues féminins, auraient tendance à se voir confier plus systématiquement les patients les plus difficiles.

¹⁸ 33% jusqu'en 1908 à l'AP-HP. Voir C. Chevandier, 2010, chap3.

¹⁹ Cette situation inégalitaire n'est pas inhabituelle tant la rémunération de la femme à l'époque, est attachée à une situation professionnelle conçue pour être provisoire, jusqu'à son mariage. Son salaire si elle continue à travailler ensuite, est considéré comme un revenu d'appoint pour le foyer (Huffon, 2002, p27).

²⁰ Le décret du 27 juin 1922 précise que les examens du brevet d'état pourront être passés par des infirmiers « là où il se présentera un assez grand nombre de candidatures masculines » (cf annexe 1b.)

²¹ JO du 22 novembre 1974.

²² Le masculin de généralité, ainsi que nous l'avons souligné en introduction, semble plus récemment s'imposer.

²³ Chiffres 2014 de la DREES, disponibles sur www.drees.sante.gouv.fr

²⁴ Largement majoritaires, ils représentent 48% de l'effectif en 2004. la féminisation des professions de santé : données de cadrage » rapport de S Bosnière, 2005

²⁵ *ibid.*

²⁶ *ibid.*

²⁷ Les études utilisant des échelles d'empathie ne sont pas concluantes. Certaines vont dans le sens d'un score d'empathie moins élevé chez les infirmiers hommes, d'autres montrent une corrélation entre des habiletés interpersonnelles chez les hommes et le choix de la profession infirmière.

Les actes relevant de la sphère intime, en particulier des femmes, questionnent les étudiants masculins dans leur positionnement professionnel²⁸.

Nous avons rencontré neuf infirmiers sur les terrains d'observation et interviewé six d'entre eux. Le questionnaire d'entretien ne comportait pas de question sur la problématique du genre et du soin infirmier. Néanmoins, leurs trajectoires professionnelles et la manière de parler de la profession qu'ils exercent, permettent d'indiquer quelques tendances.

Leur positionnement par rapport au reste de l'équipe soignante est plus assertif, là où le propos de leurs homologues féminins est plus nuancé.

« L'espace d'autonomie, c'est l'espace que je me donne. Et travailler de nuit, ça m'amène à savoir à partir de quel moment il faut que j'appelle l'interne par exemple, je réveille pas le médecin pour donner un antalgique. Est-ce que je fais bien ? Ça, je sais pas toujours » [B10]. « Je pense être autonome dans le sens où je laisse libre court à la relation que je veux avoir avec les personnes » [B14].

L'affirmation de leur position professionnelle est plus importante « j'ai très vite pris l'habitude de dire que je suis infirmier et pas que je suis un homme. (...) j'ai mon diplôme, bref le reste, c'est pour dehors, c'est pas pour ici » [B14].

L'expression émotionnelle passe également par le positionnement professionnel. Faire face, ne pas se laisser déstabiliser, est important. « Quand il y a un décès « on peut montrer ses émotions mais en gardant certaines proportions (...) Il ne s'agit pas de s'effondrer, il faut rester professionnel. Mais la larme à l'œil, ok » [E. 27].

Les comparaisons avec des situations personnelles ou familiales sauf lorsqu'ils décrivent leur trajectoire professionnelle, sont quasi-absentes. L'identification avec le malade est également rare, comparé aux discours d'infirmières. Enfin, le collectif est plutôt exprimé en termes de soutien de type collaboratif ou fonctionnel, que de soutien émotionnel. Cela va dans le même sens que les conclusions de B. Rimé (2005) qui affirme que le besoin de soutien émotionnel est aussi important chez les hommes que chez les femmes dans le monde du travail. Mais l'interlocuteur privilégié est différent. Les femmes s'adressent en priorité à leurs collègues ou à leurs amies, tandis que les hommes se tournent vers la sphère familiale et intime. Leur compagne ou épouse sont souvent leurs premières confidentes.

²⁸ Les stagiaires accueillis dans notre service, en particulier en première année, nous en font presque toujours part. Certains en font un travail de recherche. Voir : <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-maxime-prat.pdf>

L'éloignement du corps par la médiatisation technique du soin n'explique pas totalement cette évolution. Certes, la proportion de soins directs au corps, comme la toilette ou la surveillance de l'élimination, a diminué dans le soin infirmier et sont attribués majoritairement aux aides-soignants, ce qui diminue les situations potentiellement embarrassantes.

La proportion masculine dans des spécialités techniques ou d'encadrement est plus forte par rapport à l'exercice de base. Mais la proportion d'homme dans la profession d'aide soignants hommes²⁹ reste assez stable : de 11% en 1992, ils représentent 10,8% en 2003³⁰.

Une séparation plus nette entre le soin relevant de la sphère domestique et le soin infirmier proprement dit, l'affirmation que le soin infirmier est un métier à part entière et non une occupation, paraît une explication plus convaincante.

De manière plus générale, des rôles autrefois exclusivement maternels peuvent être investis par des hommes³¹, l'esthétique du corps et sa présentation débordent largement les préoccupations strictement féminines (B. Andrieu, 2004).

3.1.1.2 Le soin normalisé : la professionnalité

La dimension relationnelle dans le soin infirmier évolue jusqu'à devenir un soin à part entière. Reprenant notre distinction entre service, comme activité transformative, et relation de service, cette dimension correspond à la dimension de co-construction du service.

Celle-ci trouve à s'affirmer à partir de 1972, avec la reconnaissance d'un rôle éducatif. Elle s'enrichit ensuite d'autres rôles comme le soutien psychologique et l'accompagnement.

L'importance accordée exclusivement aux **vertus du soignant se déplace vers des attitudes** qu'il doit apprendre à développer envers le patient. Cela se traduit dans **les textes officiels relatifs à la formation et à l'évaluation** des futurs professionnels.

Le rôle infirmier s'apparente désormais à celui d'un thérapeute. L'infirmier en situation d'apprenant comme le professionnel plus aguerri sont amenés à se tourner vers leur propre intériorité de manière à conserver une distance émotionnelle juste dans la relation définie comme « la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places » (P. Prayez, 2005, 2009). Les futurs infirmiers sont invités à s'exprimer à propos de leur expérience, mettre des mots sur leurs affects, afin de bien les différencier de ceux du patient. Les émotions sont reconnues mais leur expression doit rester modérée.

²⁹ Nous avons rencontré mais pas interviewé

³⁰ Étude citée : RFAS, 2005.

³¹ Le congé paternité créé en 2002 pour permettre au père de se consacrer au nouveau-né.

Des vertus aux attitudes soignantes : la relation est aussi un soin

L'idéal de vie dessiné pour l'infirmière dans les premiers manuels de morale³² se cristallise dans le terme de vertu. La vertu a pu être définie comme « une qualité humaine acquise dont la possession et l'exercice tendent à permettre l'accomplissement des biens internes aux pratiques dont le manque rend impossible cet accomplissement » (A. MacIntyre, 1997, p186).

L'idée de vertu contient à la fois une manière d'agir et une manière de ressentir cette action en vue d'une finalité ou *telos*. Le contenu de ce *telos* permet de différencier différentes éthiques. Pour Aristote, la finalité de l'action humaine est l'*eudaimonia*, souvent traduit par bonheur ou bien suprême.

Les qualités requises pour l'accomplissement du rôle infirmier sont nombreuses : sensibilité, habileté, obéissance, bonté, loyauté, respect, responsabilité, tempérance, courage.

Cette liste reprend des attributs supposés féminins ainsi que des qualités qui ne peuvent s'acquérir que par exercice mais d'autres sont censées être des attributs féminins, comme l'obéissance.

La morale infirmière contenue dans les premiers manuels d'enseignement repose d'abord sur l'exercice de sa volonté, c'est-à-dire dirigée vers l'accomplissement de son devoir. Ce devoir s'inscrit dans le choix de vie opéré au moment d'entrer dans cette profession³³. Ce devoir implique la conscience de ce qui relève ou non de ses prérogatives et d'une prise en compte des circonstances, en particulier celle de la présence ou l'absence du médecin qui modifie sa prise d'initiative et de responsabilité dans l'agir. Enfin, la seule récompense à attendre est le sentiment du devoir accompli. Le *telos* d'une telle morale réside dans son propre accomplissement.

Est-ce une morale de l'oubli de soi ? Oui et non. Non car l'exercice des vertus suppose une attention constante à soi-même. Il s'agit de parfaire sa pensée et ses actes pour agir en conformité avec le personnage idéal de l'infirmière. Cependant, ce « soi » n'a de valeur que dans la mesure où il peut servir à autrui. Le soin apporté à affermir ses dispositions n'a de sens que pour apporter son aide au malade et au médecin. La satisfaction réside entièrement dans la réalisation de son devoir.

La crainte d'un désengagement se lit dans les discours parlementaires qui président à la création de cette profession. La femme qui fonde une famille ou qui s'autorise d'autres loisirs risque de la détourner de l'attention exclusive qu'elle doit aux malades [Annexes 1s documents 1 à 3].

³² Voir annexes 1 c 1 et 2

³³ Qui est comme un rite de passage, un changement de fonction sociale, symbolisée par la remise du diplôme et la prise de l'habit.

D'autres finalités sont attribuées au soin comme la satisfaction du patient, ce qui permet de diversifier la manière d'envisager ce qu'est un *bon* soin et d'y inclure des éléments exprimant une créativité soignante. Les marques d'attention sont encouragées comme apporter une tisane ou passer quelques minutes à discuter avec le patient de difficultés dans sa vie. (C19, A1)

Ils contiennent des éléments qui montrent ce qui est attendu des futurs professionnels, s'apparentant à des *feeling rules* ou « règles de sentiments » (A Hoschshild, 1983). Ces règles fournissent des indications sur ce qu'est un comportement approprié. Elles peuvent être fixées de manière formelle mais aussi en fonction de la manière dont le groupe social réagit. De nombreuses normes de ce type pèsent sur la profession d'infirmière.

Les émotions à travers les réquisits de la formation

En 1961, le programme de formation étend le rôle infirmier, orienté vers les tâches techniques et d'hygiène, à un rôle « moral, psychologique et parfois éducatif et pédagogique³⁴ ». Le véritable tournant intervient cependant avec les programmes d'enseignements de 1972 puis de 1979³⁵.

Il s'agit de faire droit à la demande des patients que leur avis soit pris en compte par rapport aux soins qui leur sont prodigués. Ils souhaitent aussi être pris en charge de manière individualisée, pouvoir formuler des préférences et donner leur avis sur les traitements proposés. La formation des infirmiers doit intégrer ce qui est nécessaire pour répondre à ces attentes nouvelles. Puis, les demandes d'aide pour recouvrer une indépendance et une autonomie dans son suivi, conjuguées à la réduction des durées de séjour, pressent ce rôle dans le sens d'une efficacité des informations transmises³⁶. Ce rôle éducatif a permis de développer des postes spécifiques dans les hôpitaux : consultation infirmière, accueil de jour, équipes mobiles, plus rarement infirmier expert.

Du côté de la réflexion infirmière, la diffusion de modèles de soins infirmiers valorise le rôle infirmier spécifique et autonome par rapport à la fonction médicale. Ce rôle éducatif prend

³⁴ Voir annexe 1.1c- 8

³⁵ JO 7 septembre 1972.

³⁶ Voir annexes 1c document 19

de l'ampleur via le développement des maladies chroniques. Les travaux de Virginia Henderson (1960) et Hildegard Peplau (1952) inspireront les réformes ultérieures et l'enseignement initial des soins.

Le terme de savoir-être est un des premiers attendus en termes relationnels. La construction du service infirmier dans les années 1970 impose une conception du rôle infirmier se déclinant en : savoir, savoir faire et savoir-être. Le dernier terme constitue la dimension proprement relationnelle du soin infirmier. Les fonctions de « l'infirmier général » sont conçues comme analogues à celles d'un manager, de même que celles de l'infirmier au sein de l'équipe qui se compose aussi d'aide-soignants et d'agents de service. Le savoir être ou *Human skill*, désigne la capacité à travailler avec d'autres, à coopérer et à communiquer au sein d'une équipe. Cette capacité s'observe dans le comportement de cet *effective Manager* (Katz, 1974) qui, prenant conscience de ses attitudes, croyances et préjugés vis-à-vis d'autrui, se montre ouvert et crée une atmosphère de confiance. Il doit également montrer une sensibilité par rapport aux besoins et aux motivations d'autrui et en favoriser l'expression. La caractéristique de cette habileté est l'exercice constant d'observation et de travail sur soi.

Ce savoir-être est donc un savoir se comporter en présence et vis-à-vis d'autrui, en vue de réaliser un objectif commun.

Il ressort des entretiens un intérêt plus grand mais aussi une difficulté particulière liée à ce rôle éducatif. Il vient donner un contenu valorisant et une légitimité au rôle relationnel. Le rôle éducatif pousse l'infirmier à considérer le patient comme un être en évolution. Il implique d'évaluer les ressources à mobiliser, qu'elles soient internes au malade ou dans son environnement. Cela conduit à un engagement plus grand et un approfondissement de la relation. Mais ce rôle vient aussi confronter le soignant à d'autres limites comme celle de la compréhension du patient et de sa compliance à effectuer ses propres soins. La disposition à aider l'autre se double d'une mission de susciter chez lui l'envie de *s'aider lui-même*.

Ce rôle éducatif est également interprété comme intégrant une fonction de guide durant l'hospitalisation. Il s'agit de le guider durant son séjour dans les actes qu'il subit mais aussi de l'éduquer aux normes hospitalières.

Il est désormais requis de l'infirmière, de savoir écouter et communiquer et adapter son langage de manière à éduquer le patient mais aussi collaborer avec d'autres catégories de

personnel. Il lui est demandé de développer des attitudes soignantes pour pouvoir mener ce rôle et en comprendre la portée.

Le développement de techniques issues de la relation d'aide vient renforcer ce rôle éducatif. Le programme de 1992 veut « faire émerger un nouveau profil de soignant » dont les caractéristiques sont : polyvalence, créativité, professionnalisation, adaptation, responsabilité.

Ce « nouveau soignant » ne doit pas seulement répondre aux besoins de santé mais aussi à la détresse physique et psychologique d'une personne. La dimension éthique est citée pour la première fois³⁷. La qualité de la relation est citée dans le décret de 1993 sur les actes professionnels.

Le modèle de la relation d'aide se diffuse comme modèle de la relation infirmier-patient avec le programme d'études de 1992. Cette méthode thérapeutique développée par Carl Rogers (1951) fait de l'empathie le point central de la relation entre un thérapeute et son patient. Rogers énonce qu'une thérapie est d'autant plus efficace que le thérapeute s'efforce d'adopter le point de vue de son patient et de comprendre son schéma de référence interne, sans se précipiter sur l'élaboration d'un diagnostic. Mais le thérapeute doit bien rester dans la distinction entre sa subjectivité et celle du patient. Il doit se comporter *comme si* il adoptait la perspective du patient.

En réaction à la dépersonnalisation et à la diffusion d'outils techniques (I. Illich, 1975 ; W Schraml, 1974), le patient souhaite un interlocuteur qui s'intéresse à *sa* personne et à *ses* besoins. Le mouvement d'humanisation des hôpitaux se traduit par une démarche personnalisée des soins qui prend en compte aussi bien les données de la maladie et de son traitement, que de son accompagnement psychologique.

La pratique de l'accompagnement personnalisé du patient se développe avec la prise en charge des maladies chroniques. L'apparition du SIDA et des soins palliatifs obligent à enrichir les pratiques d'accompagnement des malades en dehors des schémas curatifs. Le monde hospitalier et la médecine sont confrontés à des limites, après des années de succès dans le recul de la maladie. L'attention portée à l'état psychologique des soignants se développe aussi : pratique des groupes de parole ou de temps dédié en équipe à un travail d'échanges, des groupes d'échange comme la société Balint créé en 1967.

L'empathie fonctionne dans le sens contraire également : l'émotion ressentie par l'infirmier peut être perçue par le patient et donc produire un effet sur lui. L'enseignement des soins infirmiers à partir du programme de 1979 oriente le futur professionnel dans la manière de prendre en

³⁷ Voir annexes 1c document n°13, 14 et 14 bis

compte son propre état émotionnel, en plus de son comportement, dans la relation avec le patient

En effet, parallèlement à cet enseignement soignant s'élaborent des normes de qualité dans la relation au patient, et du professionnalisme.

Les entretiens permettent de montrer deux *feeling rules* (A. Hochschild, 1983) dont le respect génère des formes de compromis entre une attitude d'écoute bienveillante issue de la relation d'aide et une neutralité émotionnelle exigée par le professionnalisme.

Ce travail d'ajustement se lit dans une expression voulue comme *personnelle* ou d'*authentique* et des formes de culpabilité attachées au non respect de la neutralité [A1, A8, D22, D26, E27].

« C'est très important d'apprendre à connaître le patient (...) c'est le plus important, même par rapport à la technique [A1] « prodiguer des soins, c'est s'intéresser à la personne » [A8] « l'apprentissage sert à gérer ses émotions. Et apprendre à rester vrai dans la relation » [E27].

Entre le trop et le pas assez proche, ce travail d'ajustement n'est pas sans susciter un sentiment de ne pas accomplir totalement son rôle, par respect d'une trop grande distance [B13 ; C17 ; C20 ; D25]. P. Prayez (2009) met aussi en garde le détournement du discours soignant sur la bonne distance destiné à penser le soin, détourné vers un discours managérial préoccupé de critères qualité déterminés a priori.

Si la place de l'émotion fait l'objet de tensions si importantes, c'est qu'elle est un moteur de l'engagement soignant, souvent déterminant du type de spécialité choisie. La recherche d'une intensité dans la relation préside dans le choix d'intégrer une unité qui accueille des patients gravement atteints [cadres 1 et 5]. La recherche d'un certain niveau de stimulation conduit aussi à choisir des unités avec une forte charge de travail technique et un turn-over important chez les patients [terrain C]. D'autre part, le vécu émotionnel est conçu comme un outil de travail pour le soignant (voir ci-après 3.2). Au-delà d'un compromis entre deux normes émotionnelles, le conflit portant sur la neutralité ou la trop grande proximité pose un conflit entre une norme qui ne paraît ni souhaitable ni possible à tenir - « tu peux pas laisser tes émotions au placard » [D26], « On est avant tout un être humain qui soigne » [E27], et une norme dont le respect n'est pas sans risque pour le soignant³⁸.

³⁸ Presque tous les soignants soulignent des signes ou des stades à ne pas dépasser : envahissement de la vie privée, trop grande attention portée au soignant soi par le patient, et manque d'intérêt émotionnel pour soigner.

La réflexivité émotionnelle comme compétence

La réforme de l'enseignement des soins intervenue en 2009 va plus loin et demande au futur professionnel de « reconnaître ses émotions » et de savoir « les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose » (annexe 1c doc. n°18).

La réflexivité (DA. Schön, 1994) comme principe pédagogique est définie comme la « posture permettant de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence³⁹. » Au-delà de l'apprentissage des gestes, l'apprenant réflexif est appelé à se questionner sur les sources documentaires et les savoirs qu'il utilise en situation.

Si les émotions du soignant sont pleinement intégrées à la démarche soignante dans cet apprentissage, la question se pose de savoir si la démarche réflexive constitue un moyen approprié pour l'apprentissage du travail émotionnel. Deux problèmes peuvent être soulevés. Le premier porte sur une confusion dans cette posture, entre *savoir* et *rapport au savoir*. La réflexivité est un mouvement par lequel le professionnel se demande quels savoirs mobiliser pour résoudre le problème qui se pose à lui. Mais il n'est pas le savoir lui-même. Le soignant est attentif à son état subjectif et installe un recul intellectuel lui permettant de savoir ce qu'il fait dans l'interaction. Appliqué à la relation de soin, le soignant risque d'observer la relation à laquelle il est censé participer, plus que de s'y investir (Lafortune, 2010).

Le second problème soulevé par la réflexivité est que dans la relation de soin, tout ne relève pas d'un savoir ni d'une résolution de problème. Or, la réflexivité s'inscrit dans une logique d'efficacité. Cette logique correspond à deux objectifs : la transposition des savoirs professionnels d'une situation à une autre, permettant l'adaptation rapide du soignant à de nouveaux contextes et l'inscription de toute demande dans le cadre d'une relation de service⁴⁰.

Cela amène à considérer toute manifestation du patient, en particulier émotionnelle, comme un problème à résoudre, réflexivement.

Un exemple, issu du terrain d'observation A, permet d'illustrer cette tendance. Une patiente âgée, hospitalisée après un accident vasculaire de mauvais pronostic, demande à une

³⁹ Annexe III à l'arrêté du 28 mai 2009. Cf annexes 2c. n°18.

⁴⁰ Pour rappel, nous en avons donné la définition d'E Goffman dans laquelle le client A dépose un objet B au prestataire C, en lui demandant de le réparer.

première infirmière si elle va aller mieux. Cette infirmière lui répond que tout ira bien. Plus tard dans l'après-midi, la patiente demande si elle va mourir. Une seconde infirmière lui répond qu'elle ne devrait pas s'inquiéter. Chacune d'elle m'a dit ensuite dans le couloir que le devenir de cette patiente était très incertain et qu'elle avait besoin de réassurance. Les jours suivants, la malade formule de deux manières différentes : « est-ce que je vais mourir ? » « est-ce que je vais aller mieux ? » la même question. Les soignants traduiront alors cette question comme une « plainte ». Nous interprétons ainsi cette séquence : la question de la malade n'est pas une simple question, elle est d'emblée un problème à résoudre. La réponse immédiate ("tout ira bien", "ne vous inquiétez pas") n'est pas un mensonge lancé à la hâte pour ne pas affronter le désarroi du malade, c'est re-codé en réponse réflexive « elle a besoin de réassurance, j'ai identifié ce besoin et j'y réponds de manière adéquate » [terrain B]. La répétition de sa question modifie le recodage de sa demande en un autre problème : celui d'une plainte qui demande à être entendue.

Les réponses infirmières données viseront ensuite à assurer la patiente que sa question a bien été entendue par l'équipe. Les transmissions soignantes relevaient pour cette patiente « un état stable » ou « toujours pareil », puis « elle est toujours assez angoissée », ou « elle pose beaucoup de questions ». [Terrain B].

Ce que nous questionnons à travers cet exemple n'est pas la pertinence des réponses apportées à cette patiente mais la difficulté d'apporter un autre type de d'aide, dès lors qu'une manifestation du patient est considérée principalement à partir du point de vue d'une relation qui poursuit une logique d'efficacité soutenue par la pratique réflexive.

Dans les sessions de formation continue, les soignants sont invités à reprendre des situations vécues, à affuter leurs perceptions et nommer ce qu'ils ressentent. Des outils de communication interpersonnelle sont présentés pour être appliqués aussi bien à la relation de soin au malade qu'à la relation de collaboration dans l'équipe professionnelle. La dimension relationnelle devient un véritable travail qui repose sur des compétences apparentées à celle d'une relation de service.

Le moteur de l'émancipation du rôle infirmier est certainement la relation au patient. Elle passe par la reconnaissance que l'infirmier a une modalité propre d'action sur le malade, distincte du rôle purement instrumental qui prolonge celle du médecin. Mais travailler cette relation implique de prendre certains risques au plan de son engagement personnel et émotionnel. La pratique des soins infirmiers hospitaliers est organisée en équipe. Quelle place peut occuper ce collectif dans la relation interindividuelle ?

3.1.2 La dimension collective des émotions

Les ouvrages traitant de la relation entre soignant et soigné la décrivent comme une relation de face à face. Or le soin infirmier hospitalier est toujours exercé en équipe. Ce que nous indiquent les entretiens, c'est que ce collectif n'est pas seulement le moyen de répartir les tâches à accomplir⁴¹. L'équipe constitue un soutien émotionnel, le premier recours lorsqu'un de ses membres est en difficulté (3.1.2.1). L'expression émotionnelle se trouve modulée suivant

⁴¹ Voir chapitre 1.1.2

l'interlocuteur. La « coloration » émotionnelle de la relation au patient subit aussi l'influence des autres membres. Enfin l'équipe soignante connaît des usages permettant une régulation émotionnelle individuelle.

3.1.2.1 Le soutien émotionnel de l'équipe soignante

Les professionnels rencontrés s'identifient volontiers à leur équipe⁴² et perçoivent la prise en charge des patients d'abord comme une œuvre collective (A. Vega, 2000). L'importance de conserver **des relations bienveillantes également entre eux** est largement soulignée. Cette forme de sécurité émotionnelle favorise **un engagement plus important** dans sa relation en face à face avec le patient.

L'importance d'une relation bienveillante dans l'équipe

Le travail d'équipe figure en seconde position pour les facteurs principaux de satisfaction des infirmiers au travail. Le manque de soutien psychologique est le principal facteur d'insatisfaction en lien avec le souhait de quitter la fonction soignante. (M. Estry-Behar, 2008). Le manque de considération est vécu comme une forme d'incompréhension de ce qui constitue le travail soignant, voire comme une forme d'abandon. Comment prendre soin des patients si personne ne prend soin de nous ? (P. Smith, 2012). La réponse la plus courante à la question de l'importance du travail d'équipe est le soutien qu'elle peut apporter⁴³. « C'est important de pouvoir compter sur l'équipe (...) de pouvoir parler entre nous, ça permet de soulager, de voir les choses autrement » [A2].

Les temps de dialogue sont utilisés différemment. Les pauses en milieu de matinée ou d'après-midi sont souvent l'occasion de discuter de la situation des patients et de la difficulté à les prendre en soin. Les demandes des familles, parfois le stress ou l'incompréhension de leurs réactions, la prise en charge par l'équipe médicale, parfois la remise en question du traitement proposé et la difficulté de le mettre en œuvre alors qu'on n'est pas en accord. Ce sont des thèmes

⁴² Nous nous en tiendrons ici à l'équipe au sens restreint, comprenant : infirmiers, aides-soignants. Mais les entretiens et nos observations font état d'un réseau d'aide plus large : cadre de santé, médecin, psychologue.

⁴³ Les exceptions se situent essentiellement parmi les infirmiers travaillant de nuit. Mais l'analyse de leurs entretiens laisse penser que le travail de nuit, lorsqu'il est choisi, est aussi un moyen de se placer volontairement en retrait du collectif.

qui amènent le soignant à parler de lui-même et de ses propres difficultés. Les temps institutionnels, transmissions inter-équipes surtout, sont des temps fonctionnels qui ont lieu à chaque relève, en général 6h30, 13h30 et 20h30. Ils sont destinés au transfert d'informations sur les patients, que nécessite le principe de continuité des soins. Mais ils offrent aussi la possibilité d'exprimer le vécu du soignant. Il est différent par exemple de dire « Ce patient a retiré sa sonde naso-gastrique deux fois ce matin. La prescription n'est pas modifiée » ou de dire « Il m'a encore ôté la sonde et en a mis partout. Je ne comprends pas que le médecin veuille qu'on la repose ». Des temps dédiés comme les groupes de parole n'existent pas ou plus dans les terrains visités. Seul le terrain G en connaissait la pratique. Cependant, faute de fréquentation suffisante, le cadre a choisi de ne les organiser qu'à la demande de l'équipe. Le soutien se tisse dans des dialogues informels quotidiens. Le besoin de parler de ses émotions s'exprime spontanément dans la journée elle-même. Ce besoin ne perdure que pour des événements particulièrement difficiles (Rimé, 2005, chap.4).

Le choix de l'interlocuteur est variable. Certains disent s'exprimer aux collègues présents. L'expression est alors spontanée [D22, D24]). D'autres disent préférer choisir un interlocuteur privilégié, en général hors de l'équipe soignante. Le plus souvent il s'agit d'un médecin : « Je me gère toute seule » « on parle souvent avec le médecin chef, je me prépare au décès comme ça » [A6], ou un psychologue [terrain H] pouvant apporter des éléments de compréhension sur le patient.

Cette construction d'un réseau de soutien passe par la narration de situations passées. La réactivation de souvenirs renforce une cohésion en tissant une trame d'appartenance à une équipe. Le récit de prise en soin difficile en appelle souvent d'autres, plus anciens. Et plus que l'évènement, c'est la comparaison qui crée la fascination de l'interlocuteur (B. Rimé, 2005).

La représentation d'une équipe de soin comme celle d'un groupe de prestataires dont la compétence essentielle réside dans la coordination met à mal une cohésion qui repose sur le partage émotionnel. La réduction du temps de travail hebdomadaire a raccourci les temps de chevauchement entre deux équipes qui se succèdent, ce qui rend presque impossible un dialogue autre que factuel : les transmissions d'informations doivent être ramenées au strict minimum.

L'organisation des soins en deux ou trois secteurs rend plus difficile la prise de temps de pause commun à l'ensemble des soignants présents dans le service au même moment. Ce n'est peut être pas le seul critère car dans les services déjà sectorisés en 2006 la pause était communes tandis qu'en 2011, la pause était prise par secteur de soin. La taille de l'établissement est peut-être à prendre en compte. En effet, la taille des salles de repos dans les établissements les plus récemment construits ne permet pas de recevoir l'ensemble des soignants présents⁴⁴. Enfin, l'intensification du travail soignant provoque souvent le renoncement à ces temps de pause afin de pouvoir quitter le service à l'heure en fin de poste.

Ces éléments diminuent les possibilités d'interactions émotionnelles entre les soignants. Or elles sont d'autant plus importantes que peu de soignants disent pouvoir partager leurs difficultés en dehors de l'hôpital. Les deux raisons invoquées sont le souci de conserver la confidentialité mais surtout la difficulté de faire partager des situations portant sur des tabous sociaux comme la maladie et la mort. Ces temps conviviaux raréfiés sont aussi des temps de dialogue qui font que le travail est aussi un « monde humainement vécu » (C. Dejours, 1995). Du point de vue d'une production de service, ces temps conviviaux sont considérés comme « inutiles » alors qu'ils sont des temps d'ajustements, d'échanges de pratiques et d'informations qui participent à la performance globale et surtout à la limitation du risque d'erreur (Michel Llory, 1996).

Le soutien émotionnel de l'équipe favorise l'engagement auprès du patient

Ces temps de partage sont aussi des temps où se développe l'empathie entre les membres d'une équipe. L'expression des difficultés de l'un met en confiance les autres pour parler des leurs. La connaissance de ce qui est difficile pour les collègues de travail permet l'ajustement du travail collaboratif. Enfin, le soutien dans une équipe permet au soignant d'être sécurisé, et de prendre plus de risques en termes d'engagement personnel et émotionnel auprès du patient. Inversement, C. Mercadier (2002) note que « l'investissement affectif dans une équipe est d'autant plus important si les soignants vivent intensément leurs relations avec les malades (p239). En particulier, les patients atteints de maladie graves, proches de la mort ou qui sont régulièrement

⁴⁴ Indice d'une volonté institutionnelle de briser le collectif, méconnaissance de l'importance du travail en équipe, résignation à l'impératif de minimisation des coûts de construction ? Toutes les hypothèses sont possibles, mais elles prennent toutes le contrepied de la reconnaissance de la place des échanges de parole dans le travail. S'il ne s'agit que de bavardages, pourquoi les encourager par la disposition architecturale des salles de détente?

hospitalisés, nécessitent un plus fort engagement émotionnel pour leur prise en charge. Celle-ci doit être soutenue par un collectif pour éviter aux individus de s'épuiser. La répartition de la charge émotionnelle permet ensuite à chacun de continuer à investir la relation au patient.

Nous avons vécu l'expérience de cette dynamique en travaillant dans une unité de soins palliatifs. Les soignants des terrains G et H n'hésitaient pas à se qualifier de *famille* ou *d'équipe très soudée*.

La proximité entre les soignants repose sur un partage de leur expérience intense des soins. Au-delà des informations données sur la situation des patients, le soignant exprime aussi son propre vécu du soin. Ces récits peuvent susciter à l'occasion des mises en garde de la part de collègues, sur un engagement qui paraît excessif.

Cette préoccupation pour l'expérience d'autrui participe aussi à la reconnaissance de ses propres limites émotionnelles. La conscience de l'interdépendance dans l'équipe s'en trouve renforcée. Dès lors, on peut dire que « ce n'est pas le collectif qui produit de l'entraide, mais bien les individualités qui produisent, par l'entraide, du collectif » (P. Zarifian, 2001).

Nous verrons dans la seconde partie de ce chapitre, que le souci d'autrui au sein d'une équipe peut aussi conduire à des tensions entre le besoin de reconnaissance individuelle et le besoin d'appartenance au groupe.

3.1.2.2 les usages collectifs des émotions

L'émotion est une réaction de l'individu à son environnement, en même temps qu'une régulation de l'individu pour s'y adapter (J. Campos *and al.* 2011). Cette régulation est effectuée par l'individu lui-même mais peut être favorisée par l'entourage. Une équipe soignante peut favoriser la "gestion" individuelle des émotions dans la mesure où ses membres s'y rapportent dans leurs conduites les uns vis-à-vis des autres et vis-à-vis du patient. Nous pouvons étayer cette hypothèse à l'aide de deux phénomènes que nous nommons le *ménagement autorisé*, et le *diapason émotionnel*.

Le ménagement autorisé

Une première forme d'ajustement émotionnel entre membres d'une même équipe se présente comme une actualisation de l'organisation quotidienne des soins. Les terrains enquêtés connaissent des modes de répartition différents des tâches par soignant.

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre 2, la plupart des unités de soin sont organisées en secteurs de soin⁴⁵ [terrains A, B, D, F, G, H]. A chaque secteur est affecté soit un binôme infirmier et aide-soignant [terrains A, B D] soit un infirmier, alors que les aide-soignant passent d'un secteur à l'autre [terrain F].

Plusieurs services ont également un poste infirmier chargé des mouvements de patients⁴⁶ [terrains A, B, C, D, F], et de la préparation de traitements comme des perfusions et du relevé des nouvelles prescriptions [terrains A, C, D]. Ce poste est attribué de manière fixe à certains soignants uniquement sur le terrain D⁴⁷, tandis que dans les autres services, les infirmiers l'occupent à tour de rôle.

Si le travail émotionnel est favorisé par la mise à distance physique (M. Delbrouck, 2003) d'un élément déclencheur d'une émotion qui déstabilise le soignant, alors le collectif peut réorganiser la répartition habituelle des soins de façon à *ménager* un de ses membres qui se trouve fragilisé, et lui manifester ainsi son soutien. Une possibilité est de confier à l'infirmier fragilisé le poste plus administratif qui l'éloigne du contact avec les patients durant son temps de travail.

Une autre forme de réorganisation peut être une aide directe apportée par un infirmier à un collègue. Par exemple l'accomplissement de soins à deux, permet d'éviter un face à face avec un patient. Il s'agit alors souvent de patient en fin de vie, ou agressif, ou qui manifeste des demandes d'ordre sexuel - ou interprétées comme telles -, ou qui pose des questions embarrassantes⁴⁸. Cette aide directe peut aussi passer par la proposition d'échange de patients ou de secteurs de soin, dans le but là aussi de permettre une distanciation d'un soignant avec un patient qui lui pose difficulté.

Sous couvert d'une répartition fonctionnelle, c'est bien une répartition collective de la charge émotionnelle générée par les prises en soin qui s'opère ainsi. En effet, cette répartition ne postule

⁴⁵ Ce mode d'organisation qui se traduit par une l'attribution d'un nombre réduit de lits à un infirmier ou à un binôme infirmier-aide-soignant, pour favoriser une personnalisation des soins. .

⁴⁶ Les admissions, sorties, prises de rendez-vous pour des examens, demandes de transport

⁴⁷ Plus précisément, il s'agit d'un poste aménagé auquel est affectée une infirmière dont la condition physique est reconnue par le médecin du travail comme incompatible avec un travail infirmier classique.

⁴⁸ Par exemple : « qu'est-ce qui est prévu pour moi comme traitement ? », « Quand est-ce que je verrai le médecin pour parler de ce qu'il envisage ? », « Est-ce que je vais guérir ? »

pas une égalité entre les soignants. Bien au contraire puisque la charge des autres peut s'en trouver alourdie⁴⁹. Elle passe donc par une forme d'inégalité ponctuelle consentie par le collectif, au profit de certains de ses membres.

Ce *ménagement* est *autorisé* au sens où un motif est estimé suffisamment valable pour justifier la prise de distance du soignant. Parmi ces motifs légitimes, il y a les situations où un membre de sa famille est hospitalisé dans l'unité, où un patient est mourant dans son secteur alors que le soignant est lui-même en deuil, lorsqu'un patient s'est montré agressif lors d'un précédent soin, ou encore lorsqu'une soignante est enceinte et qu'elle a en charge un patient infecté.

Certes, dans le quotidien, cette réorganisation apparaît sous forme d'initiatives individuelles. Mais elle porte une empreinte collective dans la mesure où les infirmiers interrogés sur les formes de soutien dans leur équipe, font état d'habitudes de service, d'une pratique « normale » lorsqu'un membre connaît une difficulté passagère.

« Ici, on a l'habitude de s'entraider comme ça », « quand y'en a une qui est en difficulté, on l'écoute, on l'aide aussi quand ça va pas ».

Certains soignants rapportent ces pratiques à une histoire collective, jusqu'à évoquer l'équipe comme un organisme à part entière. On remarquera ici aussi le vocabulaire qui se situe dans le registre du don : l'équipe aide le membre qui est en difficulté, telle collègue lui fait le « cadeau » de s'occuper de tel patient difficile ou d'occuper un poste en retrait des relations directes.

Le registre du don peut être mobilisé d'une autre manière car il est rare que la demande vienne du soignant concerné. Il fait part de sa difficulté mais ne demande pas, sauf exception, le changement. L'existence même d'un tel ajustement au niveau du collectif rend cette demande inutile car exposer sa propre difficulté appelle cette réponse lorsqu'il existe une pratique collective de ce type.

La limite de ce dispositif apparaît lorsque le soutien déployé ne semble plus justifié, dure trop longtemps ou rend trop inégale la répartition des tâches. Le soignant peut être alors rappelé à l'ordre, voire disqualifié s'il ne peut toujours pas faire face⁵⁰. Le collectif intervient ici pour limiter une éventuelle contamination risquant de compromettre le nécessaire travail d'équipe.

Voyons à présent comment fonctionne la seconde forme d'ajustement émotionnel collectif : le **diapason émotionnel**.

⁴⁹ Mais qui peuvent y trouver des bénéfices secondaires, en termes d'estime de soi.

⁵⁰ Une aide soignante est ainsi pointée par ses collègues comme étant « celle qui ne supporte pas les patients en fin de vie » et qui fait assumer aux autres cette difficulté.

Le diapason émotionnel

Ce phénomène utilise le mécanisme de l'empathie et se développe avec la pratique du partage des émotions. Il se manifeste par un accord collectif informel portant sur le degré de difficulté émotionnelle posée par la prise en charge d'un patient. Le vécu de cette difficulté est individuel mais elle se voit ensuite harmonisée collectivement.

Nous avons déjà parlé plus haut des différents temps d'échanges entre soignants. Conçus par l'institution comme des moments où seules des informations objectives devraient être discutées, ils sont aussi dans la pratique des temps de partage émotionnel importants. Les échanges observés permettent de décrire leur contenu comme un mélange de données objectives concernant le patient et d'appréciations subjectives des difficultés émotionnelles, passées et présentes, générées par sa prise en soin. Un observateur qui connaîtrait peu le milieu soignant pourrait même être choqué à l'occasion, d'entendre des jugements de valeur ou d'autres paroles désobligeantes portées sur le patient. « Celle-là, elle ne se nourrit pas de l'air qui court! » [Terrain C] « Comment va la cuisinée d'hier ? » [Terrain D].

Lors de ces temps de transmission, les soignants ne font pas que transmettre des informations. Ils *racontent* les soins faits aux patients, en particuliers ceux qui ont posé difficulté. Beaucoup de détails sont apportés, certains imitent même le patient dans ses mimiques ou sa façon de s'exprimer. Ces récits traduisent donc aussi leurs propres difficultés d'ordre émotionnel, à s'occuper de tel patient. La narration permet une identification plus forte à la scène vécue, et la réactivation par chaque soignant, de sa propre expérience avec le patient. Les échanges parfois très vivants permettent à chacun de jauger son ressenti par rapport à celui des autres, ou de vérifier certaines impressions dégagées par le contact qu'il a eu avec le patient. Ce dialogue permet d'affiner un jugement soignant sur la situation, qui constitue une première prise de recul. « En discutant avec les autres, on découvre que chacun voit le patient autrement (...) On se complète » [A5].

Mais surtout, pour ce qui nous occupe ici, ces récits permettent à chacun d'être renseigné sur le niveau de difficulté vécu par les autres. Ces discussions concourent à la formation d'un *diapason émotionnel*, dont le « *La* » n'est pas formulé explicitement mais représente, selon nous, un degré moyen de difficulté émotionnelle posée par telle prise en charge, et reconnue par l'équipe. Nous souhaitons par cette expression, mettre l'accent métaphoriquement, sur une vibration

émotionnelle suscitée par une prise en soin jugée difficile, sans qu'elle soit nécessairement objectivée. Cette construction collective va ensuite être intégrée par les soignants individuellement pour se situer dans sa propre relation au patient.

La dimension collective vient bien sûr du partage émotionnel autour de ces récits. Mais l'important ici, vient de ce que les soignants se rapportent à ce degré de difficulté, discuté collectivement. Un des signes de cet accord tacite est manifesté lorsque des soignants s'expriment au nom du collectif. C'est « l'équipe qui est en difficulté avec cette patiente » [terrains D et H], « on a trouvé cette prise en charge pas facile ».

Ce mécanisme a une dimension protectrice car il permet à chacun de situer son ressenti par rapport à ce *vibrato* collectif et plus seulement par rapport à sa difficulté personnelle éprouvée face au patient. Il peut alors se rapporter à ce collectif comme à un soutien pour aborder ce patient et se sentir ainsi plus confiant pour réaliser les soins.

Ce *vibrato* peut cependant se retourner contre un soignant qui se plaindrait de manière discordante, en faisant part de sa difficulté à faire face. Il peut s'entendre alors répondre sur le ton de la désapprobation ou de la minimisation de sa difficulté: « Oh, mais c'est rien ce que tu dis là, la semaine dernière elle était bien pire ! ».

Cependant, cet ajustement a aussi ses aspects négatifs. Par exemple, celui de figer le patient dans un stigmatisme de « patient difficile » et susciter de la méfiance ou du rejet. Un soignant qui n'éprouverait aucune difficulté aura du mal à faire entendre une dissonance par rapport au diapason.

Mais aussi, cet ajustement peut être déclenché avant même que le soignant qui prend la relève n'ait vu le patient. Le « préjugé » peut alors orienter jusque dans la manière de se présenter au patient, qui a été présenté comme « difficile » ou « exigeant ». « L'ethos de l'information rend les groupes particulièrement vulnérables aux rumeurs et aux suggestions » (R. Sennett, 2000 p152).

Cela peut aussi conditionner le regard qu'ils vont porter sur le patient, avant même de l'avoir vu. Dans cette optique, l'ajustement s'exerce par rapport aux autres membres de l'équipe et vient signifier une certaine ligne de conduite, qu'il est parfois difficile de réviser.

Au-delà d'une prise en charge particulière, ce travail collectif permet à chacun de se faire une idée de la personnalité et des difficultés propres à chaque collègue. C'est cette connaissance qui peut être à l'origine d'initiatives mentionnées au titre du ménagement autorisé. Untel est connu pour avoir des difficultés avec les patients jeunes, tel autre avec les patients qui crachent

beaucoup, un autre avec les familles. Le collectif s'en trouve également renforcé, en tant que ces mécanismes favorisent⁵¹ la construction d'une *communauté* de soignants⁵².

Nous avons posé que les dispositions *naturelles* nécessaires pour exercer les soins infirmiers tendent à devenir dans le cadre d'une relation de service, des compétences relationnelles qui doivent faire l'objet d'un apprentissage. La dimension collective du soin infirmier à l'hôpital reste trop ignorée dans cette conception, de même que le travail émotionnel soignant que nous allons envisager maintenant.

⁵¹ Les éléments qui rendent difficile des ajustements sont nombreux : difficulté à stabiliser une équipe, absentéisme, turn-over promu en pratique managériale institutionnelle, diminution délibérée des temps dédiés aux transmissions.

⁵² Nous sous-entendons en employant ce terme, par exemple la constitution d'habitudes de service, la possibilité de reconnaissance de chacun par les autres, le renfort des coopérations.

3.2 Le travail émotionnel soignant

Dans le domaine du soin, les émotions sont incontournables et suscitent des interrogations telles que : « Que peut faire le soignant avec ses émotions ? » ou « Que peut-il face à aux états émotionnels de ses patients ? »

L'expression même de « travail émotionnel », dont nous allons traiter ici, semble contradictoire. Comment une réaction spontanée comme l'émotion pourrait-elle faire l'objet d'un travail ? Un tel travail peut-il intervenir à d'autres moments que dans l'après-coup d'une expérience psychologiquement marquante ?

Depuis les travaux d'E. Goffman (1973) et de A. Hirschfeld (1983), la question des émotions et de la distance émotionnelle au travail connaît des prolongements importants à travers les problématiques de qualité de vie au travail (C. Dejours 2008, Y. Clot 2010). Elle intéresse tout particulièrement les professions dans lesquelles le travail sur autrui est au cœur de la prestation, le soin, l'éducation (P. Molinier, 2006; L. Demailly, 2008).

Dans le soin infirmier, le travail émotionnel se noue dans la rencontre avec le patient, qui fournit des informations pour sa prise en charge et met en tension deux mouvements intérieurs opposés chez le soignant : celui d'aller vers lui, de l'accueillir, et celui de s'effacer (M. Druhle, 1988). En ce sens, le travail émotionnel est d'abord un travail sur soi-même (3.2.1), qui questionne le soignant sur ses aptitudes à gérer ses affects en situation de soin. Dans l'interaction avec le patient, le travail émotionnel comporte aussi une dimension d'usage professionnel (3.2.2).

De ces différents aspects, nous tirons la définition suivante du travail émotionnel infirmier:

«Un ensemble d'efforts conscients, déployés en milieu de travail par l'infirmier, en vue soit de réguler ses émotions déclenchées par les situations de soins dans lesquelles il intervient, soit d'agir de manière à produire chez le patient un état émotionnel souhaité.»

3.2.1 Réguler ou produire des émotions

Les habiletés interpersonnelles ou compétences relationnelles sont une préoccupation récente dans les services au public. Dans le cas de la profession infirmière, cette dimension a toujours fait l'objet d'une grande attention mais n'est plus considérée comme allant de soi.

Dès lors que la qualité de la relation avec le malade fait partie intégrante du soin infirmier¹, la régulation de ses propres émotions devient pour le soignant une partie intégrante de son travail. De nombreuses stratégies existent et ont pu être observées sur les terrains. Certaines s'apparentent aux mécanismes de défense (A. Freud, 1936) comme la banalisation², la rationalisation³, la sublimation⁴. Elles visent à surmonter un obstacle émotionnel. D'autres sont des stratégies d'évitement : choix d'un poste de nuit, administratif, évitement ouvertement annoncé de certaines situations. Nous voudrions examiner ici des principes qui contribuent à la bonne gestion émotionnelle qui se situent au carrefour de la relation de service et de l'éthique soignante (3.2.1.1). Nos observations tendent à montrer que cette gestion va parfois plus loin et pose la question d'une l'expression émotionnelle construite par l'infirmier selon des critères définissant *a priori* le type de relation souhaité avec le patient (3.2.1.2).

¹ Article R 4311-1 du code de la santé publique.

² Se répéter que l'objet qui provoque un rejet n'est pas si affreux

³ Se rappeler son devoir, ou qu'on a vu pire par le passé

⁴ C'est pour le mieux du patient, c'est pour qu'il soit le mieux possible

3.2.1.1 La gestion des émotions

La gestion des émotions donne matière à une littérature très abondante (revue littérature, JJ Gross, 1998) qui déborde le cadre de ce travail. La régulation fait appel, de manière générale à des mécanismes internes et externes qui permettent au soignant de s'adapter au contexte de soin. Cette modulation de ses émotions est très variable. Deux phénomènes guident de manière spécifique la régulation émotionnelle chez les soignants : **la recherche d'une distance juste**, qui suppose tout d'abord l'atténuation de l'intensité émotionnelle mais pas sa suppression. Il s'agit pour le soignant de *rester à portée* du patient, autrement dit, de **gérer sa propre vulnérabilité**. **Les routines hospitalières** rythmant la journée de travail, agissent également comme facteurs de régulation émotionnelle.

La recherche d'une distance juste

Les émotions suscitées par les soins sont nombreuses : angoisse, colère, dégoût, surprise, joie. Les infirmiers expriment volontiers une oscillation intérieure entre la tentative de supprimer toute émotion, et le souhait de vivre des relations humaines intenses. Ils trouvent un juste milieu, en se gardant la possibilité d'un ressenti émotionnel, tout en gardant un contrôle sur son intensité. Cette posture s'apparente à une vertu aristotélicienne, la visée d'une médité juste, qui leur permet de conserver une gamme d'émotions en fonction des situations. En effet, la régulation émotionnelle en tant que mécanisme adaptatif, ne vise pas nécessairement à se sentir calme, à se sentir apaisé (J. Campos, EA Walle, A Dah et A Main, 2011).

Il est possible de désirer un état émotionnel relativement inconfortable. Le choix d'unités où le travail est particulièrement stressant peut être privilégié pour ce motif là⁵. Opter pour un travail en unités d'accompagnement de fin de vie expose le soignant à explorer différents niveaux de tristesse.

La juste distance est la « capacité d'être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places » (P. Prayez, 1995). Le travail émotionnel consiste à pouvoir supporter la présence du patient, de sa famille, tout en gardant à l'esprit ce pourquoi l'infirmier est auprès de

⁵ Travailler en service d'urgence, en réanimation. Des infirmiers du terrain C nous ont dit avoir choisi cette unité pour son potentiel d'apprentissage, mais aussi parce que « ça bouge », « on ne sait jamais ce qui va arriver cinq minutes après ».

lui. Dans ce sens, la juste distance participe pleinement à la gestion de sa position professionnelle au contact du patient (voir 4.2.1 sur les arbitrages dans la relation de soin).

C'est une capacité à être, écrit P. Prayez. Peut-être faudrait-il plutôt employer le terme de *rester à la juste distance* pour signifier que la durée de présence du patient est pour beaucoup dans le déclenchement d'un travail émotionnel. La connaissance du patient est liée à la durée de mise en contact.

Nous employons ce verbe *rester* car il ressort de nos entretiens que la difficulté de conserver une distance émotionnelle augmente avec la durée du séjour du patient, ou lorsqu'il est hospitalisé de manière récurrente. La question du sens du soin est un des principaux problèmes : le patient reçoit des soins appropriés, va mieux, s'apprête à rentrer chez lui. Le patient qui approche de la mort malgré les soins reçus ou en dépit des traitements qui sont encore envisagés devient une source de ce travail émotionnel.

Une autre difficulté est posée par des soins qui rebutent mais qu'il est nécessaire d'accomplir. Leur répétition jour après jour génère un degré de difficulté qui requiert ce type de travail pour perdurer.

Inversement, les expressions normatives sont très présentes dans les discours des soignants. Ils expriment par exemple la nécessité d'une prise de distance envers un patient pour qui le soignant ressent de la sympathie. S'ils sont nombreux à penser qu'éprouver ce sentiment envers un patient facilite le soin et qu'il ne faut pas abandonner cette dimension. Ils admettent aussi qu'il est nécessaire de ne pas encourager le patient dans cette voie sous peine de se trouver dépassé par des demandes plus exclusives. *Rester à la juste distance* signifie alors de pouvoir *laisser partir* le patient. Rester conscient de la différence des places passe par une objectivation de la situation de soin⁶. Cette objectivation est médiée par l'écrit, l'échange verbal et par des auto-rappels sur le sens du soin.

L'objectivation par l'infirmier de la situation du patient réside surtout la consignation des observations. Le dossier de soin permet de consigner pourquoi le patient se trouve hospitalisé, quel est le traitement à appliquer, quels sont ses besoins et ses capacités. Ces éléments sont indispensables pour que l'infirmier centre ses soins. Cependant, l'absence d'une véritable élaboration d'un projet infirmier pour le patient, transforme trop souvent ce travail d'objectivation en un travail administratif dépourvu de sens.

L'objectivation se réalise aussi dans la mise en commun par le dialogue entre pairs et en pluridisciplinarité. La pratique de réunions en commun avec médecins, infirmier, aides-soignants

⁶ Consignés sur le dossier de soin, étayés par des mesures comme les paramètres vitaux ou des échelles comme celle de la douleur.

et autres intervenants comme assistant social, diététicienne ou encore psychologue. Les réunions entre pairs ouvrent sur une compréhension émotionnelle et une prise de recul sur la relation entre soignant et patient (Rimé, 2005), voire sur une mise en lien avec la situation personnelle d'un soignant⁷. Les réunions en plus grand nombre sont destinées à fixer une ligne de prise en charge. Cette formalisation permet de conserver la proximité émotionnelle mais surtout de lui donner des limites.

Enfin, dans l'action, il n'est pas rare que l'infirmier s'adresse à lui-même des rappels déontologiques - « c'est pour le bien-être du patient » (A2, A5, avant les premiers changes de patients grabataires) -, expérientiels - « tu as connu pire » (D24, avant un soin de plaie) -, ou pragmatiques - « t'est payée pour ça » (A1 avant un soin qui la rebute) -, pour surmonter des appréhensions ponctuelles liées à un soin.

Ces différents éléments participent d'une régulation interne des émotions qui doivent permettre au soignant de n'être ni trop près ni trop éloigné du patient, mais à sa portée.

Reconnaitre sa vulnérabilité

Du point de vue des éthiques soignantes dominantes, la relation de soin est asymétrique. Les théories morales qui placent l'autonomie de la personne au premier plan, tentent d'y remédier en considérant le patient comme un être rationnel, maître de ses intérêts. Il est aussi un être désincarné.

Les théories du care mettent l'accent sur l'interdépendance et la vulnérabilité. Mais si on considère facilement le patient comme un être vulnérable, il n'en est pas de même pour le soignant⁸. Ce dernier est généralement placé en position de force mais en risque de souffrance psychologique du fait de sa mission de soin elle-même. Le soignant n'est-il pas alors aussi vulnérable ? Les éthiques du care mettent l'accent sur un état commun partagé par le patient et le soignant. Ontologiquement, il est tout comme le patient, un être marqué par la finitude. La maladie du patient peut être source d'angoisse pour l'infirmier, surtout s'il est lui-même prédisposé. Il est également pris dans d'autres relations d'interdépendance : au sein de sa famille, dans l'aide requise pour la garde des enfants ou l'entretien de la maison par exemple.

⁷ Un état d'énerverment accru par une situation personnelle difficile comme une séparation ou la maladie d'un proche.

⁸ Les catégories des personnes vulnérables regroupent avant tout des êtres qui n'ont pas encore gagné ou qui ont perdu leur autonomie : enfants, personnes démentes, atteintes de maladie mentale. Par extension, la vulnérabilité désigne aussi les personnes vivant dans la précarité, susceptibles d'être exploitées.

Le soignant se trouve vulnérable aussi dans sa position de soignant, selon deux aspects⁹ : politique et moral.

L'aspect politique renvoie aux conditions réservées à l'accomplissement du travail de *care* : qui exécute ce travail, avec quelle rémunération, dans quelles conditions ? Si la précarité a longtemps touché les premiers infirmiers¹⁰, elle s'est depuis déplacée vers la profession aide-soignante¹¹. Cette vulnérabilité porte aussi sur un ensemble d'exigences pesant sur la relation de soin. Garantir la qualité des soins, assurer le bien-être du patient, deviennent des impératifs posés sur l'infirmier et qui viennent le solliciter non pas du côté de sa vertu mais de sa supposée puissance d'agir. Cette évolution se traduit par de multiples sollicitations assorties d'exigences d'immédiat soulagement, ne laissant souvent d'autre possibilité au soignant que de se sentir insuffisant, son action réduite au faire, qui seul est visible: « on hydrate, on surveille, on fait ! » [E27].

Le volet moral de la vulnérabilité concerne son propre investissement dans la relation au malade. « L'homme relationnel, qui ne peut persévérer dans son être qu'à la condition de pouvoir se lier aux autres, est un homme par définition vulnérable » (G. le Blanc, 2007). Le sentiment qu'il attache à sa propre pratique se trouve bien souvent évalué à l'aune des réactions du patient. « Je suis contente quand le patient est content » [B 13], « il ne l'exprime pas forcément, mais quand je vois dans ses yeux qu'on leur a fait du bien » [A3].

La sécurité émotionnelle du soignant est confortée par ces gratifications et menacée par des manifestations négatives et des marques de non respect.

Or, adopter une attitude d'écoute et d'empathie, c'est se mettre à la *portée*¹² du patient, qui peut gratifier ou châtier le soignant, lui signifier la valeur de ses actes ou leur insuffisance. La disparition des impératifs rigides pesant sur la fonction infirmière pourrait laisser penser que l'infirmier s'en trouve plus libre. Il n'en est sans doute rien.

L'évaluation des soins infirmiers manque de critères et d'élaboration formelle par les professionnels eux-mêmes dans leur pratique. Reste l'évaluation par le patient, dont la satisfaction peut se trouver fort éloignée de l'accomplissement d'un soin selon les règles de bonnes pratiques.

⁹ Nous ne reviendrons pas ici sur la dimension fonctionnelle du travail en équipe : le besoin de ses collègues de travail pour accomplir le sien.

¹⁰ Nous renvoyons à la thèse d'exercice du Dr Anna Hamilton sur les conditions de vie du personnel soignant des hôpitaux en 1900.

¹¹ Cette population à peine rémunérée au niveau du salaire minimal, est à présent majoritairement féminine, issue de l'immigration, mère célibataire souvent.

¹² Ce qui signifie faire preuve de sollicitude mais aussi se trouver en position d'être blessé par le patient, ce que vient signifier étymologiquement la vulnérabilité.

« Le patient remercie pour l'attention qu'on lui a donnée, jamais pour la *perf* qui a été posée à l'heure » [cadre 2].

En quoi reconnaître sa propre vulnérabilité sert-elle le travail émotionnel ? Et qu'est-ce que cela implique ?

Accepter d'être vulnérable, c'est accepter d'être faillible, à l'inverse du personnage mythique de l'infirmière qui peut tout supporter, sans faiblesse (N. Maillard, 2011). C'est accepter d'être embarrassé, d'avoir peur, de ne pas avoir en toute circonstances la réponse attendue.

L'infirmier est interpellé au quotidien sur sa capacité à surmonter ces failles qu'il considère le plus souvent comme des faiblesses, voire des fautes professionnelles.

Une évolution marquante se fait entendre dans les entretiens, entre les soignants les plus anciens et les plus récents, et trouve confirmation dans les questionnements généraux des étudiants : on passe de questions telles que : « Qu'est-ce que le malade a à me dire ? En quoi me sollicite-t-il ? Comment l'écouter ? », à des questions comme : « Que dois-je répondre au patient ? », « Que puis-je lui dire, ou pas ? ».

La formation initiale des soignants n'ignore pas leurs émotions. Mais son orientation pédagogique vers la résolution de problèmes empêche d'utiliser leurs *capacités négatives* comme celle d'être dans l'incertitude, « sans courir avec irritation après la raison » (A. Phillips, 2009). Ces capacités négatives sont exactement rejetées par la figure du professionnel, capable *en théorie*, de connaître précisément l'état de l'information disponible sur le patient afin de lui répondre efficacement et dans la limite de ses compétences.

Dès lors, toute situation, et elles sont nombreuses, qui le place dans l'incertitude sur ce qu'il convient de faire ou qui le place dans l'impossibilité d'agir sans contrevenir à un règlement, suscite des réactions de fuite, de frustration et de rejet de responsabilité : c'est le médecin qui n'a pas informé sur la nature du médicament, c'est le défaut d'information sur l'annonce du pronostic faite au patient, c'est l'absence de protocole pour accompagner un patient mourant, c'est l'absence de formation spécifique pour savoir répondre de manière adéquate à la famille qui s'apprête à perdre un proche, qui empêchent l'infirmier de faire correctement son travail.

La vulnérabilité s'oppose ici au professionnalisme au sens où le soignant s'en remet parfois à ses capacités et à ses limites humaines pour rester en relation. Alors que le professionnalisme recherche une réponse efficace et ne suffit pas à l'infirmier pour faire face à des situations. Lorsqu'il ne trouve pas de réponse, il peut se sentir à la fois embarrassé au plan humain et insuffisant au plan professionnel. S'en remettre à ses capacités techniques de soignant - sachant, le conduit à mener un raisonnement purement intellectuel et à ignorer des réponses plus immédiates où l'imagination et l'émotion sont essentielles pour avoir une perception correcte de la situation (M. Nussbaum, 1990). C'est par exemple le cas sur le terrain D, où une patiente âgée demande régulièrement si elle va mourir. Les réponses évasives qu'elle reçoit reflètent la gêne des infirmiers à trouver une réponse satisfaisante.

Les routines hospitalières

Nous appelons routines des temps spécifiques dédiés à des actes de soin particuliers, quotidiens ou pluriquotidiens, exécutés de manière systématique, chambre par chambre. Par exemple les « tournées » deux à trois fois par jour pour mesurer les paramètres vitaux chez chaque patient, effectuer des prélèvements, distribuer les repas, administrer les médicaments, ou encore réaliser les soins d'hygiène et la réfection de la literie. Par extension, le terme de routine vient désigner dans le discours des soignants, les actes eux-mêmes.

Elles diffèrent des *rituels* qui ont aussi une fonction d'apaisement mais qui sont ponctuels, attachés à une personne ou une situation particulières. En général, cette pratique est alors chargée d'un sens bien spécifique. Par exemple, agencer d'une certaine façon les objets sur la tablette du patient, parce qu'il a exactement le même ordre à la maison, ouvrir la fenêtre de la chambre après un décès en lien avec des croyances liées à l'âme.

Les routines rythment le poste de travail et en facilitent l'exécution par leur caractère automatique. Elles sont souvent pour cette raison là aussi, jugées négativement par les soignants, [C19] qui mettent en avant leur caractère dépersonnalisant. (« Le patient a ses habitudes, nous on standardise » (..) on ne peut pas parler de liberté dans le travail On a des protocoles pour tout, et même dans le choix de décider par quel patient commencer ».

Nous inscrivons cette modalité d'organisation du travail soignant dans la gestion émotionnelle en raison de ce qui est en jeu dans ces temps qui occupent deux à trois heures du temps infirmier par poste de travail.

L'enjeu de ces tournées est véritablement la personnalisation d'une prestation standardisée : administration médicamenteuse, mesure de la pression artérielle, distribution des plateaux repas.

Elles servent de régulation émotionnelle de la même façon qu'une habitude individuelle : en apportant le réconfort de ce qui est prévisible (Rytterström, Unosson et Arman, 2010). Ces temps répétés toujours aux mêmes heures, se passent de justification auprès du patient. La seule information donnée par les soignants en passant en chambre est « je viens vous apporter les médicaments », ou « c'est l'heure des repas ». Par elles-mêmes, les routines hospitalières garantissent aussi une forme d'équité dans le soin car les soignants ne décident pas des patients à aller voir ou non. Le caractère impératif ne laisse pas d'autre choix que d'entrer dans telle chambre et dans tel ordre, ce qui atténue la charge émotionnelle par comparaison à un acte planifié individuellement.

Enfin, l'aspect systématique est connu des deux protagonistes. Il sert éventuellement de possibilité d'évitement, en venant justifier de façon acceptable que le soignant coupe court à un entretien embarrassant ("Je dois continuer ma tournée"). C'est un usage à demi-avoué par les soignants, qui regrettent par ailleurs de ne pas disposer d'assez de temps à consacrer au patient. Dans ce même ordre d'idée, l'application rigide de cette organisation peut justifier qu'on effectue un soin à un moment qui ne convient pas nécessairement au patient.

La difficulté est de conserver le caractère systématique permettant de neutraliser en partie les affects, tout en n'oubliant pas de reconnaître (Honneth, 2007) le caractère singulier de chaque patient visité. Le déroulement des routines illustre les compromis effectués par les soignants pour effectuer de manière efficace et productive un ensemble d'actes relevant du service infirmier et préserver une relation de soin personnalisée, adaptée à chaque patient visité.

Or, c'est bien la relation personnalisée qui est ici recherchée : l'habitude selon Hegel (1817), permet la « libération de l'homme à l'égard de ses sensations immédiates ». La neutralisation progressive des sensations extérieures permet d'aller à l'essentiel du geste. Ensuite s'installe une indifférence quand au but poursuivi et l'habitude devient une fin en soi. La dépersonnalisation du soin est un risque pour le patient, qui subit alors le soin de manière anonyme. Elle contient un risque pour le soignant aussi car si la répétition des mêmes gestes favorise leur maîtrise et garantit le bon déroulement de l'acte, Hegel met cependant en garde que l'habitude ne devienne pas une seconde nature, asservissante au lieu d'être libératrice. Cela se produit lorsque la routine exécute l'acte non seulement sans qu'il prenne sens pour le soin, mais

aussi sans recherche de perfectionner le geste. Coupé de toute émotion, le geste est alors réduit à son processus.

L'infirmier effectue un travail de régulation émotionnelle. Mais a-t-il aussi un rôle plus actif de produire des émotions ?

3.2.1.2 Produire des émotions

Peut-on fabriquer soi-même des émotions ? et pour n'importe quel type ? quand cela est-il aidant et quand cela relève-t-il d'une auto-manipulation ?

Peut-on porter un jugement évaluatif sur les émotions et **privilégier d'en exprimer certaines plutôt que d'autres** ? Certains soignants en font même l'objet d'un travail constant, en développant de manière plus ou moins consciente un « personnage de travail » ou **work persona**.

Sélectionner ses émotions

AR Hochschild (1983) traite la possibilité de produire des émotions de deux manières: le *surface acting* ou jeu de surface et le *deep acting* jeu profond. Dans le *surface acting*, le soignant déploie des marques d'émotions qui lui semblent appropriées. Le *deep acting* est une forme intériorisée du *surface acting* où le sujet en vient à confondre le personnage qu'il joue avec sa véritable personnalité.

Le *surface acting* s'apparente à un travail de présentation de soi afin de développer une attitude convenable socialement en fonction de la situation. Développer une « *façade* » au sens développé par E. Goffman(1973) d'un appareillage symbolique utilisé habituellement par l'acteur, à dessein ou non, durant la représentation.

Certaines caractéristiques de cette façade sont stables comme le sexe, l'âge, le vêtement. D'autres sont variables comme la manière d'interpréter son rôle. Cette interprétation vise à donner de soi une image acceptable pour les autres ou conforme à des attendus en termes de comportements ou *feeling rules* pour reprendre l'expression de A.R. Hochschild (1983). Ces attendus peuvent aussi

dériver d'une image idéalisée du rôle, « que l'acteur a toujours à cœur de préserver » (E. Goffman, 1973).

Le jeu d'acteur repose alors sur ce qu'il veut laisser voir ou non de son état émotionnel aux autres : patient, collègues, collaborateurs, familles.

La tension qui se noue autour du laisser ou non paraître ses propres émotions se traduit par une interrogation sur « montrer un visage neutre », « paraître blindé » qui correspond à l'image du véritable professionnel infirmier, capable de tout « encaisser » (C. Mercadier, 2002), supporter des situations gênantes, de souffrance ou encore de dégoût.

De nombreux soignants rencontrés disent avoir à cœur de ne rien laisser paraître. Les raisons invoquées sont essentiellement de trois types : se rapprocher d'une figure professionnelle idéale, permettre au patient de s'exprimer ou de ne pas le blesser. Par exemple, l'infirmière peut avoir à cœur de montrer un visage impassible lors de la réfection d'un pansement nauséabond. Elle dit même alors se concentrer pour ne rien laisser paraître, quitte à perdre un peu en attention portée sur le patient [B15]. Enfin, cette attitude veut éviter au soignant de se trouver débordé par ses propres affects ou trop investi par un patient.

La fréquence avec laquelle cette règle de ne pas laisser transparaître ses émotions est reprise, montre que les soignants l'ont largement intégrée. Cependant, ce principe de séparation stricte liée à la figure professionnelle est remis en question.

Plusieurs soignants estiment qu'il n'est pas souhaitable de renvoyer une attitude qualifiée de « factice » ou d'artificielle vis-à-vis du patient. [B15, C18, D25, E27].

Ils soulignent par de nombreuses l'importance de laisser paraître quelque chose de son propre ressenti et les *trucs* pratiqués pour contourner cette règle sans la transgresser. Nous pouvons citer par exemple : la barrière qui sépare les émotions du patient et du soignant mais qui ne doit pas être trop fermée, la porte à laisser entr'ouverte, ou totalement fermée mais en laissant une fenêtre entrebaillée.

Le soignant ressent spontanément de la compassion pour la situation que vit le patient. C'est même ce qui vient convoquer un mouvement d'aide (P. Gelhaus, 2013). La réponse adéquate ne peut résider dans une série de phrases stéréotypées ni dans une attitude purement guidée par les actes de soin à accomplir. L'expression émotionnelle attendue du soignant doit montrer toute l'importance que revêtent pour lui les événements qui arrivent au patient (P.Paperman, 1995). Une attitude « froide » est incompatible avec une attitude de *care*. La neutralité peut être perçue comme de l'indifférence, qui est un mal moral du point de vue du *care*

(J.Tronto, 2001) et un déficit de reconnaissance (A.Honneth, 2007). Cette attitude neutre peut également être perçue comme un mépris envers soi-même, envers sa propre humanité. Elle est exprimée par une forme de culpabilité de ne pas garder le souvenir des situations difficiles comme les décès, ou de ne pas montrer suffisamment d'intérêt [A5, C21, B13].

Entre l'application rigide des critères du professionnalisme reposant sur l'objectivité et la rationalisation, et un *laisser-aller* émotionnel préjudiciable au patient mais surtout à lui-même, le soignant utilise une modulation de ses émotions, pour arriver à une attitude compatible avec un attendu professionnel acceptable.

Nous identifions deux signes du caractère contrôlé de cette expression. Le premier de ces signes est de justifier son attitude, signe d'une rationalisation : « A force de trop se protéger, on ne soigne pas bien. Ça m'est arrivé de pleurer avec une collègue, mais ensuite il faut passer à autre chose » [D25]. « J'ai pleuré parce que c'était le père d'une collègue » [A3].

En second lieu, il est capable de contenir l'expression de l'émotion dans un registre modéré . « Parmi les patients, certains me tutoient, mais moi je ne les tutoie pas » [A6], « en fin de vie, ça fait toujours quelque chose » [B16], "Les patients ou leurs familles peuvent apprécier que le soignant montre qu'il est ému par ce qui arrive (...) Mais on ne peut pas se rouler par terre en hurlant » [E 27].

« L'acteur se sent toujours contraint à la fois d'accomplir la tâche et de maintenir la façade » (E. Goffman, 1973).

L'implication émotionnelle dans les soins est une préoccupation de l'ensemble des soignants rencontrés. Leurs discours montrent aussi des différences importantes dans les recommandations reçues lors de la formation initiale.

Les plus anciennes infirmières, qui ont jusqu'à 25 ans d'ancienneté, rapportent qu'un investissement émotionnel important auprès du patient était mieux valorisé autrefois. Ensuite, la rigoureuse mais froide exécution des actes de soin est prônée « dans ton boulot, des émotions tu ne dois pas en avoir » [D26].

La diffusion du modèle du soignant réflexif induit un rapport différent aux émotions conçues comme des compétences. L'élaboration d'un *personnage de travail* ou *work persona*, nous interpelle tout particulièrement.

L'élaboration d'un personnage de travail ou *work persona*

Nous appelons *work persona*, ou personnage de travail, l'élaboration consciente par un sujet, d'attitudes développées spécifiquement dans l'exécution de tâches professionnelles.

La *persona* désignait dans le théâtre grec ancien, le masque que revêtait l'acteur et qui lui permettait d'être identifiable dans son personnage, mais pas définissable dans son individualité, de sorte qu'il pouvait aussi en changer et adopter la *persona* d'un autre. (H. Arendt, 2009, p35).

L'ensemble des attitudes développées rejoint en partie la fonction de la *façade* dont nous venons de traiter : permettre au sujet d'exprimer une émotion à travers le personnage joué. Cela va plus loin que la possibilité de laisser ou non filtrer quelque chose de son propre ressenti. Positivement, le sujet façonne des traits et des attitudes qui correspondent à une image idéale pour laquelle il souhaite être reconnu.

Par exemple [C17] qui est surnommée « la chanteuse » par certains patients. Elle se définit elle-même comme toujours souriante et s'impose de sourire tout le temps. Une autre incarne aux yeux de ses collègues le dynamisme parce qu'elle court tout le temps. Une autre a tendance à mater l'équipe, apportant des gâteaux pour l'équipe ou manifestant une écoute plus importante de ses collègues.

Le personnage de travail est alors plutôt un complément à d'autres facettes du rôle infirmier de base. Le praticien réflexif (Argyris et Schön, 1974) par contre, constitue une forme paradigmatique du soignant compétent (Y. Saint-Arnaud, 2001). Cette posture est clairement affirmée par le dernier programme d'enseignement¹³ ; elle se caractérise par l'auto-examen et l'auto-évaluation de ses pratiques. Le soignant doit être à même d'expliquer pourquoi il a procédé à tel soin de telle manière ou abordé le patient d'une façon particulière. Cet auto-examen est effectué dans une logique d'amélioration de sa propre pratique.

Ce personnage de travail est aussi pour certains auteurs la marque du travail en équipe, qui oblige à porter des « masques de coopération » (R. Sennett, 2000). La conduite vis-à-vis des autres doit susciter la bienveillance et la collaboration, afin de diminuer la pression que le collectif fait peser sur chaque membre. Car chacun se retrouve collectivement responsable des efforts individuels et les critiques visent rapidement celui ou celle qui est estimé ne pas y participer suffisamment. Les demandes individuelles sont alors traitées selon qu'elles favorisent ou non la collaboration.

¹³ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Le recours à ce personnage de travail peut s'expliquer de deux manières. Il peut tout d'abord permettre au soignant d'exprimer un idéal de travail tout en restant protégé au niveau personnel. C'est ce qui permet par exemple à des infirmiers rencontrés d'exprimer quelque chose de soi, mais dans le registre professionnel, sans que le soignant ne soit « à nu »¹⁴. Le second usage est de rechercher une relation plus authentique au patient. Le soignant recherche une vérité dans le personnage qu'il incarne, à la manière dont un comédien peut dire qu'il recherche la vérité de son personnage. Des indicateurs de cette recherche sont exprimés lorsque l'infirmier emploie des termes comme « s'efforcer de ressentir » ou « j'essaie de montrer plus d'empathie et intérieurement aussi » [B13].

Dans cette forme, le personnage de travail est bénéfique en tant que régulateur émotionnel parce le sujet reste conscient de la différence entre son personnage et lui-même. A.C. Hochschild (1983) analyse cette forme de *deep working* comme aliénante pour le salarié lorsque les normes émotionnelles à satisfaire sont posées par l'employeur. Elle décrit des phénomènes d'angoisse et de dépersonnalisation lorsque le sujet en vient à confondre les deux.

A mi-chemin entre ces deux considérations se trouve une forme émergente du *work persona* comme une sorte de marketing de soi orientée vers la réussite professionnelle¹⁵. Cette forme d'auto manipulation par opportunisme (A. Honneth, 2007) se retrouve-t-elle aussi dans les formes d'autoréflexivité promues pour les futurs soignants ? Le processus d'amélioration de la qualité des soins conduit-il à personnaliser le soin ou au contraire à délivrer une prestation émotionnelle au patient ?

¹⁴ Ce masque n'est peut-être qu'une de ces fictions nécessaires dont le soignant se dote, car il révèle nécessairement quelque chose de lui-même, dans son action soignante.

¹⁵ Le salarié qui brigue une position hiérarchique plus importante est incité à adopter les codes et les attitudes de la position visée. « Agir comme » lui favoriserait les chances de promotion.

<http://smallbusiness.chron.com/build-character-work-23373.html>

3.2.2 S'ajuster au patient ou délivrer une prestation émotionnelle ?

Dans le domaine des soins infirmiers, la composante émotionnelle est primordiale pour recueillir des informations et ajuster le soin à chaque patient (3.2.2.1). Mais la diffusion du modèle de la relation de service s'accompagne également d'injonctions pesant sur le salarié (3.2.2.2). Ces injonctions lui imposent aussi de développer certaines attitudes vis-à-vis du destinataire, dans le but de favoriser un certain état émotionnel.

3.2.2.1 L'émotion comme outil du travail soignant

La dimension émotionnelle revêt un enjeu particulier pour le soignant en termes d'accomplissement des soins. Elle est au cœur **du phénomène d'empathie**, indispensable pour tisser la relation entre soignant et soigné. Elle est aussi indispensable **au travail de surveillance** du patient, en tant que détecteur précoce d'un changement dans l'état de santé.

Le travail de l'empathie

La juste distance émotionnelle, comme on l'a vue, demande au soignant de s'interroger lui-même pour poursuivre la prise en charge. Notamment, elle met en garde le soignant vis-à-vis d'une proximité trop importante avec le patient. L'empathie est un instrument qui doit lui permettre de situer cette juste proximité. L'infirmier doit s'impliquer émotionnellement pour comprendre les situations individuelles et les réactions du patient produites par l'annonce d'une maladie grave, par la diminution de l'autonomie physique ou encore par la chronicisation impliquant la perspective d'un traitement à vie et l'éloignement de la possibilité de guérison¹⁶.

¹⁶ « La formation doit permettre à l'élève infirmière, d'acquérir les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes, de discerner les types de réponses que peuvent apporter les infirmières en matière de santé et les mettre en application compte tenu des structures sanitaires du pays, de collaborer avec d'autres travailleurs sanitaires en tant qu'éducatrice de la santé, de développer l'aptitude à penser et à agir, d'acquérir la maturité d'esprit, nécessaire pour assumer des responsabilités sur le plan humain, professionnel et civique". Voir annexe 1c n°18 arrêté du 28 mai 2009 relatif au programme d'études en soins infirmiers.

Cette individualisation permet d'ajuster le soin aux caractéristiques du patient. La méthode de la relation d'aide (C. Rogers, 1961) doit favoriser l'expression des sentiments du malade permettant de lui procurer un soulagement et de prévenir sa frustration, décrite comme un état d'agressivité préjudiciable à son état général. *Accepter le malade* suppose de s'abstenir de poser un jugement sur la dimension subjective du patient et positivement, de chercher à le connaître. Le respect de l'autonomie signifie placer le patient de manière à lui permettre de faire ses choix. Cela signifie l'éclairer, atténuer son angoisse et lui apporter l'appui dont il a besoin pour se prendre en charge lui-même.

L'ensemble de ces principes repose sur *l'attitude non directive* ou *empathique* définie comme la capacité du soignant de « participer à l'expérience d'autrui dans la mesure où la communication verbale et non verbale le permet (...) de se mettre à la place de l'autre, de voir le monde comme il le voit » (C Rogers, 1961).

L'empathie a pu être décrite comme la compréhension adéquate de ce qui se passe chez le patient en rapport à sa demande, mais tout se joue sur le terme de compréhension adéquate (P. Ghelhaus, 2012). Cette capacité d'empathie est décrite avec plus ou moins d'intensité dans les entretiens. Certains mettent en avant l'importance de se mettre à la place du malade pour comprendre ce qu'il vit [E 29] et d'autres estiment qu'il est important de s'efforcer de connaître le patient en le faisant parler de lui [B16]. Enfin, certains expriment des craintes à se mettre ainsi à sa place [A1].

Les infirmiers utilisent peu, et pas spontanément, le terme d'émotion¹⁷. Ils lui préfèrent généralement celui de « ressenti ». Ce substantif est un néologisme qui n'a pas de champ aussi large que celui de l'émotion.

Le ressenti met l'accent sur la sensibilité immédiate du soignant, et sur l'importance qu'elle a dans la formation du jugement infirmier sur la situation. C'est un pré-jugement qui mobilise les sens de manière privilégiée (C. Mercadier, 2002). Par exemple, la vue qui permet de décrire une position antalgique prise par le patient, l'ouïe qui autorise l'écoute des bruits respiratoires, l'odorat qui vient spécifier l'odeur dégagée par une plaie, le toucher de l'épiderme chaud ou froid d'un membre qui fait évoquer un état fébrile ou un trouble circulatoire¹⁸.

¹⁷ La formulation des questions dans les entretiens constitue un biais à cet égard.

¹⁸ Le goût est sollicité à travers l'odorat ou de manière indirecte pour adapter les repas ou la prise d'un médicament.

A l'observation sensorielle, le ressenti ajoute une tonalité affective, de méfiance, d'anxiété, d'optimisme pour indiquer le sens que prend selon lui la situation du patient.

C'est à partir de son corps que le soignant produit une partie de son jugement clinique. De multiples images corporelles sont exprimées dans ce registre. « Je le sens pas » [terrain C] « la plaie ne me plaît pas du tout » [terrain B], « ce patient me fait mal au cœur » [A1]. Ce ressenti est souvent difficile à expliciter, fortement lié à l'intuition construite avec l'expérience (P. Benner, 1995). Il s'accompagne d'affects agréables ou désagréables. L'appréciation du soignant sur la situation utilise le mécanisme d'empathie de manière à s'ajuster au patient. Le patient qui présente des difficultés respiratoires est angoissé, la plaie malodorante lui donne une mauvaise image de lui-même qui peut gêner sa relation avec ses proches, l'état fébrile est source d'inconforts multiples.

L'émotion constitue pour le soignant une irremplaçable boussole qui lui permet de prendre en considération la subjectivité du patient, voire de l'ensemble du service. Les soignants de nuit parlent ainsi de *prendre la température* ou *prendre le pouls du service*.

Très vite, la relation entre infirmier et patient va prendre une importance telle qu'elle concurrence directement les autres prestations. La distinction entre soin technique et soin relationnel est une tension très présente dans les entretiens menés en 2006. La valeur accordée à la dimension relationnelle du soin est alors très marquée par rapport à la dimension technique. Mais contrairement à la séparation nette dans la littérature, les entretiens montrent au contraire une complémentarité entre les deux. La dimension empathique se greffe souvent sur un soin réalisé, parce qu'il est douloureux ou parce qu'il rappelle la maladie pour laquelle le patient se trouve hospitalisé.

L'idéal du modèle que constitue la relation d'aide n'est pratiqué sur aucun des terrains, pour deux raisons au moins. La première est l'occupation du temps durant le poste de travail, qui permet rarement un tel moment avec le patient, ni le suivi de cette relation (changement de poste, d'unité, d'horaires). La seconde est un manque de formation en vue d'exercer plus efficacement cette aide.

Les *alarmes* émotionnelles

L'émotion sert ici la fonction de surveillance, essentielle au travail infirmier. Pour certains psychologues, l'émotion la plus importante serait la surprise car c'est elle qui est actionnée dès que se produit une modification de l'environnement du sujet et qui déclenche ensuite d'autres réactions.

L'être humain a la faculté de fonctionner selon des états émotionnels de différentes intensités. L'état de base est celui où l'émotion intervient peu, où « ils vaquent à leurs occupations, (...) se chargeant tranquillement des affaires en cours » (E. Goffman, 1973).

Une modification détectée dans l'environnement, un état inhabituel chez le patient, mobilise les sens et l'esprit d'analyse pour préciser s'il y a une menace et comment elle se présente.

Cette fonction de détection est d'autant plus efficace si l'infirmier connaît déjà le patient et se trouve à même de comparer à un état habituel un état « alarmant » ou simplement préoccupant.

Nous avons suivi sur plusieurs terrains des infirmières présentes très ponctuellement, une seule journée parfois. L'hésitation dans l'interprétation de l'état clinique d'un patient était parfois explicitement discutée avec nous en dehors de la chambre. Les embarras sont le reflet d'un brouillage de ce détecteur que constitue l'émotion, lorsqu'il manque un repère pour estimer ce qui doit faire l'objet d'une information au médecin ou non.

Nous avons vu aussi que l'observation et la fonction d'alarme sont façonnées par la spécialité exercée dans l'unité. Les routines hospitalières développent aussi des priorités dans ces alarmes émotionnelles. L'attention portée aux bruits respiratoires et au teint du patient (terrain H), les boccoux pendus au niveau du lit du patient et l'aspect taché ou non des pansements (terrain F), les mimiques, la position prise dans le lit, chez les patients âgés.

Dans un contexte institutionnel qui privilégie la mutualisation du personnel soignant sur différents services, cette fonction d'alarme ne peut qu'être altérée, risquant de différer une alerte sur la modification de l'état de santé d'un patient.

Le dernier usage de l'émotion dans les soins, est un mode actif permettant une modification chez le patient.

3.2.2.2 Le travail émotionnel comme prestation de soin

Si les émotions peuvent servir de guide et de détection, est-il possible de les susciter chez une autre personne ? **Quels états émotionnels sont alors recherchés** chez le patient ? Les **objectifs poursuivis par ce changement** sont-ils toujours clairement identifiés ?

Influencer l'état émotionnel du patient

C'est l'aspect qui rejoint le plus les analyses de Hochschild (1983) sur le travail émotionnel. Il s'agit de favoriser chez autrui, un état émotionnel voulu par l'employeur qui charge son salarié de le faire. Elle a ainsi étudié comment les collecteurs de fonds s'y prenaient pour susciter la peur et favoriser le paiement des dettes. Elle montre également que le sourire du personnel navigant n'est pas seulement une marque de civilité, mais qu'il contribue à procurer aux passagers une "expérience de bonheur et de calme du voyage"¹⁹. Cette expression émotionnelle participe donc au service lui-même, elle a même pu faire l'objet d'une description précise - *designed for the service*. Hochschild voyait dans ce travail une injonction pesant sur le salarié, formé par son employeur à exercer ce type d'influence. Il n'y a rien d'aussi systématique dans le soin infirmier au sens où ce travail d'influence n'est pas réclamé formellement par l'institution.

Les infirmiers énoncent volontiers des états émotionnels souhaitables chez le patient et auquel leurs soins doivent concourir. C'est surtout l'état de bien-être et d'apaisement qui apparaît dans les entretiens.

Le milieu hospitalier est jugé agressif, source de stress important pour le patient. Outre la maladie qui l'affecte, la douleur qui peut l'accompagner, il se trouve dans un environnement qui ne lui est pas habituel et confronté à l'incertitude sur son état et son devenir, sur la poursuite des soins et des examens. Une part essentielle du rôle infirmier joué auprès du patient consiste à favoriser ou à maintenir certains états émotionnels tels que : le sentiment de sécurité, le calme, le bien-être. Des termes très actifs sont utilisés dans les entretiens pour accomplir ce rôle. Citons à titre d'exemples : apaiser, soutenir, stimuler, renforcer, rassurer, contenter, faire sourire, remonter le moral.

¹⁹ Traduction personnelle, p.5.

Inversement, l'infirmier peut chercher à induire un certain degré de peur chez le patient.

En développant par exemple des mises en garde, des rappels sur des risques, parfois exagérés, de manière à éviter des initiatives dangereuses de la part du patient. Par exemple se lever sans attendre les soignants après une chirurgie, toucher à ses perfusions intraveineuse et autres appareillages, rester au lit ou ne rien manger. Le ton peut aller jusqu'à devenir menaçant « on va vous mettre une sonde si vous continuez à uriner au lit ! », « on va vous transférer puisqu'ici vous refusez de faire quoi que ce soit ».

L'intérêt d'induire ces émotions dépend de ce que le soignant doit accomplir ou de ce qu'il cherche à obtenir du patient.

Quels objectifs sont poursuivis ?

Les objectifs sont de deux ordres : pour le patient lui-même et pour l'infirmier.

Le bien-être du patient est d'abord recherché pour lui-même. L'infirmier cherche à imprimer un vécu positif de l'hospitalisation, ou tout au moins à en limiter les effets négatifs.

Ensuite, il permet de mettre le patient en confiance et favorise la compliance au traitement.

La justification généralement avancée pour la peur est la nécessité de protéger le patient, d'abord de lui-même. Il peut se mettre en danger en ne respectant pas certaines précautions et l'argumentation peut ne pas suffire.

De manière plus générale ce travail sur les émotions du patient permet au travail infirmier de se dérouler plus efficacement. Les émotions d'anxiété ou de colère sont perturbatrices, générant des plaintes, des appels-sonnette et des comportements d'opposition.

L'objectif de satisfaire le patient est-il un bon critère ?

La relation de service implique de répondre à une demande. De résoudre le problème pour lequel se présente le patient, « rapidement et efficacement » pourrait-on ajouter, suivant l'évolution institutionnelle. Au-delà de ces objectifs, une attention particulière se porte sur le consentement du patient, requis pour chaque soin qui lui est proposé.

Mais dans l'optique d'une rationalisation de la relation de service, le risque n'est-il pas de confondre le recueil de ce consentement avec le travail émotionnel visant à l'obtenir ?

Conclusion du chapitre 3

Les dispositions émotionnelles requises pour le soin infirmier ont évolué de qualités personnelles ou des vertus innées vers des compétences à développer. Des traits naturels comme la gentillesse, la patience, la douceur ou encore le sang froid, à mesure que le soin infirmier se professionnalise sont supplantées par des compétences à acquérir durant la formation : capacité de communication interpersonnelle, bienveillance, empathie, esprit d'initiative, maîtrise de soi et de ses gestes.

Les objectifs servis par cette évolution se sont précisés avec l'importance accordée à la relation entre patient et soignant : instaurer une relation de confiance, maintenir un lien harmonieux et compréhensif avec le patient. L'accent placé sur les droits du patient fait poser la question de différencier les objectifs de soigner le patient selon son meilleur intérêt ou de le satisfaire. La logique de compétence et de qualité attendue de la relation du service infirmier, sont devenue une habileté exigible et évaluable.

La question est de savoir par qui le service infirmier doit être évalué. La logique de compétence, en tant qu'elle est une habileté personnelle qui se déploie en contexte, dans l'action, abolit la distance entre la personne et son travail. Le risque est alors de confondre évaluation du service et jugement sur la personne, que l'évaluateur soit l'employeur, le professionnel, ou le destinataire du service.

Le travail émotionnel a été introduit plus haut sous la forme d'un comportement ou d'une démonstration d'un état émotionnel requis par un employeur de la part de ses salariés.

Ce qui est commun à ces trois conceptions du travail émotionnel, c'est d'abord qu'il s'agit d'un effort, d'un « travail » et qu'il nécessite la mobilisation d'une énergie.

Ensuite, dans ces trois aspects, le sujet fait retour sur lui-même pour mener à bien ce travail et en perçoit les enjeux par rapport à lui-même en se questionnant sur la situation de soin : « comment puis-je rester soignant? » « Comment puis-je aborder ce patient alors qu'il me fait peur ? », « comment appliquer le comportement qu'on attend de moi alors que je ressens l'opposé ? »

Enfin, dans les différentes modalités de ce travail, il existe une préservation de la conscience d'une différence entre l'état affectif interne souhaitable ou souhaité du sujet et les types d'émotions déclenchées par les éléments présents dans son environnement. C'est bien la conscience de cet écart qui rend un travail émotionnel possible.

Chapitre 4

**Emancipation et complémentarité de la
relation de service par rapport à la relation
de soin**

PLAN DETAILLE DU CHAPITRE

4.1 La Coconstruction du service infirmier par le patient

4.1.1 Le travail du patient

4.1.1.1 le travail de collaboration

4.1.1.2 la contrainte à collaborer

4.1.2 Satisfaire le client et soigner le patient

4.1.2.1 Le patient : un consommateur vulnérable

4.1.2.2 Organiser le soin pour satisfaire le plus grand nombre d'usagers

4.2 Installer une relation de confiance

4.2.1 Consentement et information du patient

4.2.1.1 Le consentement au soin infirmier

4.2.1.2 L'information dans la relation entre infirmier et patient

4.2.2 Analyse de deux dispositifs de confiance

4.2.2.1 Le questionnaire de satisfaction

4.2.2.2 la personne de confiance

Conclusion du chapitre 4

Introduction

La relation de service fait partie de la prestation. Elle est plus que la simple rencontre entre prestataire et bénéficiaire du service. Au-delà des nécessaires *civilités* (Goffman, 1968), le dialogue qui se noue entre les deux protagonistes doit préciser le contenu de la prestation envisagée et les attentes de chacun. Ce dialogue doit permettre au prestataire de comprendre quelles sont les préoccupations du bénéficiaire, dans quel cadre elles s'insèrent, par rapport à sa vie quotidienne notamment. Elle impose au prestataire de fournir des éléments tels que : ce qu'il lui sera demandé comme participation concrète, les étapes de la réalisation de ce service et les effets escomptés.

La dimension éthique de cette relation comprend des marques de reconnaissances de l'un envers l'autre : la reconnaissance de la qualité de professionnel par le bénéficiaire et l'importance du bénéficiaire reconnue par le prestataire. Cette réciprocité est le fondement de la confiance réciproque que la relation de service se propose d'installer.

La relation de soin suppose une dimension empathique et un engagement émotionnel qui instituent le soignant en tant que soignant (voir notre chapitre 3). Le patient le reconnaît comme tel en l'autorisant à intervenir sur son corps et en acceptant le risque lié à cette intervention. Nous avons pu observer à l'inverse, le renvoi ou le refus opposé par un patient à un soignant en particulier, en lui disant qu'il n'avait pas suffisamment confiance. Par exemple un infirmier qui avait échoué plusieurs fois à prélever du sang pour analyses biologiques (!Terrain C).

En milieu hospitalier, la relation de service a la particularité d'être réalisée de manière plurielle¹. Le patient n'a pas affaire à un seul *praticien réparateur* (E. Goffman, 1968) mais à une succession et va devoir s'adapter à chacun. Les changements d'équipe sont décrits comme des moments de stress pour les patients hospitalisés [RU1].

Ce que nous allons examiner dans ce chapitre, c'est la compatibilité entre relation de soin et relation de service. La relation de soin fait partie intégrante du soin lui-même (M. Formarié, 2007). Mais il ressort de notre matériau d'analyse que la demande des patients porte aussi sur d'autres éléments qui s'apparentent à une relation de service. Les nombreuses interventions sur le corps du patient, dans le cadre de la prestation infirmière, rendent incontournables la

¹ Plurielle et non collective car chaque soignant a son propre "style" et n'envisage pas la relation de la même manière.

participation de celui-ci. Les demandes se sont accrues avec l'injonction à une autonomie pesant désormais sur le patient (A. Ehrenberg, 2010). «L'évolution du rapport entre malades et médecine a évolué d'un droit d'être malade – et soigné- vers un devoir de santé ». (C Hertzlich, 1984). Comment ces injonctions pèsent-elles sur la relation entre infirmier et patient et fondent un type de relation de service, qui réoriente le soin vers d'autres demandes à satisfaire (4.1) ?

L'une des finalités de la relation de service est d'instaurer et de maintenir la confiance entre infirmier et patient. L'information a pris de ce point de vue une importance toute particulière. D'autres instruments issus de la démarche qualité² ou de dispositions concernant les droits du patient³ se sont aussi développés (4.2).

4.1 La co-construction du service infirmier par le patient

Dans quelle mesure est-il possible de se représenter séparément service infirmier et relation de service ? Contrairement à une situation de type consultation sur laquelle se base Goffman (1968), le patient ne vient pas d'abord porter une demande à l'infirmier. Il se trouve hospitalisé pour un motif qui est déjà précisé. L'accueil infirmier consiste à faire connaissance et à confirmer ce qui a été convenu ailleurs, dans le cabinet du médecin. La réponse infirmière est en partie indépendante de la demande du patient⁴ mais elle doit s'adapter à la personne. Cette adaptation forme une partie de la relation de service dans laquelle le patient est activement sollicité (4.1.1). Cette co-production du service vise à améliorer la santé du patient mais désormais aussi à le satisfaire. Nous nous demanderons alors dans quelle mesure ces deux objectifs sont conciliables (4.1.2).

4.1.1 Le travail du patient

Si les soignants déplorent que le patient se comporte comme s'il n'avait aucun devoir⁵, il est mis à contribution durant toute l'hospitalisation (4.1.1.1). Il participe de différentes manières au service infirmier dont il bénéficie en effectuant tout d'abord **un travail de coopération**. Son

² Celle-ci recouvre un ensemble de procédures issues des ordonnances 96.346 du 24 avril 1996 et du décret 97.311 du 17 avril 1997 qui visent l'amélioration continue de la qualité des soins par l'évaluation des organisations et de leurs agents ainsi que la satisfaction des usagers.

³ Loi du 4 mars 2002 et loi du 22 avril 2005.

⁴ Voir notre 1.1.2 sur les missions auprès du médecin.

⁵ Cela reste à discuter car l'article L1111-1 du code de la santé publique stipule "Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. »

statut de patient lui confère des droits et en particulier celui d'être autonome dans ses choix. Cependant, **cette autonomie devient un devoir autant qu'un droit**, produisant des attentes de la part des professionnels de santé (4.1.1.2). Enfin, ces attentes et ce travail mettent en valeur **deux figures nouvelles de ce qu'est un *mauvais* malade**

4.1.1.1 Le travail de collaboration

Le rôle du malade a été théorisé par T. Parsons (1955). L'un de ses premiers devoirs est de rechercher l'aide du médecin et de **coopérer avec lui** et par extension, avec les infirmiers. A l'hôpital, le patient est sollicité de bien d'autres façons, en particulier de **suivre des consignes** multiples. Surtout, il doit doser un subtil **équilibre entre une passivité qui laisse les soignants s'occuper de lui et la démonstration active de son désir de se prendre en charge.**

Renseigner les soignants

Le patient est la première source d'informations pour l'infirmier. Il renseigne d'abord sur ce qu'il sait : quels sont ses antécédents, pourquoi est-il hospitalisé et s'il sait lui-même pourquoi⁶. Le patient fournit aussi des renseignements sur l'information qui lui a été transmise par d'autres professionnels : sur ce que le médecin lui a expliqué du diagnostic, du traitement, de sa possibilité de sortir de l'hôpital.

Il renseigne sur des éléments en dehors de la présence du soignant. Par exemple sur comment s'est déroulé sa nuit, ou les derniers jours, lorsque le soignant était en congé. Ces éléments sont renseignés lors des transmissions inter-équipes mais ne remplacent pas les impressions exprimées par le patient lui-même. Par exemple, le soignant peut avoir transmis que le patient a bien dormi, mais lui peut indiquer des réveils fréquents ou des cauchemars. Il peut avoir transmis que le patient se trouve dans un «état stable» depuis trois jours alors que ce dernier se plaint de n'avoir toujours pas réussi à se lever seul depuis plusieurs jours. L'infirmier peut alors ajuster ses soins et l'indiquer au reste de l'équipe. A l'occasion, il lui est aussi demandé de signaler lorsqu'un médicament par perfusion se termine [terrain G]. C'est aussi le vécu corporel du patient qui est interrogé par l'infirmier.

⁶ Cette indication est précieuse pour les infirmiers pour pouvoir estimer leur périmètre d'information au patient (voir notre 4.2.1.2).

Il est ainsi questionné sur sa douleur ressentie, sur son point de vue par rapport aux changements de son état de santé, d'une plaie, sur son élimination d'urines ou de fèces. L'infirmier cherche à savoir si le patient aurait lui-même observé du sang ou une coloration particulière des urines ou des crachats.

Il est sollicité pour signaler tout changement ressenti concernant son état de santé afin qu'il donne l'alerte. Il renseigne parfois spontanément aussi sur l'état de son voisin de chambre, soit qu'il s'en plaigne, soit qu'il se montre inquiet en cas de malaise.

Lors des tournées systématiques, le patient est aussi interrogé sur son état de fatigue, sur l'évolution de ses symptômes depuis qu'il est hospitalisé.

Mais le patient livre aussi des renseignements sans à son insu : par son mutisme, par sa passivité, par une expression de colère qui sont également relevées voire interprétées.

Enfin, il renseigne les soignants à son insu : durant son sommeil, par l'observation de la coloration du teint, posture et rythme respiratoire.

Beaucoup de ces informations font partie des surveillances relevant de la relation de soin. Ainsi, les relevés systématiques de surveillance des constantes vitales, peuvent être traitées pour elles-mêmes et consignées sur le dossier infirmier sans autre intervention. Mais elles peuvent aussi servir de support à l'infirmier mais aussi au patient, pour aborder d'autres aspects de la maladie ou s'exprimer sur un ressenti lié à la prise en charge. L'interaction motivée par ces actes, permet d'évoquer d'autres éléments d'informations comme celles qu'on vient de relever.

Nous faisons ici une différence entre une relation de service ou l'action de surveillance clinique est au premier plan, et une relation de soin où une part importante de cette même action est consacrée à lui donner un sens à travers un dialogue entre patient et infirmier. Les patients sont parfois décontenancés par un manque de réaction du soignant « On demande d'évaluer sa propre douleur mais on se fait rabrouer quant on se plaint » [RU2].

Respecter des consignes

Le patient est destinataire d'un grand nombre de consignes sur ce qu'il doit faire, ce qu'il peut faire et ce qu'il ne doit pas faire. Ces consignes sont liées à l'organisation de l'unité ou aux soins eux-mêmes. Elles sont parfois explicites « ne pas se lever », « ne pas toucher à la perfusion » [terrain D], ni à la pompe volumétrique qui dispense le médicament par voie intraveineuse [terrain G] mais souvent non dites.

Comme le soulignent plusieurs infirmiers, l'hôpital est « un monde très infantilisant », dont le patient ne connaît pas les coutumes. « Il ne connaît pas les règles ni auprès de qui se renseigner » [E29]. Le repérage des soignants n'est pas aisé.

Dans sa thèse sur le vêtement des soignants hospitalier, Michèle Olivier (2000) souligne combien peu de soignants se présentent, que ce soit par leur prénom ou par leur fonction, « comme si l'institution hospitalière avait gommé leur identité professionnelle ». Des établissements différencient les uniformes pour rendre ce travail de présentation encore plus inutile. Nous avons effectivement relevé que souvent le patient se réfère à des descriptions physiques pour désigner la personne, médecin ou infirmier ou aide-soignant, qui leur ont donné telle information ou effectué tel soin.

C'est un travail d'acculturation auquel le patient se livre : respecter les espaces, déchiffrer les codes de langage (A. Vega, 2000), savoir appeler à bon escient les soignants sans passer pour trop effacé ni trop exigeant.

Les soignants qui ont déjà été hospitalisés ou été accompagnant d'un patient le confirment « Personne ne vient expliquer les règles de l'unité. En fait, les consignes tu les apprends parce que tu es déjà allé trop loin » [E28]. Les consignes liées à l'organisation de l'unité sont le plus souvent écrites sur le livret d'accueil mais aussi bien les cadres que les représentants d'usagers soulignent que le format est souvent inadapté et qu'il n'est pas consulté [cadre3].

Sur le terrain G des patients sont placés en isolement protecteur⁷ qui implique des consignes très contraignantes pour lui-même et ses visiteurs. Sur le terrain C, des patients sont placés en isolement septique⁸. Les deux dispositifs imposent la coopération du patient et de son entourage.

Sa coopération peut être requise ponctuellement aussi pour prendre le relais des soignants. Par exemple une infirmière du terrain G qui demande à la patiente de sonner peu avant que la perfusion intraveineuse se termine pour qu'elle prépare la suivante plus rapidement. Ou cette autre sur le terrain F, qui relève le chiffre de la glycémie⁹ mesurée par le patient qui continue sa propre surveillance diabétique à l'hôpital.

⁷ L'isolement protecteur est un ensemble de procédures d'hygiène visant le confinement du patient à la chambre avec une limitation des entrées (personnes et objets) motivé par un abaissement des défenses immunitaires du patient, qui le rend plus vulnérable aux infections.

⁸ L'isolement septique est un ensemble de procédures d'hygiène visant le confinement du patient à la chambre pour cause d'infection transmissible par contact (bactérie résistante le plus souvent urinaire ou digestive mais se trouvant aussi sur la peau) ou par l'air respiré (tuberculose) ou postillons (aspergillose).

⁹ La glycémie est la mesure du taux de sucre circulant dans le sang, via un appareil automatique qui donne un résultat instantané. Ce dispositif permet une auto-surveillance pluri quotidienne par le patient.

Certains examens nécessitent une préparation physique comme l'absorption d'un liquide qui accélère le transit ou un lavement évacuateur avant examen endoscopique. Si le patient est physiquement apte, l'application lui est confiée [terrain C].

Un « travail » passif : se laisser faire

Nous le qualifions de travail parce qu'il s'agit bien d'un vouloir qui porte sur un degré de passivité demandé par les soignants.

C'est aussi une certaine docilité qui est requise du patient. Même si certains relèvent qu'« on ne fait plus ce qu'on veut au patient » [cadre 1], une certaine passivité, une capacité à « s'en remettre aux soignants » [cadre 5] est requise.

Son corps est mis à contribution pour des examens, des prélèvements divers. Sur le terrain G, les prélèvements de sang sont quotidiens, sur le terrain C, les patients ont parfois jusqu'à cinq examens en une journée. Plus que cela, le corps est à disposition de l'hôpital qui gère désormais l'ensemble de son emploi du temps.

Dans le même temps, il est demandé au patient de « se prendre en charge » de s'occuper de lui-même dès que possible. Le moment du passage où il doit passer d'un état de quasi-soumission à un état actif et autonome, relève d'un véritable savoir-faire discret (P. Molinier, 2006). Il doit mesurer quand l'initiative est requise, pour ses soins d'hygiène personnelle en particulier, et quand il doit attendre l'intervention soignante. Le moment même de ce soin peut avoir son importance : celui qui se lève très tôt, cinq heures par exemple, ne permet pas au soignant d'exercer sa mission de surveillance et ne peut donc attester qu'il fait « correctement sa toilette » [terrain A] mais celui qui se lève tardivement, au-delà de dix heures, freine le déroulement du travail soignant et ASH¹⁰ : vérification de la literie, nettoyage de la chambre.

¹⁰ Agent des Services Hospitaliers : chargé de missions d'hôtellerie comme le nettoyage des locaux et la distribution des repas.

4.1.1.2 La contrainte à collaborer

Cette obligation s'enracine dans une injonction sociale de recouvrer la santé et retourner au travail¹¹ et dans une volonté affirmée, en particulier depuis la fin des années 1970, de prendre sa santé en charge¹². Participer à sa propre santé est une démarche qui s'est développée avec l'augmentation des maladies chroniques et la diffusion large du savoir médical.

La montée en exigence portant sur les droits du patient s'accompagne d'obligations, dont la première est de s'informer et de se surveiller, autrement dit il doit montrer une volonté de se prendre en charge et de gérer sa maladie. Le patient doit faire preuve d'autonomie, de participation.

Chacun est appelé à être l'acteur de son propre changement (J. Le Goff, 2009, p9). Cet accès à l'*autonomie* est paradoxalement très normalisé. Michel Castra (2003) montre comment le patient en fin de vie est fortement sollicité pour « aider le médecin à l'aider » (p214) et entrer dans une trajectoire contractualisée du « bien mourir » (M. Castra, 2003).

Dans les pratiques que nous avons observées, il nous semble que **deux tensions sont à l'œuvre.**

La première met en jeu l'acceptation d'une certaine perte de l'autorité attachée au professionnalisme, ou à la manière dont l'infirmier se représente ce professionnalisme.

La seconde met en jeu la responsabilité soignante. Entre le devoir de surveillance du patient et l'autonomie encouragée de celui-ci, **se joue un *alea morat*³, c'est-à-dire un risque lié au comportement du patient mais dont l'infirmier endosse en partie la responsabilité du fait de son devoir de surveillance.** D'où une oscillation constante entre des sollicitations à l'autonomie, que ce soit pour alléger son propre travail ou pour faciliter la transition avec le retour à domicile, et un contrôle exercé sur cette autonomie.

Dans les deux cas, c'est dans la tension repérée qu'il nous semble que les compétences liées à la relation de service, sont les plus utiles. Dans le premier cas, ces compétences interpersonnelles compensent celles qu'on estime risquer de perdre en étant « destitué » par le

¹¹ Au terme du cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : « Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi ». Le 11 e alinéa de ce texte « garantit à tous... la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

¹² Le premier mensuel d'information et de défense des consommateurs de soins médicaux, créé en 1977, s'appelle « L'Impatient ».

¹³ Terme introduit au XVIIème siècle par Adam Smith, qui la caractérise comme « la maximisation de l'intérêt individuel sans prise en compte des conséquences défavorables de la décision sur l'utilité collective »

patient de sa position d'autorité. Dans le second, elles sont à même d'expliciter la **démarche de laisser faire versus contrôler le comportement du patient.**

L'auto-information à la fois encouragée et rejetée

L'information constitue un exemple de valorisation /dévalorisation du travail du patient. L'information tout d'abord pose la question des sources. L'auto-information est le plus souvent invalidée par les soignants. Elle provient de comparaisons intrafamiliales et d'information disponible dans les médias ou sur des forums d'échanges. Les patients qui se sont informés via Internet *amusent* autant qu'ils inquiètent les soignants par des demandes exorbitantes. Les soignant ironisent ainsi à propos des recherches effectuées par les patients sur l'Internet et qui tiennent pour accessibles des traitements qualifiés de *miraculeux* sur certains sites ou encore à l'essai dans d'autres pays.

Par exemple [E27] qui évoque la demande d'un patient d'être soigné par piqûres d'abeilles comme il a vu que cela se pratique en Allemagne. [H36] évoque un patient qui réclamait une molécule mise au point aux Etats Unis mais non encore disponible sur le marché français.

Pour les infirmiers, ce serait avant tout auprès des professionnels que le patient doit s'informer. « Jetez tout, on va tout reprendre à zéro ! » [H3] déclare cette infirmière face aux résultats statistiques présentés par un patient, « c'est surtout pour rétablir une position symétrique face au médecin, mais en fait ils ne savent pas qu'ils ne savent pas » [cadre3].

La démarche d'auto-information entreprise par le patient peut en effet produire plus de confusion que de clarté, comme le dit cette infirmière « je me souviens de ce patient qui recherchait la moindre information sur l'avancée de sa maladie. Il s'accrochait à ses documents mais restait très angoissé (...) internet ne peut pas répondre à ses angoisses et à ses choix d'avenir. Etre informé, c'est pas comme être écouté ou être entendu » [H38].

Le transfert de savoir sous contrôle

Le « vouloir- rendre-le-patient-autonome » passe également par des transferts de savoirs et d'apprentissages par rapport au suivi de sa maladie. Cela peut aller d'un suivi de plaie simple à un apprentissage plus sophistiqué comme dans le cas du diabète ou de l'insuffisance rénale¹⁴.

Sur le terrain F, nous avons observé le changement discours d'une infirmière chargée du suivi ambulatoire d'une plaie au départ très infectée et à présent presque refermée.

En expliquant au patient les produits utilisés, un dialogue constructif se noue avec le patient qui se montre très intéressé et revient sur les circonstances de sa blessure et les phases de sa cicatrisation. Puis il émet la possibilité, puisque le pansement est devenu plus simple à faire maintenant qu'il termine lui-même ses soins à la maison. L'infirmière lui répond qu'il est préférable qu'il revienne encore une fois pour qu'elle s'assure que la plaie s'est bien refermée. Elle annonce qu'un ou deux passages au maximum seront suffisants.

Les recommandations au patient avant sa sortie de l'hôpital le renseignent sur l'évolution normale de son état, les signes qui doivent le faire recourir à son médecin ou à « ne pas hésiter à rappeler le service » [terrain H]

Dans ce travail d'auto-information du patient, se trouvent une demande de *s'approprier sa maladie* (B. Andrieu, 1999), et un frein lié à un éclatement du monde de la santé et des prises en charge. Peut-être vaudrait-il mieux parler d'indépendance que celui d'autonomie car cet apprentissage repose en grande partie sur le respect de normes chiffrées et l'apprentissage de protocoles d'auto-surveillance. L'objectif est de permettre au patient de limiter son recours à des professionnels de santé. Des auteurs comme P. Barrier (2010) plaident au contraire pour un véritable partenariat de manière à permettre au patient de développer une auto-normativité qu'il définit comme la « capacité à découvrir et gérer par lui-même sa norme de santé ».

Nous avons pu observer également des scènes où le patient posait des questions sur le pourquoi l'infirmier pratiquait de telle façon ou pourquoi il utilisait tel matériel en particulier. Les réactions alors observées montrent souvent que cette interrogation est vécue par le professionnel comme une remise en cause de ses compétences.

¹⁴ Nous n'envisagerons pas dans le cadre de ce travail, l'éducation thérapeutique, qui n'était pas pratiquée en tant que telle dans les terrains visités, au sens du Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013, définissant les compétences requises.

Par exemple [terrain H] un patient s'étonne qu'elle ne fasse pas le soin de la même manière que sa collègue d'hier. Irritée visiblement, l'infirmière lui répond qu'elle fait ce métier depuis 25 ans et qu'elle sait comment faire ».

En entretien, une cadre nous confie s'être vu taxée d'être « trop du côté des patients » par son équipe en leur conseillant de ne pas trop insister pour que le patient soit totalement compliant [cadre 4].

Mieux informé, le patient développe un esprit critique, mais aussi une certaine méfiance et cherche à repérer les recommandations injustifiées ou des demandes inutiles de la part des professionnels consultés. Citons par exemple : les examens réalisés en doublons, les étapes de soins réalisées dans un ordre inapproprié telles qu'une reconstruction mammaire avant radiothérapie.

L'étude de K. Unruh et W. Pratt (2008), fait d'une difficile recherche d'information constituant un véritable « travail invisible du patient » orienté vers trois buts : déterminer son état de santé ou *health awareness*, garantir la continuité de ses soins et repérer les recommandations injustifiées. Le premier objectif nécessite de cibler le bon interlocuteur à contacter. Ce que l'ensemble des acteurs interviewés après 2006 disent avoir du mal à identifier. La pluralité des professionnels autour du patient lui rend difficile la tâche d'identifier un référent capable de lui livrer une synthèse actualisée de son état de santé. D'où le second travail informationnel qui est de faire des liens et des recoupements d'information de manière à garantir sa propre continuité des soins¹⁵.

Ce que peut ajouter le positionnement de relation de service, avant d'être soignant, c'est comprendre où se situe la demande d'information, où se situe la demande d'auto-soin par rapport au quotidien. Nous disons « avant d'endosser le rôle soignant », car cette posture enclenche un raisonnement de type résolution de problème¹⁶ à partir d'un besoin qui est peut-être trop vite supposé. Nous y reviendrons au point suivant.

Respecter l'autonomie et gérer l'aléa moral

Gérer l'aléa moral consiste pour l'infirmier, à exercer une forme de contrôle sur un patient autonome ou à tout le moins indépendant physiquement. Son fondement est la responsabilité soignante liée au devoir de surveillance. L'objectif est d'éviter que le patient se mette en danger, par imprudence ou manque de lucidité.

¹⁵ L'étude se déroule par suivi extra hospitalier de groupes de patients atteints de cancer.

¹⁶ Voir notre point 3.2.

Les formes de contrôle varient de la demande de coopération à des privations de liberté, à la limite de la légalité. Leur modalité varie avec l'état cognitif du patient.

Par exemple, le patient à nouveau capable d'effectuer ses soins d'hygiène seul mais qui requiert une surveillance de son état cutané, fait l'objet d'une simple demande de signaler le moment où il se rend à la salle de bain. De cette manière, il permet au soignant d'exercer une surveillance adéquate [terrain H].

L'information sur les risques en cas de comportement imprudent se situe est dans ce registre là. L'infirmier peut cependant utiliser un ton ou des formules d'intimidation, en exagérant par exemple le risque réel, de manière à induire une crainte et dissuader le patient d'adopter certaines conduites (voir notre 3.2.2) [terrain D].

Les communications informelles qui ont lieu dans l'équipe soignante tout au long d'un poste de travail ont pour fonction d'organiser le travail au cours d'un poste permettent aussi indirectement à chacun de s'informer sur la partie de l'unité où le collègue se trouve. Chacun est alors à même d'évaluer les tâches effectuées ou restantes [Terrains A, B, C et D, moins observé sur les F, G et H où la sectorisation semble plus stricte].

D'autres techniques utilisent la ruse face à un patient imprudent et qui malgré l'information sur le risque, continue d'inquiéter l'infirmier.

Dissimuler l'objet de l'attention : placer une tubulure de perfusion hors de portée du patient, faire un plus gros pansement ou comme l'infirmière du terrain H, le fermer de telle manière qu'elle le reconnaisse au passage suivant du patient. « Je l'ai fait de telle façon que je sois sûre d'avoir été la dernière à toucher à la plaie ».

Placer la tubulure d'une perfusion hors de portée du patient ou bien encore la laisser en place au-delà de ce qui est prescrit de manière à limiter le mouvement avant que l'infirmier puisse venir effectuer une aide au premier lever après une anesthésie générale sont des *ruses* que nous avons pu voir aussi dans des services où nous avons travaillé.

A l'autre extrême, des moyens plus coercitifs consistent dans l'emploi des barrières du lit ou des tables mobiles. Selon le modèle et leur placement, elles peuvent entraver les mouvements du patient [terrain A].

Sur le terrain B, l'impossibilité de surveiller une patiente démente a conduit les soignants à l'enfermer en chambre pour des durées variables, de manière à ce qu'elle ne se perde pas. Face à ces demandes envers le patient, se dessinent de nouvelles figures du *mauvais* patient (C. Crignon et de Oliveira, 2011).

Les mauvais patients

Le malade est institué en patient lorsqu'il entame une relation de soin avec un professionnel de santé. Il est alors confirmé et qualifié dans son rôle de malade par ce soignant (G Leblanc, 2010). Il peut exister des *bons* et des *mauvais* malades suivant leurs difficultés de prise en charge et leur non congruence avec les attendus qui pèsent sur eux, et les rendraient alors plus difficiles à soigner.

Dans ce registre, il y a des patients dont les soignants *traditionnellement* craignent de s'occuper sont : les patients atteints d'une pathologie psychiatrique [C19], imprévisibles dans leur comportement. L'image de violence attachée entraîne une méfiance. Les patients toxicomanes ont une réputation similaire [terrain C], en plus d'être difficilement respectueux des règles et horaires hospitaliers. D'autres rebutent comme ceux qui sont atteints d'une pathologie ORL¹⁷ [A3],

Plus récemment, les patients qualifiés d'« exigeants » font l'objet de commentaires négatifs des soignants entre eux. Cependant, le discours tenu parfois avec fatalisme [cadre 1] montrent que ce profil de patient est le reflet d'une évolution sociétale.

Si nous reprenons les nouvelles exigences pesant sur les patients et portant sur le devoir d'être acteur de sa propre santé, deux nouvelles figures du *mauvais* patient semblent émerger: les patients dont la prise de conscience de leur état est incertaine et les patients qui montrent une certaine passivité incompatible avec le profil actif du patient codécideur de ses soins.

La première catégorie désigne des patients dont le comportement ou le discours laisse à penser qu'ils n'ont pas compris ou accepté leur état suite à l'annonce de leur maladie. Ce que les infirmiers appellent « être dans le déni » [H37] comprend toute une palette de comportements et de souhaits exprimés qui semblent faire prévaloir des demandes jugées par les soignants comme *futiles* par rapport sur le traitement pour lequel ils sont hospitalisés. [Terrain G]. Citons par exemple le branchement de la télévision, la demande d'aide pour un shampoing, le projet de partir en vacances ou de reprendre une activité sportive après l'hospitalisation.

¹⁷ Le plus souvent un cancer, appareillés ou non d'une canule dans la trachée pour leur permettre de respirer. Ils sont sujet aux infections respiratoires qui leur fait produire des glaires parfois en quantité importante.

Ce qui apparaît comme des incohérences font craindre aux soignants un problème de compréhension du diagnostic et de possibles refus de traitement. Pourtant, ils déclarent eux-mêmes combien sont rares les situations de déni véritables, au sens psychologique de négation d'une réalité.

Notre hypothèse explicative serait alors de poser que les infirmiers anticipent les demandes de présence et d'attention accrues de la part de ce type de patient. Car si le patient coconstruit le service infirmier, il peut aussi en augmenter la difficulté. Or la gestion d'une telle relation ou le doute plane sur l'information comprise par le patient, les placent dans un embarras comme on le verra ci-dessous (4.2.1.2).

La seconde catégorie de ces *mauvais* patients se caractérise par une passivité, sur le modèle du patient docile d'autrefois. Sans s'opposer aux soins, ce type de patient ne prend pas non plus d'initiative et ne montre pas de volonté de se prendre en charge.

Soupçonnés d'un « manque de volonté », de « se laisser aller », ils épuisent les soignants qui tentent de les *stimuler*. Ils offrent une image à l'opposé de celui qui veut guérir, qui *veut* se prendre en charge, à la manière du personnage Bartleby le scribe¹⁸, ils remettent en cause de manière déroutante le lien « entre volition et puissance » (G. Agamben, 1995). La volonté qui augmente sa capacité à agir prend la forme d'une énergie d'inertie, que les soignants ont bien du mal à interpréter.

Nous n'avons pas observé directement de prise en charge de tels patients, seulement entendu des soignants en parler. Nous nous demandions en introduction s'il était conciliable de soigner et de satisfaire le patient et ce que les deux termes recouvrent pour les infirmiers.

4.1.2 Satisfaire le client et soigner le patient

Ces deux objectifs sont-ils incompatibles ? Le soin infirmier doit-il satisfaire le patient ? Ou bien est-ce au patient de se satisfaire du soin prodigué ? L'engagement du prestataire que suppose une relation de service, implique la reconnaissance des spécificités du destinataire et l'accueil de ses souhaits.

¹⁸ Ce personnage du roman éponyme de Hermann Melville, est l'employé d'un avoué qui travaille bien et vite tant qu'aucune demande sortant de ses tâches ordinaires ne lui est adressée. Sans les refuser ouvertement ni les exécuter, il répond systématiquement « je ne préférerais pas », laissant son employeur dérouté par ce comportement.

Ce point de vue ne semble pas opposé à la relation de soin. Néanmoins, ce travail d'ajustement de la prestation aux besoins et aux préférences n'exclut pas le conflit lorsque les attentes et la prestation envisagée ne se rencontrent pas. Ce conflit entre standardisation et personnalisation du service est bien connu des soignants (T. Psiuk, 2006).

Dans une relation de service, le bénéficiaire participe activement à la prestation en nouant un dialogue sur son objet afin d'en préciser les contenu avec le prestataire. Nous avons vu de nombreux exemples de travail effectué par le patient au paragraphe précédent. Cependant, il ne s'agissait que d'influer sur le processus de prestation. Le patient peut le ralentir ou l'accélérer, le compliquer ou le simplifier suivant son comportement.

Dans d'autres cas, la demande du patient va plus loin et vise à modifier ou orienter le contenu même de la prestation infirmière. Le dialogue qui s'instaure pose la question, dans le fil de notre réflexion sur le consentement, de savoir si tout soin peut être négociable, à la demande de ce patient volontiers qualifié de *consommateur de soins* [B15, C19, D23] (4.1.2.1).

D'autre part, le cadre organisationnel des soins, imposent l'objectif de satisfaire autant que de soigner les patients. En quoi consistent les mesures organisationnelles mises en place pour mieux satisfaire les usagers ? Permettent-elles d'atteindre cet objectif (4.1.2.2) ?

4.1.2.1 Le patient: un *consommateur* vulnérable

L'éthique dominante d'inspiration néolibérale (R. Ogien, 2007) ou néokantienne privilégient l'autonomie du sujet comme principe moral supérieur et prennent le consentement pour point de référence de l'expression de cette autonomie.

Nous verrons en seconde partie de ce chapitre comment se présente le consentement dans le quotidien infirmier (4.2.1) mais nous posons ici la question de savoir si au nom du principe d'autonomie, **tout soin peut-il devenir l'objet d'une négociation ?**

Certaines demandes du patient entraînent le soignant à aller plus loin que la prise en compte les données contextuelles concernant le patient de manière à ajuster les soins.

Le patient qualifié d'*exigeant* est celui qui s'impose dans la partie technique de la relation de service. Il se caractérise par un intérêt actif envers l'acte de soin, pose des questions à l'infirmier sur le matériel et les produits, sur sa technique de soin, émet parfois des comparaisons avec ce

qu'il a observé chez d'autres professionnels, voire émet un jugement sur sa plaie ou sur l'évolution de ses symptômes, pose des questions sur le traitement suivi, peut exiger de garder tel médicament et pas l'équivalent hospitalier qui est proposé. Il ne s'oppose pas au traitement proposé, loin de là, mais n'accepte pas de le prendre sans rien savoir sur lui.

Le soignant n'a pas à se demander comment il va personnaliser le soin, **mais de quelle manière et jusqu'où il va laisser le patient intervenir** pour lui permettre de s'approprier le soin, ou de mieux accepter d'autres coopérations soignantes, ou d'accepter la maladie qui suscite l'hospitalisation.

Cependant, accepter la généralisation d'une négociabilité du soin à l'envi du patient, n'enlève-t-il pas toute **signification au professionnalisme** ?

Positionnement du problème à travers deux cas clinique

Pour illustrer cette tension, nous allons envisager deux situations issues de deux terrains différents.

Sur le terrain G, plusieurs familles viennent à l'heure du déjeuner avec de la nourriture à apporter à leur proche hospitalisé et placé en isolement protecteur. Ces patients reçoivent des doses importantes d'antibiotiques qui éradiquent la flore digestive avant une greffe. Leurs défenses immunitaires sont basses, et ils ne doivent recevoir que de la nourriture stérilisée, sans bactéries.

Face à des demandes répétées de famille de pouvoir apporter de la nourriture à leur proche hospitalisé. La nourriture des cuisines de l'hôpital est souvent laissée par le patient, mais les précautions d'hygiène doivent être suivies avec rigueur.

L'encadrement ainsi que les infirmiers de terrain et la diététicienne du service ont produit un document d'information pour le patient et sa famille. Ce document précise les conditions de préparation, les aliments autorisés et proscrits, le conditionnement pour l'apporter au service et le mode de réchauffage au service pour s'assurer que toute bactérie est éliminée.

Les familles sont tenues de jeter immédiatement la nourriture non consommée.

Au moment du déjeuner, plusieurs personnes viennent vérifier auprès des soignants que ce qu'ils apportent est acceptable pour le patient, sans risque de le mettre en danger.

Une négociation large a eu lieu un an auparavant. La demande des familles visait à obtenir certains assouplissements dans les règles du service et leur permettre d'investir une place au côté

du patient. La cadre du service me dit que cela a demandé un travail important d'éducation au début mais que depuis tout est bien déterminé, les familles sont assez respectueuses.

Le second cas a lieu sur le terrain A, où nous avons assisté à la scène suivante :

Un patient, que nous appellerons Mr Martin, vient chaque semaine pour recevoir un traitement par chimiothérapie. Il reste la journée puis rentre chez lui en voiture.

Ce vendredi matin, vers 11h30, il sort de la chambre et appelle l'infirmière. Il est visiblement en colère et lui explique au milieu du couloir qu'il est arrivé à 9 heures mais que depuis son admission, rien ne s'est passé, il n'a vu personne et n'a pas pu débiter son traitement. L'infirmière lui répond qu'elle va se renseigner auprès de la pharmacie pour vérifier si les produits sont prêts¹⁹. Une collègue la rejoint et lui dit qu'elle va chercher les médicaments.

Mr Martin lui dit de laisser les choses telles quelles car dit-il : « je sais combien de temps prend l'ensemble du traitement journalier et j'ai un rendez-vous à 17 heures. Ça ne sera pas terminé. Donc je m'en vais et je prendrai un autre rendez-vous, en espérant que ça soit plus rapide ».

L'infirmière présente ce matin là est visiblement gênée. « Votre traitement va arriver. Ma collègue vient d'aller le chercher ». Il lui répète qu'il s'en va. Elle lui dit : « Mais qu'est-ce qu'on va faire du produit ? On ne peut pas le donner à quelqu'un d'autre et il coûte très cher. ». Mr Martin répond : « ce n'est pas mon problème. Cela fait deux heures que j'attends, donc je pars »

L'intervention d'un des médecins du service met fin à cette discussion. Elle lui propose d'en parler en chambre. Peu après, ce médecin demande à l'infirmière de poser les produits prévus car Mr Martin accepte de rester. « Mais il va falloir les passer plus vite ».

L'infirmière répond au médecin que cela risque de déclencher plus de nausées et d'autres effets secondaires ». Le médecin lui dit que c'est la seule possibilité qu'il accepte le traitement. L'infirmière répond qu'il n'est pas normal de passer les médicaments à un débit plus rapide des perfusions, pour lui permettre de partir à l'heure qu'il attendait, d'autant qu'il se met en danger. Elle qualifie le résultat de cette négociation comme un « traitement de faveur » qui constitue une inégalité de traitement entre ce patient et les autres.

L'infirmière rejoint Mr Martin pour débiter le traitement. Ils reviennent sur l'altercation et elle lui demande de comprendre les « contraintes de l'organisation ». Il l'écoute mais lui répond : « vous me demandez de me mettre à votre place, mais vous ne vous mettez pas à la mienne non plus ».

¹⁹ Les produits de chimiothérapie sont préparés en pharmacie centrale de l'hôpital, de manière extemporanée. Ils ne peuvent être stockés et sont délivrés à la demande.

Dans l'après midi, une fois le patient parti, cette infirmière nous explique qu'elle trouve que: « Les patients sont exigeants. Pourtant, on les avertit de ne rien prévoir les jours de cure de chimiothérapie. J'ai beaucoup d'appréhension vis-à-vis de ce patient. On ne sait jamais dans quel état il va venir et il s'énerve très vite. Je pense qu'il n'a pas accepté sa maladie et qu'il est en colère. Mais c'est pas une raison pour s'en prendre à nous ».

Sur quel(s) aspect(s) porte le conflit ?

La situation relatée au secteur G n'est plus conflictuelle mais l'a été avant que ne se positionne l'encadrement soignant.

Le conflit ne porte pas sur l'acceptation ou non d'un soin ni sur un risque encouru par le patient. Il vient plutôt signifier que la prise en soin se déroule sans eux et que cela mérite d'être remis en question. Les familles sur le terrain G veulent s'impliquer dans la prise en charge du malade et proposent de répondre eux-mêmes au besoin du patient de s'alimenter. La nourriture est limitée en termes de choix lorsque le patient se trouve en isolement protecteur. Des familles constatent que leur proche mange trop peu, ou en tout cas pas suffisamment pour garantir un apport calorique journalier suffisant et souhaitent y remédier.

Dans le second cas, Mr Martin demande surtout que ses propres contraintes soient prises en compte dans la prestation elle-même. La référence constante qu'il oppose au retard de prise en charge est sa vie privée et ses contraintes. Bien que ne refusant pas le traitement proposé par le médecin, il vient signifier qu'il n'est pas à la disposition de l'hôpital pour le recevoir. Ce sont des demandes de reconnaissance (A. Honneth, 2007) portant sur le droit pour Mr Martin, et sur la solidarité pour le premier cas²⁰.

Ce conflit a été traité dans le premier cas et la production d'un écrit synthétique expliquant les conditions pratiques du champ d'intervention de l'entourage en matière d'alimentation sert alors de base à toute négociation et garantit une réponse uniforme apportée à

²⁰ Sur la place des familles dans le soin, voir par exemple Numéro spécial – Avril 2010 de la revue Réciproque <http://www.proximologie.com/Portals/6/PDF/reciproques/reciproques-assises-def.pdf>.

Marie Christine FEDOR, Infirmière clinicienne et Claire LEYSSENE-OUVRARD, « l'intégration des familles à l'hôpital » : quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants ? une étude en cours au chu de Clermont-Ferrand* » in Recherche en Soins Infirmiers N° 89 - JUIN 2007

ces demandes. Cette base contractuelle est contrôlée dans le quotidien mais la démarche est acceptée par les soignants et par les familles.

Dans le second cas, l'infirmière et le patient ne parviennent pas à définir les modalités²¹ d'une négociation et en restent, même après l'intervention du médecin, à des demandes de prise en considération des contraintes de chacun. « *Vous me demandez me demandez de me mettre à votre place, mais vous ne vous mettez pas à la mienne non plus* ». Là où Mr Martin demande une prise en compte de ses droits, l'infirmière considère une inégalité de traitement dans cette demande par rapport à d'autres patients « c'est un traitement de faveur » et la centralité du besoin qui devrait être prioritaire pour Mr Martin « on leur dit de ne pas prévoir autre chose les jours de chimio ».

Un consommateur vulnérable

Dans le second cas, l'infirmière émet l'hypothèse que sous l'aspect revendicatif de sa demande, Mr Martin cache une fragilité due à la difficulté de vivre sa maladie et d'être astreint à un traitement lourd. Les soignants qui relèvent des comportements qu'ils qualifient de consommateurs, notent aussi cette souffrance liée à l'état d'incertitude sur la maladie. « Ils viennent chercher une guérison (...) Ils sont parfois déçus » [D25]

M. Nussbaum (1986) a analysé les rapports entre la personne au sens de sujet détenteur de droits par rapport à sa vulnérabilité. L'unique référence au droit et à l'autonomie pour mener sa propre vie est illusoire. Chacun de nous a un corps et est susceptible de souffrir. C'est au contraire parce que nous sommes vulnérables que nous avons besoin de droit.

Le droit de la consommation et les droits du patient ont en commun d'être destinés à protéger une catégorie de sujets de droits estimés vulnérables et en situation d'accès limité à l'information sur le produit ou la prestation envisagée (G. Rousset, 2010).

Si le patient ne peut être superposé au consommateur en tant qu'« agent économique qui exprime des préférences en choisissant, à des prix donnés, une consommation dans les limites que lui imposent ses revenus »²², son comportement peut s'approcher du « modèle du comportement humain fondé sur les principes de rationalité et de maximisation »²³.

²¹ Une partie de ces modalités échappent à l'infirmière en termes de responsabilité puisqu'il s'agit d'un traitement médical.

²² Jessua A., Labrousse C., Vitry D., Gaumont D. (dir.) (2001), Dictionnaire des sciences économiques, PUF, 1069 p

²³ Echaudemaison C.-D (2003), Dictionnaire d'économie et de sciences sociales, Nathan, 544 p

Or, si on peut observer une modification des comportements mais aussi d'une offre de soin qui rapproche les deux univers, celui de la santé et celui de la consommation, ramener l'un à l'autre risque de faire disparaître le lien particulier entre patient et professionnel. Si en matière de consommation la confiance peut reposer sur la conformité d'un produit moyennant une information exhaustive, il n'en va pas de même en matière de santé. La confiance est un préalable dans la relation avec le professionnel de santé (G. Rousset, 2010).

La gestion du positionnement professionnel

« Actuellement dans les soins, la valeur de bienfaisance est placée au –dessous de l'autonomie. Le soignant a la fausse croyance de devoir se plier, se soumettre à l'avis du patient et s'effacer devant un refus. Et là, on est mal dans cette hiérarchisation des valeurs. Le soignant est en souffrance. Mais le refus de soin est d'abord à questionner. Il est contextuel, pas immuable non plus. » [Cadre 5]

Le discours de ce cadre de santé montre bien les difficultés que posent ce profil de patient et en esquisse déjà une solution.

Ce type de patient est déstabilisant pour l'infirmier car il l'oblige à réviser ses pratiques et au-delà, son système de valeur où la bienfaisance prime. Mais nous avons pu constater également que cette hiérarchisation aboutit parfois à des comportements autoritaires, incompatibles avec l'autonomie voire la dignité du patient, en cas d'entrave physique par exemple, ou par l'emploi de la contrainte.

Les réticences et les demandes d'informations ou encore de justification des pratiques soignantes devraient, selon nous, constituer des appels au dialogue plutôt qu'à la confrontation de systèmes de normes. « Toute réclamation oblige le soignant à négocier sa position professionnelle » (Jeantet, 2003). Et c'est bien ce qu'un patient comme Mr Martin pousse à faire : renégocier sa place professionnelle dans la relation.

Il pèse encore sur les infirmiers une histoire où leur mission se limitait à obéir (à l'institution et au médecin) et imposer des soins (au patient) tout en maintenant avec lui une position ambiguë de servitude et d'oubli de soi au bénéfice de l'autre. Le professionnel n'est pas celui qui acquiesce toute demande mais celui qui évalue la demande qui lui est faite par rapport à ce qui est possible eu égard aux ressources disponibles et souhaitable eu égard aux intérêts de son client (M. Lipman, 2006).

De ce point de vue, ces patients n'offrent-ils pas une opportunité de questionner le bien-fondé de nos pratiques, ce qui est une autre caractéristique du professionnalisme ?

Ces deux situations mettent également en lumière des manques de l'institution en termes de qualité de prise en charge des patients : ne pas pouvoir assurer la distribution de plateaux repas suffisamment attrayants pour que le patient ait envie de se nourrir dans le premier cas, difficulté de respecter des horaires rapprochés pour faire bénéficier au plus vite le patient, du traitement prévu.

4.1.2.2 Organiser le soin pour satisfaire le plus grand nombre d'utilisateurs

L'OMS²⁴ lie qualité des soins, satisfaction des utilisateurs et l'évaluation.

« L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [...]».

Satisfaire, selon le dictionnaire Littré, signifie à la fois « exaucer les désirs » et « s'acquitter de ce qui est attendu ». La satisfaction quant à elle est un différentiel entre ce qui est attendu et ce qui est reçu.

L'évaluation²⁵ de la qualité est une méthode qui permet de mesurer l'adéquation du service offert aux attentes de la population, rapporté aux ressources consommées pour produire ce service. Des standards²⁶ chiffrés sont posés *a priori* et transmis aux établissements.

L'objectif premier est d'assurer un standard qualité dans l'ensemble des hôpitaux. Cependant, en période de tensions budgétaires importantes, l'objectif de réduire les coûts de production, peut ramener les objectifs qualité au minimum et centrer la réflexion sur toute perte de ressource : temps, personnel, matériel (Raymond, Haro, Jezequel, 20001).

L'efficacité demandée dans les établissements afin de produire des soins au plus grand nombre met en tension **deux organisations de travail : par poste et professionnelle**. L'enjeu

²⁴ Organisation mondiale de la Santé.

²⁵ La procédure s'effectue en deux temps : chaque établissement fournit tous les quatre ans à la HAS un dossier d'auto-évaluation. A la suite de ce rapport, une visite d'experts est chargée de procéder à des entretiens et des vérifications in-situ. Le rapport émis par la HAS est rendu public.

Entre autres critères, se figurent : l'évaluation des compétences des agents, dont les infirmiers, et la satisfaction des utilisateurs. .

²⁶ Cette démarche a été initiée aux Etats Unis par l'association des chirurgiens américains pour la première fois en 1917. L'objectifs était de définir des standards communs.

est de maximiser les ressources en personnel, en temps, de manière à accroître la performance globale de l'unité. Cette manière d'envisager **l'organisation du travail centrée sur la productivité** permet-elle suffisamment **d'autonomie à l'infirmier pour exercer ses habiletés relationnelles ?**

La tension entre organisation postée et organisation professionnelle

Le poste de travail se définit comme l'association d'éléments comme la description de tâches à réaliser, les qualifications requises et une quantité de temps (C. Durand, 1978).

La logique du travail posté décompose la prise en charge de chaque patient en une succession d'actes de soins, pouvant être décrites étape par étape, et définies selon un résultat et un temps moyen pour sa réalisation.

Depuis l'admission jusqu'à la sortie du patient, le parcours de soin est modélisé de manière précise : enregistrement administratif, entretien avec l'infirmier et remplissage d'un formulaire spécifique, actes de surveillance clinique et biologique, relève des premières prescriptions de traitement et programmation d'examen débutent le séjour du patient. Ensuite, les surveillances, soins d'hygiène corporelle, de plaie ou d'administrations médicamenteuses, se succéderont jusqu'à sa sortie. Cet enchaînement est minutieusement fixé par un modèle d'organisation ou de « journée type » qui décrit comment chaque poste de travail doit se dérouler.

L'avantage recherché est la prévisibilité des tâches, qui permet de l'harmoniser avec celles des autres intervenants²⁷. Elle offre aussi des points de repères au patient et facilite la succession de soignants différents sur le poste de travail. Chacun se réfère alors à la procédure pour savoir ce qui est requis à chaque moment. Plus ce travail prescrit est développé par rapport au travail réel, plus la marge d'autonomie de l'agent est réduite, ce qui le rend plus facilement substituable.

L'organisation professionnelle du travail est basée sur la compétence. La compétence est définie par J. Labruffe (2005, p59) comme « l'ensemble des connaissances, des pratiques, des techniques et des procédures permettant de cerner et de progresser dans le domaine concerné puis de le transmettre ».

²⁷ Voir par exemple « Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé – » édité par l'ANAP disponible en ligne : <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/synchroniser-les-temps-medicaux-et-non-medicaux-aupres-du-patient-hospitalise-demarche-metho/>

Cette manière d'aborder le travail n'exclut pas les routines issues de la forme industrielle du travail. Elle peut même en constituer une base stable sur laquelle s'appuyer. Mais le caractère parcellaire des tâches nuit à la visibilité de l'ensemble du travail. La logique de compétence repose plus alors sur la capacité à gérer l'incident (aléa, panne, ..) que le respect du commandement hiérarchique descendant. Ces capacités font appel à des compétences basées sur le jugement, la mobilisation et l'engagement du salarié. Elles supposent paradoxalement son autonomie et sa responsabilisation

Il signifie que le diplôme ou l'ancienneté ne garantit pas la bonne application et la qualité du soin. Les compétences sont décrites de manière individuelle, collectives techniques, relationnelle, découpées en critères d'évaluations, en objectifs de formation,

La productivité ici se pilote en favorisant les liens de coopération entre les différentes compétences autour du patient. Le suivi collectif du patient devient crucial, à l'intérieur d'une unité de soin, et bien sûr d'une unité à l'autre.

De manière plus globale, le partage de jugement professionnel, de diagnostic, les échanges sur la pratique et le suivi collectif des processus sont des éléments décisifs de la performance collective de type professionnel (Zarifian, 1990).

Une organisation destinée à produire du soin

La productivité d'un agent suivant la logique du poste de travail est simplifiée puisque le *process* de travail est difficile à distinguer du produit lui-même. Poser une perfusion est à la fois un processus et le produit du travail. Des gains de productivité ont été réalisés par:

Le revers de cette autonomie dans le travail est que : les salariés sont requis de faire preuve de souplesse et d'adaptation, de modifier leur pratique, de réorienter leur projet, de s'écarter des routines pour personnaliser leur action, tout en respectant les nombreuses normes et procédures hospitalières et de garantir tout à la fois la sécurité et la satisfaction des patients.

Ce mode d'organisation produit un désengagement du soignant et une déstructuration des équipes soignantes. Ce que produit cette organisation : anonymisation qui a pour corollaire un engagement limité du soignant. Et d'autre part, la perte des structures collectives, qui est une importante structure de soutien (voir notre chapitre 3.2)

La logique du poste amalgame le temps de travail, la personne du soignant et les compétences à mettre en œuvre. Ce qui relève du poste de travail est détachable de l'agent, de ses qualités, équivalent à celles de tout autre agent.

Son engagement vis-à-vis du patient s'arrête à la fin de sa mission. « Ne me donne pas les antécédents, juste le problème du jour, car demain, je suis dans l'autre unité » [terrain G]

Aussi devient-il plus négociable pour l'institution mais aussi plus volatile.

Le recours plus systématique à des formes de travail de suppléance chez les soignants, doit garantir un standard de production malgré l'absentéisme du personnel soignant. Ces équipes sont le plus souvent insuffisantes pour faire face aux besoins de l'ensemble du pôle. [cadre 7].

Relation de service et production de soin

Les prescriptions organisationnelles comme orientées vers la productivité, visent à limiter les temps considérés comme non directement utiles à la réalisation effective de soins directs au patient. La concentration du temps en actes de soins s'effectue souvent au détriment de temps relationnels et de civilités. « si t'as pas le temps, c'est juste le soin technique et presque le relationnel » [A5]. Le temps d'accueil du patient peut se trouver réduit [med A].

Les temps d'échanges informels entre soignants mais aussi la relation de service avec le patient.

« Nous, on est souvent rappelées à l'ordre par les actes techniques » [A5].

Le facteur humain, au profit de l'application de tels procédés industriels conduit ainsi à faire perdre au professionnel le sens de son action et le sens de ses responsabilités qui se détournent sur la conformité à la procédure que sur la résolution du problème que présente le patient.

Et tandis que l'organisation complique l'engagement émotionnel du soignant, celui-ci reste attendu du patient. Les questionnaires de satisfaction montrent, en particulier dans les données qualitatives, une demande qui porte sur des besoins fondamentaux du corps : boire, manger, se reposer, respecter son intimité. L'autre aspect critiqué est la contrainte administrative portant sur les formalités durant l'hospitalisation et les temps d'attente, rarement expliqués au patient.

Comment prendre soin, reconnaître l'autre, lorsqu'on n'est pas reconnu ? La subjectivité de l'agent n'a aucune importance. Le manque d'infirmière serait moins, de ce point de vue, le symptôme d'une profession en crise que l'incapacité d'un système sanitaire à créer une diversification dans les modes de prise en charge pour offrir une perspective de carrière dans la pratique des soins.

En effet, mis à part les spécialisations infirmières, comme l'anesthésie, l'instrumentiste de bloc opératoire ou la puériculture, la montée hiérarchique se fait pour le moment au détriment des soins directs aux patients : les supérieurs ne peuvent pas être des experts dans une spécialité.

Cette dépersonnalisation du soignant en poste de travail trouve par contre ses limites dans la reconnaissance de son autonomie dans le travail et les qualités personnelles qui ne peuvent se limiter à ce qui est requis par le « travail marchandise ».

Or, cette gestion à court terme s'oppose à l'établissement de liens sociaux. L'histoire de la profession est aussi celle du passage de communautés travaillant mais vivant aussi ensemble, à des équipes puis des groupes collaboratifs qui s'assemblent en fonction des besoins requis par l'unité et les patients hébergés. Dans cette « force des liens faibles » (Sennett, 2000 p28), La logique de poste déstructure la notion même d'équipe, la rend inopérante, alors qu'elle est un soutien essentiel (M. Estryng-Behar, 2008) et un facteur de mieux-être au travail (Dejours, 1998). Les réformes sur le temps de travail hebdomadaire ont encore durci les exigences tentant à un équilibre entre vie au travail et vie personnelle²⁸.

Cette évolution a pour conséquence que tout temps non directement destiné à un acte productif est désormais perçu comme inutile. Si la productivité de l'agent se ramène au calcul du nombre d'actes réalisés par agent sur un poste de travail, alors les seuls gains de productivité possibles consistent à réduire tous les temps non productifs. C'est ce que propose le *Lean management* issu du toyotisme. Par exemple l'effet des 35h sur les temps de transmissions. Par ailleurs, toute activité non directement liée au soin devient source d'improductivité, ou de ressource mal utilisée. L'informatisation des services et les recommandations les plus récentes recommandent de débiter le traitement dès l'admission²⁹. Traquer chaque temps de moindre activité et lui affecter d'autres tâches, de manière que le temps de chaque soignant soit occupé de manière régulière, c'est ce qui doit être recherché.

L'autonomie dans le travail

²⁸ Les entretiens rejoignent les conclusions d'un sondage mettant en avant l'amélioration de la qualité de vie du soignant en dehors du travail, mais une dégradation de sa qualité de vie au travail. <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/les-35-heures-ont-aggrave-les-difficultes-d-organisation-du-travail-a-l-hopital.html>

²⁹ « La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques Bonnes pratiques organisationnelles & Retours d'expériences », Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 2008..

Les catégories de « profession » et de « service professionnel » ont un sens fixé dans les contextes historiques et nationaux. Selon E. Friedson (1984), une activité intellectuellement spécialisée devient une profession lorsque des systèmes de formation et de reconnaissance mais aussi l'action du groupe social lui-même, crée des segments de marché protégés par des diplômes et des certifications. Ces conditions permettent au groupe professionnel de faire émerger et d'étoffer un savoir propre qui va constituer la base de la prestation. L'existence de barrières institutionnalisées permet de fixer un niveau de formation qui garantit la qualité de ces prestations. Ces barrières autorisent également un tri entre professionnels et profanes. Cependant, cela n'évite pas que d'autres utilisent des méthodes de travail professionnelles.

Dans l'organisation professionnelle, l'agent productif se caractérise par sa capacité à résoudre le plus de problèmes lors de son service (Labruffe, 2005). Sa capacité à appréhender la complexité et prendre des décisions en situation d'incertitude et d'information limitée (E. Morin, 1990; H. Simon, 1996) est la marque d'un bon professionnel. Sa productivité est donc nettement plus incertaine. Elle dépend essentiellement des capacités individuelles à s'adapter face aux situations complexes et de sa capacité à **être autonome dans son travail**. Ces éléments sont en contradiction avec la logique du poste de travail.

Le revers de cette autonomie est que le salarié est considéré lui-même comme un auto-entrepreneur de ses propres compétences (V. de Gaulejac, 2005). Se produisant lui-même, il adopte une perspective *réifiante* (A. Honneth, 2007) fonctionnelle, adaptée au marché du travail mais déshumanisante.

4.2 Installer une relation de confiance

La dimension morale de la relation de service consiste à instaurer une confiance mutuelle entre prestataire et bénéficiaire. Une confiance est accordée au départ par le bénéficiaire basée sur le savoir spécialisé du prestataire (E. Goffman, 1968).

Si le mécanisme de la confiance est continu et demande à être maintenu¹ par des échanges constants d'information et de consentement entre bénéficiaire et prestataire (4.1).

D'autres mécanismes destinés à garantir cette confiance sont également produits par l'institution et sont issus de la démarche qualité et de la législation sur les droits du patient. Nous analyserons ainsi le questionnaire de satisfaction et la personne de confiance (4.2)

4.2.1 Consentement et information du patient

Il est habituel de présenter le consentement ou le refus du bénéficiaire, comme la résultante de l'information reçue du prestataire. Or, c'est l'inverse qui se passe lors du contact entre infirmier et patient. Le patient est hospitalisé avec son consentement², et l'intervention infirmière se présente alors comme une modalité du service proposé en amont par le médecin. Ce qui ne signifie pas qu'aucune acceptation du soin infirmier ne soit requis (4.1.1).

L'information également se présente de manière différente pour l'infirmier puisque son champ de compétence dépend de celui du médecin (4.1.2)

4.2.1.1 Le consentement au soin infirmier

La notion de consentement est-elle étrangère au rôle propre infirmier ? Aux soins infirmiers de manière générale ? Tout professionnel a déjà eu à faire face à un refus de la part du patient. Pourtant, jusqu'ici le consentement ne figure dans aucun texte officiel réglementant la profession³. Nous interrogeons tout d'abord **sa récente apparition dans les textes destinés à évaluer** les progrès des étudiants en soins infirmiers.

¹ Le patient peut retirer son consentement à tout moment (article L1111-4 du code de la Santé publique)

² Sauf exceptions de l'urgence ou de l'état mental.

³ A l'instar de la profession médicale dont le code de déontologie prévoit à l'article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique) : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. » Elle existe également dans le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.

Puis nous décrivons **comment les soignants rencontrés se représentent le consentement**. Enfin, nous nous interrogerons sur le sens d'un tel changement et la possible évolution d'un **recueil du consentement en tant que finalité dans la relation**.

L'apparition récente d'un recueil du consentement en soin infirmier

Une lecture des textes relatifs aux droits du patient et des obligations de la profession d'infirmière révèle une disharmonie dans les termes utilisés.

La loi du 4 mars 2002 interdit à tout professionnel de la santé, infirmiers également, de pratiquer des actes ou traitements sans l'accord du patient. Le principe du respect des droits de la personne est rappelé à l'article R4311-2 du code de la santé publique⁴ complète ce texte en précisant que les soins infirmiers doivent respecter les droits du patient.

Cependant, la même obligation déontologique de recueillir le consentement du patient n'apparaît pas explicitement⁵ dans les textes encadrant la profession infirmière⁶. Le décret de 1993⁷ qui règle les devoirs entre infirmier et patient fait référence à l'intérêt du patient⁸, au respect de sa dignité⁹ et à son information¹⁰, mais pas à son consentement.

Enfin, le même décret enjoint à l'infirmière de respecter la prescription médicale et aussi de faire respecter les normes d'hygiène dans l'unité hospitalière. Or, de nombreux actes infirmiers pouvant être réalisés sur son initiative, ont trait à l'hygiène corporelle.

La demande de recueillir expressément le consentement du patient apparaît dans le nouveau référentiel d'évaluation des étudiants en soins infirmiers¹¹.

⁴ « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade .Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne,... »

⁵ Un projet de code de déontologie est rédigé en 2010 par l'Ordre des infirmiers, mais n'a pas été promulgué..

⁶ «Aucun acte infirmier ne peut être pratiqué sans le consentement libre et informé de la personne. Ce consentement peut être retiré à tout instant». Texte consultable en ligne : http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf .

⁷ 16 février 1993, voir annexes n° 1c) 14)

⁸ Art. 26. - L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

⁹ Art. 2. - L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

¹⁰ Art 32- L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

¹¹ Est-ce là un problème de calendrier ? La promulgation du code de déontologie était attendue dans un temps proche de la réforme des études initiales.

L'esprit de la réforme des études en 2009 est bien de former des infirmiers autonomes et réflexifs, c'est-à-dire capables d'expliquer le contenu de leur prestation et sa visée.

Plus précisément, le consentement figure à deux endroits de ce référentiel.

La compétence 2, intitulée « Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers » implique le critère d'évaluation « justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soin ». La compétence 6 intitulée « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin », inclut dans son évaluation « justesse dans la recherche du consentement¹² ». Il est précisé comme indicateur : « recherche le consentement de la personne aux soins et négocie si nécessaire ».

Du côté de la littérature, le questionnement n'est pas rendu plus simple.

Le Comité consultatif national d'éthique dans son avis n° 87 de 2005 consacré au refus de traitement, précise qu'un refus de traitement « ne doit jamais être compris comme un refus de soin même si un refus de soin doit pouvoir être envisagé aussi ».

Ces deux textes emploient les termes d'acte, de traitement, de thérapeutiques, mais pas de soin, sinon pour mentionner la possibilité d'un refus.

D'autre part, la littérature infirmière abonde en références¹³ concernant le refus du patient concernant des traitements ou des actes techniques, réalisés sur prescription.

La question des actes de *nursing*, relevant du rôle propre n'est jamais abordée, si ce n'est en gériatrie où précisément le caractère « libre et éclairé » du consentement pose problème¹⁴.

Dans l'un des rares articles consacré au refus d'un patient adulte de recevoir des soins de *nursing* D. Dudzinski et S Shannon (2006) se demandent si cette catégorie de soins doivent être traitée de manière différente des autres actes et notamment si le patient dispose effectivement des mêmes droits de refuser ces soins que de refuser des traitements médicaux. Si différence de droit il y a, quelles en seraient les justifications morales?

La question du risque vital n'est pas un argument car le défaut prolongé en soins d'hygiène et de mobilisation physique induit des menaces pour la vie du patient aussi sûrement que d'autres traitements plus invasifs.

¹² C'est la formule employée sur la fiche d'évaluation du stage.

¹³ Dossiers dans : Soins cadres n° 60, novembre 2006 et n°51 août 2004, « le refus de médicament l'aune d'un droit : un exercice de liberté » par MF Callu in éthique et santé (2008)5,236-240. Gestions hospitalières n° 392, janvier 2000 pp64-67. La revue soins pédiatrie évoque un « possible obligation de recueil de l'assentiment du patient » en particulier pour les actes invasifs. n°221 décembre 2004 p 43.

¹⁴ L'association médicale mondiale intègre depuis octobre 2013 la notion d'assentiment au traitement pour les patients âgés atteints de déficiences cognitives de type Alzheimer. Voir la déclaration d'Helsinki en ligne <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/>

Ces auteurs avancent quatre arguments pour expliquer l'embarras face à ce type de refus : le défaut de consensus sur cette question, le problème du tabou social lorsque le patient est incontinent. En effet, son refus remet alors en question un ordre social et suscite la révolusion mais aussi la demande implicite de soins d'hygiène pour toute personne hospitalisée.

Le troisième argument est celui des soins ordinaires qui requièrent moins d'explications avant leur mise en œuvre, par opposition aux soins extraordinaires, plus risqués. Les premiers peuvent continuer à être administrés alors que les seconds réclament une analyse contextuelle de leur pertinence. Enfin, le profond malaise des soignants face à un tel refus motive souvent une intervention justifiée par l'argument de préserver la dignité du patient¹⁵.

La question du consentement au soin infirmier sur les terrains de recherche

C'est au refus et non au consentement que les infirmiers ont d'abord affaire. Une situation classique se présente comme ceci : l'infirmier entre dans la chambre du patient avec l'intention d'effectuer un soin ou pour prévenir le patient qu'il va avoir un examen et lui en indiquer le moment. Le refus ou l'acceptation du patient se produit à ce moment¹⁶.

Si le refus se manifeste de manière explicite¹⁷, l'acceptation du patient est rarement formelle et repose alors sur deux mécanismes : le consentement implicite et le consentement présumé.

Nous entendons par consentement implicite un acte qui signifie le consentement en lieu et place de la parole. Par exemple, lorsque le patient avale le médicament proposé, ou lorsqu'il effectue une toilette avec un savon spécifique dans le cadre d'une préparation préopératoire.

Nous entendons par consentement présumé l'absence de réaction du patient lorsque l'infirmier pose une poche de perfusion ou qu'il ne répond rien après l'annonce de la date d'un examen.

Pour ces soins, sur prescription médicale dans nos exemples, nous avançons l'hypothèse qu'ils continuent de s'inscrire dans le prolongement de la prise en charge médicale.

Le médecin après avoir informé le patient sur la thérapeutique envisagée et recueilli son consentement, prescrit le traitement mais aussi implicitement, l'intervention infirmière nécessaire à son administration. Dès lors, pourquoi le patient refuserait-il à l'infirmier ce qu'il a d'ores et déjà accepté en présence du médecin ?

¹⁵ En gériatrie ou en soins palliatifs, une opposition franche du patient se solde le plus souvent par une intervention en matière d'hygiène intime a minima, à défaut d'un soin d'hygiène de tout le corps.

¹⁶ On se situe plutôt a posteriori du temps d'un recueil du consentement.

¹⁷ En dehors des patients présentant des troubles cognitifs qui peuvent exprimer leur *opposition* et non leur *refus*, par leur corps : mouvements violents ou raidissement interdisant toute manipulation.

Dans les deux cas, c'est du refus du patient et non de son consentement que l'infirmier doit éventuellement s'occuper.

Dans le dialogue qui se noue en cas de refus, l'infirmier ne manque d'ailleurs pas de rappeler l'autorité médicale qui se trouve à l'origine de l'acte proposé.

« Vous devez le prendre, c'est le médecin qui l'a prescrit » [terrain C]

Parfois aussi, ce refus ne trouve pas à nouer de dialogue, comme dans le cas de cette infirmière qui déclare « de toute façon ils ne nous écoutent pas » en sortant de la chambre d'une patiente venant de dire non à l'examen prévu les jours suivants. [Terrain B].

Dans plusieurs situations, le conflit entre soin prescrit et refus du malade est résolu dans le sens du respect de la prescription.

Pour les soins d'hygiène et de confort essentiellement, soins dont l'infirmier a l'initiative, le refus est d'abord un impensé car le soignant qui entre dans une chambre pour l'effectuer, annonce le soin mais ne demande pas explicitement¹⁸ si le patient les y autorise.

La question morale qui se pose au soignant n'est pas alors celle du recueil du consentement mais : quelles bonnes raisons justifient-elles de procéder tout de même au soin, en dépit du refus exprimé ?

On pourrait aussi la formuler ainsi : quelles conditions doivent être réunies pour que le soignant puisse *encore* se désigner comme tel, tout en passant outre le refus exprimé par le patient ?

Contractualisation du soin infirmier et changement de pratique

La mention du consentement dans l'évaluation des étudiants est reliée à la compétence 2, intitulé « Concevoir et conduire un projet de soins infirmier » qui traite du raisonnement clinique en soins infirmiers.

Cette compétence fait partie intégrante du rôle propre infirmier, ce qui montre bien la préoccupation d'un consentement différencié par rapport au traitement médical.

Or, ce projet de soin est rarement formalisé dans la pratique. Si un consentement doit lui être attaché, il ne saurait consister dans des formules aussi imprécises (que) : « que le patient vive le mieux possible son hospitalisation » [B11] ou « lui apporter le maximum de confort » [A6]. Il ne saurait pas non plus consister dans l'application pure et simple des prescriptions médicales qui font partie d'une autre compétence.

¹⁸ Tout au moins ne l'avons-nous jamais constaté.

L'autre mention du consentement figure à la compétence 6 intitulée « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins » qui reprend des éléments qui relèvent autant de la relation de soin que de la relation de service, en comprenant notamment : « L'analyse de la situation relationnelle », la communication et l'attention développées à l'égard de la personne soignée.

On peut lire cette obligation comme celle de s'assurer que le patient a bien compris le sens de l'hospitalisation et du programme thérapeutique proposé. Ce recueil peut s'inscrire de manière traditionnelle dans l'esprit du bon déroulement de l'hospitalisation.

S'emparer de la question du consentement, c'est aussi accepter une « érosion de son autorité professionnelle » (Blondeau, 2004). Si l'infirmier questionne uniquement ce qui justifie l'emploi de la persuasion ou de la contrainte pour réaliser un soin, il évacue la remise en question du bien fondé de ce qu'il propose.

Prenons un exemple issu du terrain D. Une infirmière annonce à une patiente âgée, qu'elle va l'aider à s'installer un moment au fauteuil. Refus de la patiente par un « non » exprimé clairement. A la suite de cet échange, vont suivre des arguments déployés par cette soignante pour convaincre la patiente. Elle va lui expliquer que la position assise est meilleure pour ses poumons, que l'exercice physique est nécessaire. Elle va ensuite minimiser l'effort demandé à la patiente en lui donnant une limite de temps. Puis, elle aura recours à l'autorité symbolique du médecin « qui a prescrit un lever par jour » et enfin la menace de la faire retourner en maison de retraite puisqu'elle n'est pas compliant dans le traitement proposé. Enfin, l'infirmière aura recours à l'aide d'une collègue pour lever la dame et l'installer au fauteuil, pendant qu'elle refait le lit. Avant de quitter la chambre, elle lui rappelle la première justification sur l'importance de passer un moment assis chaque jour et indique qu'une aide au coucher est prévue après le repas de midi.

Le bien-fondé de ces attitudes successives n'est pas ce que nous discutons ici.

Cet exemple illustre un positionnement moral infirmier orienté vers ce qui est considéré comme le meilleur intérêt pour le patient.

Cette posture est corroborée par les entretiens [E27] à [E30] notamment. Une première question où nous demandions à l'interlocuteur de raconter une situation à l'occasion de laquelle il s'est senti le plus dans son rôle. Les récits¹⁹ mettaient en scène un soignant s'affirmant contre ce que

¹⁹ Non reproduits en annexe.

lui demandait le patient : se lever prématurément contre l'avis du médecin, lui imposer d'aller à la salle de bain commencer sa toilette au lieu de rester au lit.

Pour ces raisons, l'introduction du consentement dans la réglementation infirmière constitue²⁰ un défi qui l'oblige à préciser le contenu de la prestation sans quoi, le consentement devient sans objet. Cela implique aussi d'être capable de répondre du stade où se trouve la mise en œuvre de ce projet et de la manière dont les souhaits et réactions du patient sont prises en compte.

Ce programme ambitieux peine pour le moment à trouver une manière de se traduire dans le quotidien infirmier. Dans le même temps cette question se double d'une inquiétude sur un nouveau sens à donner à la relation entre infirmier et patient.

Deux autres écueils sont possibles : le consentement préalable à tout acte et le consentement érigé en droit absolu.

Dans le premier cas, et certains étudiants l'appliquent, le consentement est requis pour tous les actes y compris la distribution du plateau repas. Nous avons pu observer des réactions d'agacement au bout de la dixième intervention²¹ ou des réactions anxieuses telles que « Mais vous savez ce que vous avez à faire, non ? » de la part du patient et une frustration du stagiaire disant avoir agi conformément à ce qui est enseigné.

Quelle est la valeur à accorder à un consentement qui revient à une acceptation de toute chose que l'on veut ? N'est-ce pas en dénaturer la qualité que de le faire porter sur les multiples propositions et choix qui se présentent au sujet dans le quotidien ? (M. Marziano, 2010)

L'autre écueil est de faire du consentement une ligne infranchissable. N'est-ce pas oublier l'obligation d'agir dans l'intérêt du patient et abdiquer sa posture professionnelle au profit d'un « patient – roi » ? [C 19 ; E 30]. Cette figure du patient roi, ou qui a tous les droits, contraste fortement avec le discours des représentants des usagers. Ceux-ci au contraire, affirment que le patient a le devoir de respecter les soignants et surtout, qu'il est fragile, peut être encore plus qu'auparavant. En effet, le droit de consentir ou de refuser, si aucune démarche soignante, aucun dialogue n'est entamé pour comprendre ce qui en est à l'origine chez le soignant, cela rend le patient encore plus vulnérable car il porte seul la responsabilité de sa décision.

²⁰ Nous l'exprimons au futur car le contenu des évaluations n'a pas valeur d'une obligation déontologique. Pour l'heure, des questionnements sur la manière d'évaluer cette exigence suscitent des échanges sur des forums soignants.

²¹ Le soignant peut être amené à intervenir à plusieurs reprises chez un même patient, pour pratiquer différents actes : pansement, aide pour se lever, changement de perfusion, prélèvement ou encore la mesure tensionnelle .

4.2.1.2 L'information dans la relation entre infirmier et patient

Le partage de l'information pose des questions relatives à sa divulgation, à son destinataire, du moment de sa divulgation, son contenu, mais aussi les compétences requises pour son énoncé. Nous envisageons la gestion de l'information de deux manières.

Il y a d'une part la question du **partage de l'information** à l'intérieur d'une équipe. Et d'autre part **l'information du patient** qui est un autre volet. La position d'intermédiaire qu'occupe l'infirmière, entre le médecin et le malade, rend particulièrement sensible à ces problématiques de niveaux différents. Cette polarisation sur l'information ne risque-t-elle pas de **réduire la relation entre infirmier et patient**, à un échange d'informations ?

L'information doit être délivrée par le médecin. Le consentement qui doit être recueilli durant la suite de la prise en charge devrait-il être exclusivement le problème du médecin ? Si pour l'infirmier s'assurer de la bonne compréhension du patient et de sa coopération sont des éléments essentiels, la question du consentement est-elle une préoccupation relevant de son rôle propre ?

Quelle information recherche le patient ? Des renseignements exhaustifs ? Des renseignements lui permettant de comprendre le risque pour sa santé ?

Les infirmiers observés développent une attitude contradictoire à l'égard de l'auto-information du patient. L'auto-information du patient est perçue à la fois comme facteur d'autonomie, mais aussi de menace sur la relation entre le professionnel et le patient.

Le soignant peut craindre de devoir faire face à des demandes illimitées en raison de l'accès à une information portant sur des traitements existants ou parfois fantaisistes ou expérimentaux. Le soignant peut aussi se trouver embarrassé par un savoir essentiellement statistique. Les informations collectées par le patient suscitent alors les mêmes interrogations que les questions plus directes posées sur le sens de la maladie et l'espoir de rémission.

Aussi les discussions avec un patient qui mentionne l'état de ses propres recherches, reçoivent le plus souvent des mises en garde voire une invalidation de la part de l'infirmier. « Jetez tout, on va tout reprendre à zéro » [G34] « les stat', ça veut pas dire grand-chose » [G37].

Reprenons ce commentaire d'une infirmière évoque finalement la grande solitude du patient face à cette information disponible « *L'information est souvent partielle et théorique, et surtout elle vient confronter le malade à ses peurs et il a besoin d'un interlocuteur pour en parler. Sinon c'est une angoisse énorme. Ça suffit pas.*

Je me souviens d'un patient avec son ordinateur et beaucoup de papiers sur son lit, complètement perdu au milieu de tout ça, et très angoissé aussi (...) Mais ils attendent aussi qu'il y ait une réponse à tout à leur donner.» [E29].

Enfin, l'information du patient est vécue comme menaçante par certains soignants qui perçoivent de la méfiance dans l'attitude du patient. L'information leur permet des comparaisons entre ce qu'ils apprennent et ce qu'ils voient faire par les soignants. Ils se sentent plus « surveillés », mis en doute sur leurs compétences.

Comme si l'idéal de transparence par l'information pouvait ne toucher que la relation entre patient et médecin, sans que les soins infirmiers ne soient concurrencés sur leur champ de compétence par un patient qui sait parfaitement quel produit utiliser pour un pansement ou la procédure de désinfection avant un soin invasif.

L'enjeu du partage de l'information

La question du partage de l'information pose des enjeux de reconnaissance et de responsabilité. Son absence déclenche l'inquiétude de l'infirmière (F. Duguet, 2010).

Dans de nombreux cas [A1, 2, B11, 13, H35], les infirmiers disent devoir rechercher auprès du médecin ce qui a été dit ou pas, si le patient en a reparlé entre temps, signant sa compréhension de sa situation de santé.

Ce manque de partage peut être vécu comme un manque de considération. Mais dans certaines situations, c'est bien la question de la responsabilité qui est mise en avant [terrain G p 155] en cas d'absence d'information orale sur un changement de traitement prescrit sur le dossier patient à mettre en œuvre rapidement ou d'absence d'information sur les antécédents du patient [D26].

Une majorité de soignants se disent aussi insuffisamment informés de ce qui s'est dit ou pas entre médecin et patient, ce qui renforce leur crainte de dépasser leur champ de compétences. De manière à adapter leurs réponses avec prudence, les infirmiers se coordonnent systématiquement à la pratique médicale. Il est difficile d'informer sur le bon déroulement d'un soin, comme cela est requis, sans avoir établi que le patient connaît le diagnostic qui motive son séjour hospitalier.

Deux éléments dominent le positionnement soignant : la préoccupation de ne pas empiéter sur les prérogatives médicales et ne pas savoir comment répondre à l'anxiété exprimée par le patient.

Pour remédier à cette difficulté, mais aussi garantir une traçabilité des échanges verbaux, certains services explorés ont différents moyens. Par exemple des fiches d'annonces (service F), qui répertorient les mots employés lors d'un entretien d'annonce entre le médecin et le patient. La mention sur cette fiche que le terme « cancer » a été mentionné, autorise l'infirmier à l'utiliser également. Si des termes plus flous ont été employés, l'infirmier va devoir garder plus de réserve.

Un autre moyen de partage de l'information : les réunions de staff. Les services qui les pratiquent [C, F, H] sont ceux qui comptent le plus de soignants satisfaits de la coordination et de la circulation de l'information.

Ces dispositifs mettent surtout en avant que le niveau d'information est devenu un enjeu clé de la cohésion et de la communication à l'intérieur d'une équipe, mais aussi un enjeu dans la relation entre soignant et patient au quotidien

L'information délivrée au patient

L'information du patient est une obligation pour tout professionnel de santé dans la limite de ses compétences²². Il ressort des entretiens et des observations, que les infirmiers éprouvent des difficultés à situer leur champ de compétence en matière d'information, par rapport à celui du médecin. Le décret du 28 février 1993, révisé en 2005 a précisé dans l'article 32 ce que revêt l'information par l'informer.

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

Si l'information du patient sur son état de santé est un droit, l'article L1111-2 du CSP ajoute que « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ». La peur de trop en dire et d'aller au-delà de son champ de compétence freine le professionnels infirmier dans sa relation au patient.

Notre propre expérience dans l'enseignement des soins infirmiers nous montre également que la plupart des questions relatives à l'information du patient tournent autour de cette préoccupation.

Le questionnement tourne souvent autour de l'impuissance à entamer le dialogue, apaiser le patient angoissé durant ce temps d'incertitude. « Tant que le médecin ne lui a rien dit, nous, on

²² Voir annexe 1c n°14 décret du 16 février 1993.

ne peut rien dire et rien faire » sont des phrases régulièrement débattues par les étudiants, mais aussi par des professionnels en exercice.

‘Y a un manque de transmissions de la part des médecins « [A2] « c’est frustrant de ne pas avoir d’infos sur ce qui a été fait » [A3]. Un des risques de focaliser la relation infirmier patient sur l’information médicale est d’interdire toute analyse par le raisonnement clinique infirmier.

Une réduction de la relation entre infirmier et patient à la gestion de l’information ?

La situation où l’infirmier ignore tout ou partie de ce qui a été divulgué au patient, sont les situations les plus fréquentes et les plus mal vécues. Un autre enjeu de la relation de service est de réduire l’asymétrie dans le statut informationnel entre le patient et le professionnel de santé.

Les situations où patient et infirmier ne disposent pas d’un niveau d’information similaires concernant le diagnostic suscitent souvent de l’anxiété chez le patient et de l’embarras chez le professionnel.

Les unités hospitalières spécialisées [terrains E, F et G] donnent une indication du type de maladie suspectée. Les services de médecine interne [terrains A, B, C et D] offrent plus de possibilités mais aussi plus d’incertitude sur la pathologie suspectée. Ces unités accueillent un public plus diversifié, et les hypothèses de diagnostics sont plus nombreuses. Le personnel infirmier expérimenté reconnaît cependant de nombreux symptômes ou signes de gravité chez le patient.

Les réponses apportées et les attitudes adoptées par rapport au patient varient de l’évitement systématique à l’écoute active des angoisses exprimées par le patient. L’infirmier peut se contenter de renvoyer le patient vers le médecin en lui conseillant de prendre patience le temps de recueillir les résultats d’examens. Très souvent, ce sont les infirmiers de nuit qui sont sollicités. Ils relatent de nombreuses situations où le patient qui n’a pas eu l’espace nécessaire pour poser ses questions, vit souvent avec angoisse le début de la nuit et se confie à l’équipe qui vient prendre le relai.

Si un diagnostic est établi mais pas encore communiqué au patient, les attitudes des infirmiers varient entre le reproche et la compréhension de la position médicale. Dans les services où la communication entre équipe infirmière et équipe médicale est distendue (terrains A, C, D),

les infirmiers mettent en avant le droit du patient et s'interrogent sur ce qui justifie que le médecin n'ait pas encore informé le malade.

Dans les services où il existe une plus grande proximité entre les équipes médicales et infirmières, l'interrogation sur ce qui diffère l'information au patient est plus nuancée. « Ils attendent d'avoir tous les éléments, sur le pronostic aussi, avant d'en parler » [G.34] « c'est difficile aussi pour eux d'annoncer cette nouvelle » [H36].

Lorsque **les deux protagonistes connaissent le diagnostic**, la situation est-elle pour autant idéale ? Connaître le diagnostic ne veut pas nécessairement dire en connaître les détails. Le malade peut n'en connaître que le nom et se sentir apaisé « au moins on sait ce que j'ai » [terrain F]. Les malades atteints de pathologies graves comme le cancer ont une part d'imprévisibilité dans leur développement. Connaître un diagnostic n'ôte pas toute incertitude pour l'avenir.

A la question « pourquoi pensez-vous qu'il est important que le patient connaisse le diagnostic ? » les réponses les plus fréquentes sont « pour qu'il sache contre quoi se battre » [H36] et « pour qu'il puisse mieux coopérer aux soins ». [H37]

Cependant, la conception trop rationalisée d'une relation soignante réduite à un échange d'information, ne conduit-elle pas à un appauvrissement de la relation elle-même ?

Le droit à l'information n'est pas réellement intégré au raisonnement clinique ou reconnu comme un problème infirmier. Les questionnements de terrain se centrent sur le risque de faute, à trop en dire.

La conscience de l'importance de ces droits est à l'origine, du moins c'est notre hypothèse, d'une vigilance accrue par rapport à un revirement de du patient.

Une manière de s'en prémunir est recherche inquiète d'un signe de déni, dont ils font parfois un usage extensif ?

Un '*certain vague*' exprimé par le patient dans la compréhension de son état ou de sa maladie, peut faire évoquer ce risque. Ou bien encore une plainte qui semble contredire une information qui lui a été transmise. Par exemple, une patiente qui a été informée de son cancer et qui demande à l'infirmière pourquoi elle est si fatiguée. [Terrain G].

4.2.2 Analyse de deux dispositifs de confiance

Le consommateur est libre a priori d'acheter ou pas mais le citoyen doit participer à la production de richesse de son pays en jouant son rôle de consommateur. Il participe au bon fonctionnement social. L'utilisateur du système de santé ne serait tenu, dans l'esprit des soignants, à aucun devoir²³, mais en fait, sa participation obligatoire consiste à participer au bon fonctionnement du système de santé. La loi de 2002 lie la qualité de citoyen et de patient dans l'expression même de « démocratie sanitaire ».

L'évaluation est liée à l'information, à l'idéal de transparence des sociétés contemporaines. La sollicitation à évaluer toutes sortes de services, de produits, d'informations tend à devenir un mode d'existence. Un des moyens par lequel il se trouve sollicité est le questionnaire de sortie (4.2.2.1).

L'autre dispositif que nous allons analyser est celui de la personne de confiance (4.2.2.2).

4.2.2.1 Le questionnaire de satisfaction

Les principes de certification imposent aux établissements de mesurer la satisfaction des patients²⁴. La présentation de ces questionnaires varie d'un établissement à l'autre. Les données issues de ces questionnaires sont traitées et figurent comme indicateurs de qualité lors de l'évaluation de l'établissement.

La présentation des questionnaires varie d'un établissement à l'autre. Parfois même d'une unité de soin à l'autre. Les thèmes sont en revanche similaires. Le patient est questionné sur : les informations reçues tout au long de son séjour, parfois en séparant l'équipe médicale et l'équipe infirmière. Sa douleur a-t-elle été prise en charge, s'en est-on soucié, le personnel s'est-il montré « aimable », la chambre était-elle propre, les repas étaient-ils variés, chauds, correspondants à leurs goûts²⁵.

²³ Voir n° 7 de ce chapitre qui consacre un devoir de ne pas mettre en péril le système de santé.

²⁴ Critère 9a du manuel V2010 d'évaluation HAS.

²⁵ Voir en annexe 1c 23-1 à 23-6

Une large case est laissée en blanc pour lui permettre d'inscrire une remarque sur son séjour.

Nous n'avons pas observé cette pratique en 2006 sur aucun terrain. En 2011 leur diffusion est devenue systématique.

L'incitation du personnel à les faire remplir par les patients est variable. Sur le terrain G, le cadre de santé visite chaque matin les patients sortant et leur propose de les remplir. Sur le terrain F, le chef de service fait des rappels aux patients lors de la visite hebdomadaire, et des rappels réguliers à l'équipe soignante de les faire remplir aux patients.

Malgré les incitations à remplir ces questionnaires et les affiches figurant partout dans les services, les sept cadres affirment que les taux de retour sont faibles, de l'ordre de 4%. Le terrain F recueille un peu plus. Les représentants d'usagers corroborent aussi ce score bas. Les cadres rencontrés expliquent ces faibles taux par deux raisons.

Les patients auraient une préférence pour s'exprimer oralement aux soignants si quelque chose ne va pas. Mais surtout, ces cadres évoquent une peur des représailles émanant des patients. Les cadres 1, 2, 4 et 7 expliquent que les patients ont besoin de s'assurer que le personnel les accueillera en cas de de la même manière s'ils en ont besoin. . Les terrains G et H accueillent des patients de manière récurrente.

Cette explication contraste fortement avec la description faite par les mêmes cadres, d'un patient autonome et exigeant, qui semble pouvoir imposer son avis sur les soins. La logique voudrait que précisément ces patients osent s'exprimer. Soit la confiance est établie avec le service et pourquoi devraient-ils craindre quoi que ce soit ? Soit la confiance n'est pas établie et ne vaudrait-il pas mieux qu'ils s'expriment si quelque chose ne leur convient pas ?

L'analyse que fait N. Luhman (2006) des dispositifs de confiances nous donne une piste d'explication. La confiance est nécessaire à la vie sociale. L'incertitude marque nos sociétés modernes en creusant la différence entre le présent et des situations à venir, sans que nous disposions d'aucune garantie que l'avenir nous offre, malgré nos projections. La fonction de la confiance est de « renforcer le présent dans son potentiel de saisie et de réduction de la complexité. Elle renforce les états par rapport aux événements et permet de vivre et d'agir face à une plus grande complexité en rapport avec les événements. » (N. Luhmann, 2006, p16-17)

Il explique ensuite que toute modification apportée à une organisation sociale laisse toujours des zones d'incertitudes, comblées par des rôles sociaux qui sont autant de points d'appuis à la confiance. Les modifications dues à un environnement toujours en mouvement augurent une instabilité dans ce qui peut être attendu.

Ce que dit Luhmann, c'est qu'il est plus supportable psychologiquement de gérer l'incertitude de ses propres attentes, plutôt que d'œuvrer rationnellement à faire en sorte que ces attentes ne puissent pas être déçues.

« la confiance n'est donc rien d'autre qu'une sorte de 'dépassement' intrasystémique d'une telle contradiction entre les attentes. (...) Le problème de la disposition à la confiance ne réside donc pas dans un accroissement de la certitude accompagné d'une diminution correspondante de l'incertitude ; il consiste au contraire dans un accroissement de l'incertitude supportable aux dépens de la certitude » (p.93).

De ce point de vue, si le patient veut maintenir sa confiance dans un service où il est sûr de devoir revenir, il est plus confortable psychologiquement de se dire que le prochain passage se passera bien mais qu'il peut y rencontrer des désagréments car il n'a pas de certitude là –dessus, en dépit de ses précédentes expériences. Cette anticipation serait plus confortable qu'une action entreprise dans le réel pour diminuer l'incertitude d'une prise en charge future, qui peut là aussi s'avérer mauvaise.

De ce point de vue, remplir un questionnaire visant à améliorer la qualité du service offre une perspective plus déstabilisante pour le patient, que de rester sur un *status quo* et préserver sa disposition à la confiance envers ce service. En fait de peur de représailles, il s'agit plutôt d'une peur que son attente soit déçue, ce qui le contraindrait à retirer sa confiance, le laissant encore plus vulnérable²⁶.

4.2.2.2 La personne de confiance

La personne de confiance est issue de la loi du 4 mars 2002, dont le rôle a été étendu par la loi dite « Léonetti » du 22 avril 2005 sur les droits des patients en fin de vie.

Nos entretiens révèlent que ces deux dispositifs de confiance posent des problèmes inédits aux soignants. La personne de confiance est un dispositif permettant au patient de désigner quelqu'un dont il est suffisamment proche pour qu'elle puisse relayer sa volonté au cas où il ne serait plus à même de s'exprimer lui-même. Les établissements hospitaliers ont l'obligation de proposer au patient cette possibilité. Le patient aussi peut choisir de ne désigner personne.

²⁶ Cela est d'autant plus crucial que l'unité fréquentée est la seule de la région à traiter la maladie dont il est atteint. La confiance n'est pas un choix, elle est une nécessité.

Cette possibilité est consignée dans un formulaire²⁷ particulier et placé dans son dossier médical.

La situation est statistiquement inverse par rapport aux questionnaires de sortie car les cadres des services affirment qu'il est rare de n'avoir aucune personne de confiance désignée. Le plus souvent il s'agit d'un membre de la famille : époux, père, mère, fils, fille.

Si en principe la désignation est stable durant toute l'hospitalisation, les soignants ont régulièrement à faire face à des conflits intrafamiliaux issus de cette désignation.

Des conflits entre conjoints quand l'époux ou l'épouse n'est pas désigné par le patient [cadre2] ou des conflits dans une fratrie quand un des frères ou sœurs est désigné [cadre1]. Surtout, ils observent une instabilité et des changements de désignation de la part du patient lorsque son état de santé s'aggrave. Au contraire disent-ils, il y aurait un besoin de stabilité, notamment pour discuter avec le médecin et anticiper des décisions pour la fin de vie du patient.

L'analyse que fait N. Luhmann (2006) de la confiance et de la familiarité offre là aussi une piste de réflexion intéressante.

Avec la confiance, la familiarité est l'autre moyen de réduction de la complexité. La familiarité est au départ plus stable car elle s'appuie sur des éléments du passé. Elle permet des attentes plus sûres mais comme la confiance, n'offre pas de certitude.

Une relation de confiance entre frère et sœur durant l'enfance ne garantit pas que la relation d'affection mutuelle perdure, mais l'attente de l'un envers l'autre est plus forte.

Cette familiarité laisse supposer autant la confiance que la méfiance future. Lorsque l'ordre social devient instable et complexe, la familiarité perd son caractère d'évidence » (p22) tandis que « la complexité fait naître un besoin accru de coordination et de confiance de moins en moins satisfait par la seule familiarité »

Le maintien de la familiarité nécessite de reconfigurer leur relation pour retrouver une stabilité réciproque. Cette stabilité n'est plus offerte par le passé et ne peut que résulter de l'expérience immédiate.

Les reconfigurations dans l'entourage du patient, qui certainement existaient déjà, sont rendues apparentes par ce dispositif. Elles ne concernaient que le patient et sa sphère familiale. Désormais les soignants ont à les prendre en compte.

²⁷ Voir annexes 1 c n° 22 pour un exemple de formulaire

Evaluation et confiance, un nouveau dilemme pour le malade ?

L'ensemble des dispositifs d'évaluation est destiné à maintenir la confiance entre les établissements de soin et les usagers. Faut-il y voir un réel souci de mieux prendre en compte leurs attentes ou une autre manière de gérer le risque inhérent à toute prise en charge soignante ?

Le service infirmier, et l'hôpital de façon générale, mettent en scène deux manières de comprendre le lien social : celui du risque (U. Beck, 1986) et celui du *care* (J. Tronto, 2012). La confiance est fondamentale dans les deux types de société mais elle y est perçue de manière radicalement différente.

Pour Beck, Le risque est inhérent à la modernité. Les risques qui existaient autrefois se trouvaient liés à une insuffisance en technologie ou en nourriture.

La modernité les a remplacés par un risque généralisé. L'enjeu de la société du risque n'est pas de s'en prémunir mais de le dépister pour savoir où il va frapper et de se doter de systèmes sophistiqués pour en atténuer les conséquences.

La conscience du risque et de ses formes généralisées, met la confiance à mal car « la conscience du risque [...] est orientée par la science. La confiance ne peut être rétablie que par l'élimination du risque ou par un traitement procédural scientifique : « la gestion publique des risques liés à la modernisation est la voie de la transformation des erreurs en opportunités d'expansion » (*ibid*, p.356).

Joan Tronto (2012) prend le contrepied de cette conclusion: le *sentiment* du risque vient de l'absence de confiance et non l'inverse. C'est sur le lien et sur la confiance qu'il faut d'abord travailler. Le *care* ne remet pas en cause cette réalité du risque mais fait prévaloir les rapports de sollicitude pour y faire face. L'habileté de la démarche consiste à ne pas remplacer une réalité – celle du risque- par une autre- celle du care- mais à envisager la société du risque du point de vue du care. Elle conduit la réflexion sur trois points : l'état émotionnel produit par l'un et par l'autre, le statut de la responsabilité et le statut de la vulnérabilité.

La société du risque génère une anxiété constante. Le risque est partout, chacun y est exposé, qu'il le veuille ou non. Cette situation de menace est omniprésente (U. Beck, 2003, p73) mais l'exposition au risque est inégale (W A Rogers, 2006).

Cette anxiété est partiellement apaisée par des précautions : calculs statistiques, recommandations et procédures diverses. Mais celles-ci ne peuvent qu'échouer car elles n'annulent pas le risque. Pire, ces méthodes sont très infantilisantes et ne responsabilisent aucunement face au risque.

Là où la société du risque a pour objet d'en distribuer les expositions, le *care* se présente comme un système de distribution des responsabilités. En effet, le *care* impose à chacun le devoir moral de se soucier du bien être d'autrui, mais il ne prescrit un agir systématique que si le sujet en a les moyens (Tronto, 2000, p148).

Enfin, dire que le risque est une répartition statistique revient aussi à affirmer que la recherche de sa généalogie échoue le plus souvent à désigner un responsable (J Tronto, 2012, p18). Dès lors, aucune procédure de ce type ne saurait rétablir la confiance.

Elle propose une autre représentation du risque basée cette fois sur la vulnérabilité. Les créatures les plus vulnérables sont aussi les plus à risque. Mais surtout, elles ont la capacité d'attirer tantôt l'agressivité, tantôt le *care*. (S. Ruddick 1989).

Par exemple : des vieillards sont susceptibles de faire l'objet de gestes doux mais aussi d'être maltraités, le malade tétraplégique est capable d'attirer sur lui la plus franche colère et la compassion la plus sincère. Or, c'est bien cela, écrit dit J.Tronto, qui fait peur au risque. Cette pensée ne sait pas comment traiter le sujet vulnérable du point de vue de la maîtrise du risque, alors qu'il se trouve doublement menacé dans son autonomie par le maternage du *care* et par l'agression possible.

Mais alors, le « prendre soin » ne devrait-il pas aboutir à limiter la vulnérabilité ? Les actions soignantes n'ont-elles pas pour but de restaurer les capacités à vivre, et à recouvrer la santé ? La réponse de J. Tronto se situe au plan politique. Les théories du *care* n'ont pas suffisamment procédé à l'analyse des besoins sociaux pour en tirer des conclusions sur un lien entre *care* et diminution de la vulnérabilité. Les personnes sont fondamentalement vulnérables et continuent à avoir des besoins. La force de la société du risque, c'est d'évacuer la question du besoin.

Une manière d'envisager la baisse de vulnérabilité réside dans la capacité de l'humain à se prendre en charge lui-même. H. Peplau (1995) formulait ainsi la sortie de la relation de soin :
« Abandonner progressivement son pouvoir au patient en fonction de sa capacité de différer l'assouvissement de ses désirs et d'employer ses efforts à la réalisation de nouveaux objectifs ».

Conclusion du chapitre 4

Le positionnement infirmier en ce qui concerne le refus ou le consentement au traitement relève d'un dilemme entre ses devoirs et sa déontologie. N'étant pas prescriptrice, elle n'a pas compétence pour renégocier un traitement refusé par le patient, ni lui proposer d'alternative. Statutairement, elle a à administrer les médicaments prescrits par le médecin.

Ce que nous avons eu l'occasion d'observer, sont deux modalités qui ne vont pas dans le sens d'une relation de confiance : respecter la prescription et imposer le soin, ou laisser quelqu'un d'autre s'en charger - comme le brancardier emmenant le patient pour effectuer un examen - ou parapher la non prise sur le dossier et passer son chemin.

Les infirmiers seraient-ils réticents à l'idée de négocier le soin avec le patient ? Est-ce là, un problème d'apprentissage ? Ce qui est sûr, c'est que négocier un soin prend du temps et que les rythmes hospitaliers actuels, comme nous venons de le dire à propos de la relation de service, n'aident pas à nouer un dialogue. Pourtant, nous avons la conviction que comme le consentement, le refus aussi demande à être éclairé.

Les *nurses* anglo-saxonnes utilisent le terme d'*advocacy* pour désigner un jugement professionnel qui prenne en compte la volonté exprimée par le patient et ses intérêts évalué par la *nurse*. Il n'existe pas de mot équivalent dans la langue française.

Il est éclairant pour la pratique des soins infirmiers placés sous la double contrainte que nous venons de rappeler. En effet, l'*advocacy* désigne « la relation qui s'établit dans la solidarité et qui vise à l'accomplissement d'autrui, alors qu'il vit une situation particulière (...) en l'aidant à découvrir le sens que revêt cette expérience pour lui. » (D. Blondeau, 1999) C'est ainsi qu'elle l'aide à exercer son véritablement son autonomie car cette relation comporte un engagement autre que l'échange d'informations sur les bénéfices et les risques liés à l'acceptation ou au refus d'un traitement, qui risquent alors de faire sortir l'infirmier de son champ de compétences.

Que signifie à cet égard être « acteur de sa santé ? ». L'expression est reprise par de nombreux soignants sans que soit précisé ce que cela signifie. Un des représentants d'usagers évoque une problématique de fond en matière d'éducation à la santé très insuffisante selon lui, en France [RU3].

La vague des « objets connectés » serait-elle en passe de remplacer cette éducation à la santé par une sousveillance généralisée (Ganascia, 2010) ? Ces nouveaux comportements feraient sur-jouer cet acteur en ne lui permettant plus de quitter son rôle un seul instant.

Cette tendance à cette auto-surveillance appelée le *quantified self*, ou le soi quantifié. Il s'agit de mesurer ses propres fonctions physiologiques à tout moment. La multiplication des objets connectés à des sites Internet ou à des applications, permet à chacun de se lire en diagrammes de surveillances, comparer et interpréter les données recueillies.

Le principe de prudence aristotélicienne, est supplanté par une éthique de la vigilance face au risque vécu comme omniprésent qu'il ne s'agit pas de prévenir mais de détecter dans l'immédiateté de sa survenue.

Conclusion générale

Notre projet de recherche portait initialement sur l'analyse des conflits entre infirmier et patient. Il devait nous renseigner sur les enjeux qui se jouent dans le soin à l'occasion de désaccords. Le conflit est également révélateur de difficultés d'adaptation dans un environnement changeant ou encore sur les différences entre des attentes et ce qui est effectivement reçu.

Au terme de cette recherche, nous avons envisagé plusieurs conceptions de la relation de service. La pensée interactionniste d'E. Goffman fait de cette relation un ajustement fonctionnel entre le client qui présente une demande et un *praticien réparateur* qui possède le savoir nécessaire pour y répondre. La relation de service se place essentiellement dans le cadre d'un exercice libéral même si Goffman n'exclut pas le salariat.

Les travaux de J. Gadrey se placent dans cet ordre d'idée en posant là aussi que la relation de service permet la coconstruction du service, quel que soit le mode d'exercice ou le contenu de la prestation. Une des caractéristiques du service moderne est l'adaptation au client. Le prestataire doit nécessairement entamer un dialogue afin de recueillir la nature de la demande exacte du client et lui spécifier la manière dont elle sera traitée. La relation de service vient également préciser les modalités de participation du client.

Ces définitions offrent une vision plutôt positive de la relation de service. Toute autre est la pensée féministe qui situe la relation de service dans l'engagement émotionnel nécessaire pour nouer une relation personnalisée avec le client et lui « transmettre » une expérience positive du service. Ce service est alors conçu de façon élargie comme prestation mais aussi comme le vécu qui accompagne cette prestation. Le problème qui est mis en exergue par cette pensée est le caractère imposé de cet engagement émotionnel, qui dépossède progressivement le sujet de ses véritables émotions. La relation de service se situe nécessairement dans un cadre salarié et pour une prestation offerte à un public large.

La profession d'infirmière est un terrain de choix pour étudier ces différentes dimensions. Un retour sur l'histoire montre comment la conception de cette relation a évolué jusqu'à s'émanciper en partie, de la relation de soin.

Dans les premières années suivant la création de la profession, les normes émotionnelles et les normes de comportement qui présidaient aux relations entre patient et infirmier étaient imprégnées de morale rigide d'inspiration chrétienne et stoïcienne : cultiver l'amour charitable pour le patient et la retenue de ses affects, jusqu'à les oublier. La prise en compte du patient était à la fois omniprésente et absente car c'est l'être souffrant qui était l'objet du soin.

Il faut passer à une autre conception du soin, d'inspiration humaniste, pour le que le malade devienne Mr Y. ou Mme X, un individu singulier qui vit sa maladie d'une manière unique et qui demande progressivement que sa prise en charge en tienne compte.

La formation des futurs infirmiers tient compte de ce changement en ajoutant les sciences humaines à son programme. M. Nussbaum (2011) a montré combien l'enseignement des Humanités développe la « culture des émotions » et permet de nous mettre à la place de l'autre grâce à l'imagination narrative.

L'orientation actuelle des soins promeut l'autonomie professionnelle et un encadrement plus resserré par la formalisation du travail prescrit. Ce mouvement se traduit par une multiplication des protocoles.

D'où une conception de la compétence développée par G. Le Boterf (2011) pour qui la compétence est un savoir agir lorsque plus rien ne vient dire au professionnel comment agir.

Le nouveau référentiel de formation est basé sur un apprentissage par compétences, qui mêle savoir théorique et savoir technique dans un objectif opératoire, de savoir agir.

La relation de soin fait l'objet d'un apprentissage similaire aux autres compétences plus techniques et se conçoit de manière méthodique, en vue d'un résultat prédéfini.

La relation de service se complexifie également par l'environnement dans lequel travaille l'infirmier. Il doit accorder son action à ce qui est réclamé de lui par l'institution hospitalière et en cohérence avec l'action du médecin.

La question de déterminer ce qui relève de la relation de soin et ce qui tient de la relation de service est complexe et varie aussi suivant la conception de la relation de service adoptée.

La relation de service ne peut se développer que s'il est demandé à la profession d'orienter les soins en tenant compte les demandes exprimées par le patient ou *supposées* être attendues par lui. Les référentiels qualité se fondent sur de telles attentes, basées sur des sondages de patients ou des audits de pratique. Cette démarche en tout cas, se place au-delà du recueil des réactions du patient.

Son enjeu le plus important porte sur la redéfinition du service en fonction de la part active qui est laissée ou donnée au dans l'accomplissement de la prestation elle-même.

Il nous semble qu'un des enjeux que pose le débat sur la vulnérabilité est de déterminer si cette place donnée au patient doit lui être imposée au nom de son autonomie, ou négociée selon ses souhaits et ses capacités.

La fonction de protection attachée à la figure du soignant devrait prendre en considération les droits du patient mais aussi ses capacités pour ne pas lui faire supporter l'ensemble de sa prise en charge au nom de l'autonomie.

La relation de service se détache de la relation de soin en étant un dialogue *sur* le soin. Son développement suit notamment la montée des exigences en matière d'information. Elle ne devrait cependant pas s'en séparer au risque de réduire le lien entre infirmier et patient à un transfert fonctionnel sans préoccupation pour le contexte de cette information.

Par exemple, rappeler à un patient les effets secondaires d'un traitement ne saurait se réduire à une énumération, sans considération pour l'expérience du patient et le vécu de sa maladie.

La conception de la relation de service qui se dessine d'après ce travail de recherche est une manière dialogique d'anticiper et de traiter les conflits.

Elle permet d'anticiper les conflits car elle suppose une formalisation des deux acteurs en présence sur ce que chacun attend *peut* attendre de l'autre. Nous ne prenons pas l'expression au sens d'un droit que le patient ferait valoir relativement à tel soin, mais dans un sens pragmatique qui tient compte des ressources de chacun et renvoie à ce qui est possible ou non de réaliser.

Elle implique la prise en considération de ce que veut le patient de la part du service infirmier et anticipe la manière dont l'interaction va avoir lieu.

Elle permet ainsi au professionnel de se positionner en tant que tel. La nécessaire formalisation du jugement soignant pose des limites aux demandes déraisonnables sans porter de jugement sur la personne d'autrui et sans poser de jugements de valeur.

Par exemple, face à un patient qui souhaiterait imposer d'autres heures de distribution pour ses médicaments ou qui demanderait un shampoing au lit tous les jours.

Une réponse trop souvent à chaud et traduisant un énervement risque de porter sur le patient et sa personnalité trop exigeante. Une réponse dans la perspective d'une relation de service voit ces demandes comme autant de ré-interrogations sur le contenu de la prestation et ajuste la réponse en fonction de ce qui est possible ou non.

L'écueil à éviter est que la relation de service se substitue à la relation de soin. Sa place doit rester au service de cette relation de soin. Elle doit permettre notamment un approfondissement de cette relation de soin en atténuant les tensions favorisées lorsque la prestation et ses limites manquent de clarification.

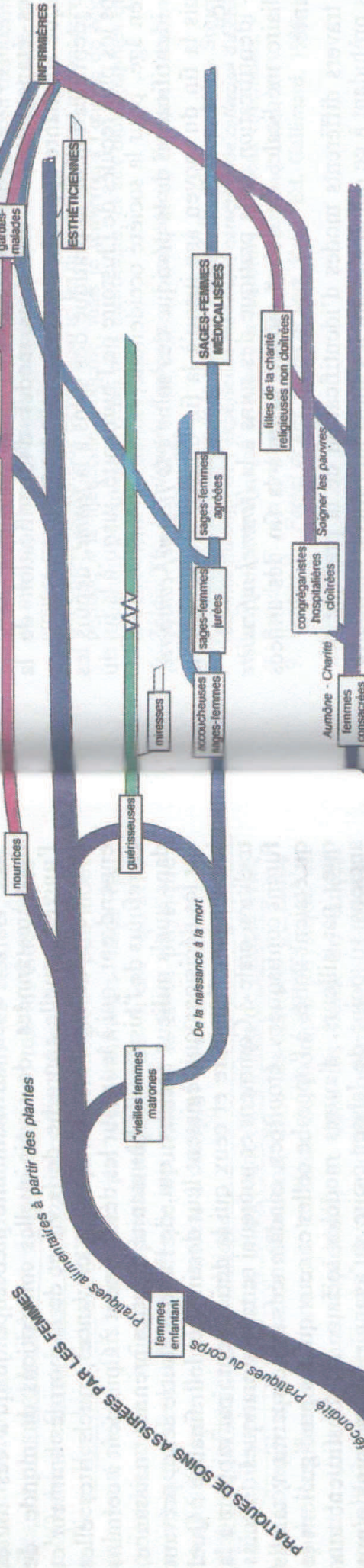
ANNEXES

Sommaire des Annexes

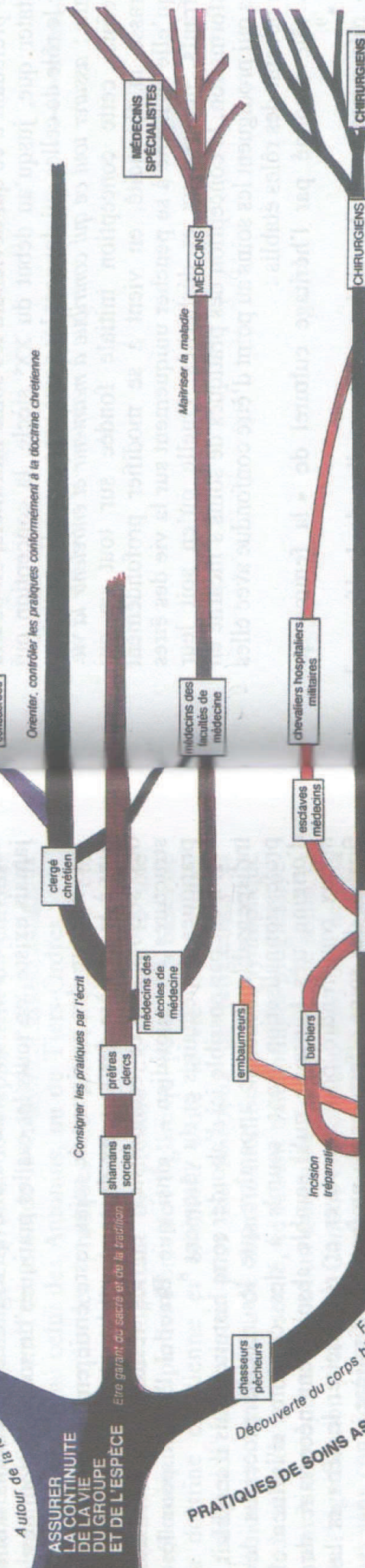
Annexe 1: chronologie et documents sur la profession infirmière	Page 276
<ul style="list-style-type: none"> • 1.a Illustration tirée du livre de MF Collière : l'évolution des professions de santé. 	Page 277
<ul style="list-style-type: none"> • 1.b Chronologie comparée France et internationale 	Page 278
<ul style="list-style-type: none"> • 1.c Documents relatifs à l'exercice de la profession en France 	Page 281
Annexe 2 : questionnaires destinés aux entretiens	Page 325
<ul style="list-style-type: none"> • 2.a : Grille d'entretien 2006 - infirmiers • 	Page 326
<ul style="list-style-type: none"> • 2.b : Grille d'entretien 2010/2011- infirmiers 	Page 327
<ul style="list-style-type: none"> • 2.c : Grille d'entretien 2011 - cadres de santé 	Page 329
<ul style="list-style-type: none"> • 2.d : Grille d'entretien 2011 - représentants d'usagers 	Page 330
Annexe 3 : tableaux synthétiques reprenant les principales données	Page 331
<ul style="list-style-type: none"> • 3.a : Entretiens avec des infirmiers en 2006 et 2011 	Page 332
<ul style="list-style-type: none"> • 3.b : Entretiens avec des cadres de santé en 2011 	Page 384
<ul style="list-style-type: none"> • 3.c : Entretiens avec des représentants d'usagers en 2011 	Page 399
<ul style="list-style-type: none"> • 3.d : Observations de terrain en 2006 et 2011 	Page 411
Annexe 4 : Bibliographie	Page 440

Annexe 1
chronologie et documents sur la profession
infirmière

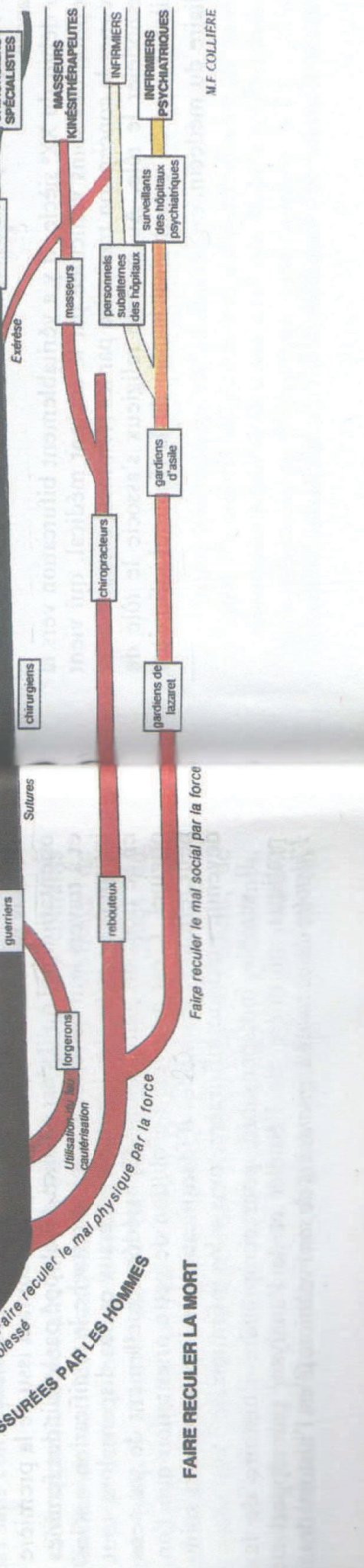
ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA VIE



ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA VIE DU GROUPE ET DE L'ESPÈCE



PRATIQUES DE SOINS ASSURÉS PAR LES HOMMES



FAIRE RECULER LA MORT

Annexe 1.b Chronologie comparée France et internationale

Dates	France	Etranger
1835	Début de formation du personnel de salle dans les hôpitaux parisiens	1836 : fondation des Diaconesses par Théodor Fliedner. Ouverture d'une école à Kaiserwerth
1854		Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers modernes ainsi que 38 infirmières volontaires sont envoyées en Turquie le 21 octobre pour porter soin aux blessés de la guerre de Crimée.
1850		L'American Medical Association plaide pour une instruction spécifique des «nurses»
1860		F. Nightingale publie le premier ouvrage sur la pratique infirmière : « <i>Notes on Nursing, What it is and What it is Not</i> ». Il est traduit en français dès 1862. Fondation de la Croix Rouge américaine par Clara Barton.
1872	Généralisation de l'internat de médecine	Aux Etats-Unis, fondation d'une école de nursing au sein de l'Hôpital de Boston. Le nombre d'écoles de nursing passe de 15 en 1890 à 1096 en 1909.
1875	Ouverture de la première école municipale de formation pour les infirmières, par le Dr Bourneville, à Paris.	1874 : première école de nursing ouvre à l'hôpital général de St Catherine dans l'Ontario, Canada.
1877	Ouverture de la première école des ambulancières françaises par le Dr Duchaussoy La laïcisation provoque de graves crises de personnel	1875-1877 : programme de développement sur le service américain de santé aux armées. Perspectives de carrière et de salaires améliorées pour les infirmières
1878	Ouverture d'une école d'infirmiers de « l'asile de la Salpêtrière » accueille ses premiers élèves	
1885	1883 : extinction programmée de la classe des Officiers de santé.	La première école d'infirmière voit le jour au Japon
1886		La première revue professionnelle de soins infirmiers, <i>The Nightingale</i> , est publiée aux États-Unis. 1887 : Création de la British Nurses Association
1897		Association nord-américaine des infirmières (nommée aujourd'hui ANADI)
1898	Ouverture d'une école de garde malade sur le modèle anglais, par le Dr Hamilton	Première formation supérieure en administration et en enseignement du nursing, à la Columbia university de New York.
1899		Création du Conseil international des infirmières afin « <i>d'étudier les problèmes de soins infirmiers, de préconiser les réformes nécessaires, développer l'esprit critique de ses membres, de faire connaître et respecter cette profession et d'élever toujours d'avantage le niveau des soins infirmiers</i> ».
1900	Thèse de doctorat en médecine par Anna Hamilton sur les conditions de vie et de travail du personnel de salle.	Fondation de l'American Journal of Nursing, première publication entièrement gérée par des infirmières.
1901		La Nouvelle-Zélande devient le premier pays à enregistrer nationalement les infirmières en exercice.
1902	Les Circulaires Combes rendent obligatoire la création d'écoles municipales de formation pour les infirmières.	1901-1902 : création d'un service infirmier permanent aux armées en Angleterre et aux Etats-Unis
1905	Création de la maison-école d'infirmières par Léonie Chaptal à Paris. Elle accueille 24 élèves.	
1907	<ul style="list-style-type: none"> ° Création en France de la première école d'infirmière à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ° Circulaire ministérielle du 4 avril passage de l'état de gardien à celui du diplôme d'infirmier de secteur départemental en psychiatrie 	1908 : création du Canadian Nurses Association, organe politique de représentation de la profession.
1909		L'université du Minnesota (University of Minnesota) accorde le premier la première licence en soins infirmiers, établissant un nouveau standard en matière d'apprentissage du métier.

Dates	France	Etranger
1914	Création du journal La Garde Malade hospitalière, s'inspirant du modèle anglo-saxon. Création du titre temporaire d' « infirmière du cadre des armées »	1917 : P AEF (American Expeditory Force) envoi des corps de <i>nurses</i> avec les soldats américains, sur le front européen.
1920		Création de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.
1922	° Décret du 27 juin : création du brevet de capacité professionnelle d'infirmière. ° Le terme d'infirmier est officiellement adopté.	1919 : Le Nurses Registration Act est promulgué en Angleterre. Il permet à la profession de s'autoréguler.
1923	° Arrêté du 10 octobre : Premier programme de formation initiale unifié sur l'ensemble du territoire français. ° Création de l'Infirmière Française, première revue professionnelle.	1922 : Création de la fédération nationale des infirmières de Belgique Le département soins infirmiers de Yale aux États-Unis
1924-1925	Création de l'Anfiide, première association professionnelle des infirmiers français. Création d'un brevet d'Etat d'infirmière ou de visiteuse d'hygiène sociale à l'enfance et à la tuberculose. La durée passe à 33 mois fondation Rockefeller, pour coordonner la politique publique en matière de santé.	1924 : création de la Yale School of Nursing, financée par la fondation Rockefeller. Première école avec un budget et un département indépendants d'un hôpital.
1930	Arrêté ministériel du 26 mai : nouvelle formation sur 5 ans pour le diplôme d'infirmier des asiles d'aliénés de l'État Français	1929 : création de la Japanese Nursing Association
1938	Création du diplôme d'assistante sociale et de visiteuse d'hygiène sociale, après une année de formation commune avec les infirmières. Extinction de la profession d'infirmière visiteuse.	Le Nurses Memorial est érigé aux États-Unis à la mémoire des quelque 600 infirmières qui ont servi durant la Première Guerre mondiale
1943	Loi du 15 juillet : Définition officielle de l'infirmière. Protection du titre par une infraction pénale d'exercice illégal de la profession.	Publication de la théorie des besoins par Abraham Maslow dans la Psychological Review
1946	Loi du 8 avril reprend la définition officielle de l'infirmière de 1943.	Création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par la Convention de New York 22 juillet. Création de l'American Nurses Association (Ordre)
1947	Décret du 13 août : création du diplôme d'Etat de puériculture, première spécialisation infirmière.	1949 : Création du College of Nursing en Australie, représentation permanente de la profession. Publication de Nursing for the future, rapport du National Nursing Council. Des recommandations en faveur d'un enseignement universitaire supérieur pour les infirmiers. Ce rapport impulse les formations en pratiques avancées.
1949	° Restriction d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique aux seuls hôpitaux spécialisés. ° Possibilité pour les infirmières diplômées d'Etat de travailler dans les deux secteurs.	
1951	° Ouverture de la première école de cadre infirmier de la Croix Rouge française. Diplôme d'école, non reconnu par l'Etat. ° Décret du 28 février Création du conseil supérieur des infirmières ° Création de la Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale.	1952 : Hildegard Peplau publie « Interpersonal relations Theory », modèle de soins infirmiers base sur la relation interpersonnelle infirmier-patient. 1951 création du NAPNES aux Etats-Unis, organisation professionnelle de promotion des infirmiers praticiens (nurses practitioners)
1955	Arrêté ministériel du 3 juillet : premier diplôme pour les infirmiers des hôpitaux psychiatriques. Il sanctionne une formation de deux ans.	publication des Principes fondamentaux des soins infirmiers, par V Henderson (traduit en français en 1960).
1958	Création des Certificat d'aptitude aux fonctions de monitrice (future cadre enseignante) et de surveillante (future cadre de santé hospitalier).	1956 : 1 ^{er} Master en pratique avancée, université de Columbia
1962	réglementation de notre exercice par exception à l'exercice illégal de la médecine	Reconnaissance progressive de diplômes de pratiques avancées (nurse practitioner et clinical nurse specialists)

Dates	France	Etranger
1967	La formation des cadres infirmiers est confiée à des infirmiers.	1966 : publication de <i>The Nature of Nursing</i> , par V Henderson, traduit en français en 1994. Cecily Saunders ouvre le 1 ^{er} service de soins palliatifs
1971	Création du diplôme d'infirmier de bloc opératoire Première revue consacrée à l'enseignement infirmier : L'Infirmière enseignante.	
1972	Nouveau programme de formation : l'infirmière devient éducatrice en santé. La durée des études est portée à 28 mois.	
1973	Création du conseil supérieur des professions paramédicales.	
1975	<ul style="list-style-type: none"> ° Loi du 11 avril Création de l'infirmier général, qui représente l'ensemble du personnel infirmier auprès de la direction de l'établissement. ° Certificat cadre infirmier (CCI). 	Création du Programme universitaire de pratiques avancées, faculté de Melbourne, Australie.
1978	<ul style="list-style-type: none"> ° Loi du 31 mai : loi définit la profession d'infirmière. Reconnaissance du « rôle propre infirmier » ° Loi du 5 septembre : Nouvelle définition de l'infirmier lui donnant un rôle d'éducation, d'encadrement et de prévention ainsi qu'une responsabilité juridique. 	Création de l'association suisse des infirmiers 1979 : publication de <i>Caring, the philosophy and the science of caring</i> , par Jean Watson, traduit en français en 1998.
1981	Décret relatif à l'exercice de la profession, précisant les actes relevant du rôle propre	1982 : création de la NANDA (north american nursing diagnosis association) chargée de coordonner les efforts en matière de recherche et de reconnaissance des diagnostics infirmiers.
1991	<ul style="list-style-type: none"> ° Les accords Durieux évaluation des salaires, dimanche payée comme un jour férié d'où augmentation du nombre d'élèves et rétablissement de l'ancienneté. ° Loi du 31 juillet : Création du service de soins infirmiers. L'ancien surveillant général devient directeur des services de soins infirmiers 	Le 12 mai date de naissance de F. Nightingale est adopté comme Journée mondiale des infirmiers.
1992	<ul style="list-style-type: none"> ° Le diplôme devient unique (psychiatrique et générale). Durée portée à 39 mois. ° Creation des(IFSI) Institut de Formation en Soins Infirmier, anciennement écoles d'infirmiers 	Création de l'ANMAC en Australie : association d'accréditation pour les infirmiers et les sages-femmes. Organe central de régulation
1993	<ul style="list-style-type: none"> ° Décret du 16 février : portant création des règles professionnelles des infirmiers et infirmières. ° Décret du 15 mars : relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier 	Creation du National Institute of Nursing Research aux Etats Unis.
1998	Après la présentation de cinq projets de loi en deux ans, députés reportent à nouveau un texte en faveur de la création d'un ordre infirmier.	Début du mouvement Evidence Based Nursing, à la suite d'EBM (Evidence Based Medicine).
2002	Décret du 11 Février: réécriture du décret relatif aux actes professionnels décret du 19 avril : création du corps des directeurs de soins et coordonnateurs généraux des soins. 2003 : remise du rapport Berland qui préconise des transferts de compétences dans différentes spécialités. Fait suite à des expérimentations positives	Loi 90 adoptée au Quebec redéfinit les champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé. Certaines activités sont réservées et d'autres partagées entre plusieurs professions. Reconnaissance de l'Infirmière praticienne spécialisée, qui a un rôle accru en matière de décisions thérapeutiques.
2004	29 Juillet 2004: Le décret d'actes professionnels infirmiers de 2002 et le décret relatif aux règles professionnelles de février 93 sont codifiés au sein du livre III du code de la santé publique	L'American Association of Nursing recommande la formation de docteurs en sciences infirmières.
2006	Loi du 21 décembre: création de l'ordre national des infirmiers.	Première formations de Nurse Prescriber, avec autorisation de prescription limitée.
2009	Arrêté du 28 mai : Nouveau programme d'études Circulaire du 28 septembre : Premier programme de recherche de recherche infirmière : 15 programme financés Premier master en Sciences cliniques infirmières, à l'EEHSP. La loi HPST autorise des transferts de compétences médicales, sur protocole de coopération.	Un rapport de la Carnegie Foundation for advancement of teaching recommande de développer l'enseignement infirmier sur les prises en charge non hospitalières : domicile, homes, associations, entreprises.

Textes encadrant la profession

- 1) Extrait du Manuel de l'ambulancière, paru en 1884
- 2) Extrait du Manuel de morale de l'infirmière, paru en 1924
- 3) Circulaire « Combes » du 28 octobre 1902 relative à la création d'écoles d'infirmières
- 4) Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles
- 5) Arrêté du 24 juin 1924 fixant les programmes types des écoles d'infirmières de l'Etat français
- 6) Arrêté ministériel du 31 décembre 1947 sur les actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié
- 7) Décret du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions et d'aide soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés.
- 8) Arrêté ministériel du 17 juillet 1961 sur le programme d'enseignement conduisant au diplôme d'Etat d'infirmière.
- 9) Arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme des études d'infirmières
- 10) Loi du 31 mai 1978 instituant un rôle propre infirmier
- 11) Décret du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier
- 12) Décret du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier
- 13) Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études menant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.
- 14) Décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
- 14 bis) Décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- 15) Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- 16) Loi du 17 mai 2011 modifiant l'autorisation de prescription pour les infirmiers
- 17) Articles L 4312-1 et 4312-2 du code de la santé publique, sur l'ordre national des infirmiers créé par une loi du 21 décembre 2006.
- 18) Annexe III de l'arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.

Evaluations des stages en formation initiale

- 19) Programme de 1972
- 20) Programme de 1992
- 21) Programme de 2009
- 22) Exemple de questionnaire destiné à recueillir le souhait du patient de désigner une personne de confiance
- 23 -1 à 23-5) Résultats statistiques des questionnaires de sortie 2008 pour un établissement visité

UNION DES FEMMES DE FRANCE
 Reconnue d'utilité publique par décret en date du 6 Août 1892
SECOURS AUX BLESSÉS & MALADES DE L'ARMÉE EN TEMPS DE GUERRE
Secours aux victimes des désastres publics

MANUEL
 DE
L'INFIRMIÈRE-AMBULANCIÈRE

RÉDIGÉ PAR LA COMMISSION D'ENSEIGNEMENT

d'après les leçons et conférences

DE MM. LES DOCTEURS

Aszaky, Berne, Bouloumié, Bousil, Brazier, Brunon, Castex
 Chevallereau, Chenet, Coppini, Culler, Defontaine, Delpech, Desnos
 Destrem, Dieulafoy, Doyfous, Dreyfus-Brisac
 J.-R. Duplat, Dupont, R. Durand-Fardel, Dziwouski, Battey, Ernoux
 Eloy, Gaucher, Goguel, Gourguès, R. Grécaire, Guizard
 Janton, Hettich, Hiard, E. Hertz, Hogg, Huchard, Jean, Joffroy
 Jouin, De Lapersonne, Larcher, Le Clère, Leloux, Lenoir, Leroy, Ch. Leroux
 M. Letulle, Legroux, Liandier, Lutaud, G. Marchant
 J. Michel, Faure Miller, Motet, Neumann, Nicolas, Ory, Ozoum, Pasteau
 Pigeoy, Poirier, Palguère, Pozzi, Reclus, Juhel-Renoy, Ranque,
 Rey, A. Robin, L. Robin, A. Robert, P. Rodet, Rogron, Rowlatt, Ruck
 De Santl, Schlemmer, P. Segond, Signez, Simard
 Smester, Stackler, Suss, Thoreus, Tillot, De Latour Saint-Ygest
 Veil, Vergeado, Vermeil, Weill, Weisgerber, Yvon, P. Yvon

Membres de l'Union.

Avec 91 figures dans le texte.

PARIS
 G. MASSON, ÉDITEUR
 LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
 120, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine.

1884

INTRODUCTION

Dévouement absolu, esprit de sacrifice, abnégation héroïque, voilà autant de vertus qui trop souvent déjà sont demeurées et resteraient encore stériles sans la solide instruction et les connaissances pratiques nécessaires lorsqu'il s'agit de soins à donner aux malades et aux blessés.

La femme qui sollicite le lourd honneur de devenir infirmière-ambulancière doit, sans tarder, connaître exactement toute l'étendue et tous les détails de ses fonctions. Elle devient aussitôt, pour le médecin ou le chirurgien auquel elle est attachée, un aide dévoué, un collaborateur utile et éclairé.

Elle possède les notions d'anatomie, de physiologie, d'hygiène, de chirurgie et de médecine *absolument indispensables*. En outre, son rôle est autrement étendu.

Traçons-en rapidement les principaux détails.

Son premier devoir, celui qui domine tous les autres, grâce auquel elle deviendra une ambulancière modèle, c'est d'exécuter strictement les instructions et les prescriptions du chef de service; tout oubli de sa part, qu'elle le sache bien, peut devenir la cause d'accidents

redoutables. Aussi, quelque minutieux que soient les détails, ils seront présents à sa mémoire et notés avec soin. C'est dire que l'exactitude est une des qualités les plus précieuses de l'infirmière-ambulancière.

L'obéissance la plus aveugle est encore une des qualités requises : il est inutile d'insister sur la nécessité de la *subordination absolue*. Les quelques observations ou réflexions qui peuvent naître dans son esprit seront toujours formulées par elle en dehors du malade, afin de respecter la confiance à laquelle le médecin a droit.

Il est un point de pratique sur lequel nous devons insister : l'ambulancière doit observer ses malades avec soin, s'enquérir de leurs antécédents, des causes de la maladie, enfin suivre tous les phénomènes qui peuvent se produire en l'absence du médecin, de façon à lui fournir tous les renseignements utiles au point de vue du diagnostic et du traitement.

L'ambulancière a encore une charge souvent pénible à remplir : la surveillance de la salle, dont elle doit assurer la police et l'hygiène, règle au sujet de laquelle elle se montrera toujours inflexible. Elle y parvient grâce à une fermeté qui n'exclut pas la douceur ; mais c'est surtout de la propreté qu'elle doit se montrer le plus régulièrement soucieuse. L'enlèvement du linge, les déjections ; la ventilation des salles, la réglementation de la température, de la lumière ; la distribution des aliments, bref tous les détails sanitaires les plus minutieux, attireront sans cesse son attention.

Que dire de son rôle moral ? Est-il besoin d'esquisser sur un tableau, même rapide, de ce genre de soins délicats que la femme prodigue si naturellement aux malades et aux blessés ? Quelques douces paroles d'encouragement, quelques délicates attentions, parfois même de beaux mensonges composent un riche faisceau de

moyens auxiliaires d'un puissant secours, dont la femme possède mieux que quiconque le merveilleux secret.

Elle doit savoir conquérir la confiance des malades, faire preuve à leur égard d'une sympathie réelle, d'une égalité d'humeur inépuisable ; enfin dans sa tenue, dans ses soins, dans son langage, éviter toute affectation d'une prudence déplacée quand il s'agit d'hommes qui souffrent.

Si, dans tout ce qui précède, le caractère de l'ambulancière reste modestement effacé, il est bon de rappeler qu'à de fréquentes reprises, son intervention devient beaucoup plus importante : c'est lorsqu'elle est appelée à prodiguer des *soins d'urgence* avant l'arrivée du médecin. Ici le rôle est plus grand, plus élevé ; l'ambulancière devient plus qu'un aide, mais en même temps sa responsabilité, bien qu'accidentelle, s'accroît d'autant.

Qu'y a-t-il en somme dans les fonctions de l'infirmière-ambulancière ? Une lourde charge, des devoirs pénibles et souvent douloureux, une énorme responsabilité, des fatigues sans nombre physiques et morales, des périls à braver... et cependant, quand il le faut, toutes accourent prêtes au sacrifice, heureuses par avance de leur dévouement et sûres de trouver leur récompense dans la conscience du devoir accompli !

MORALE PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE

PAR

MADEMOISELLE CHAPTAL

MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE, VICE-PRÉSIDENTE DU CONSEIL
DE PERFECTIONNEMENT DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES AU MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE.



A. POINAT, ÉDITEUR

21, RUE CASSETTE — PARIS

1926

DU MÊME AUTEUR

Le livre de l'infirmière, adaptation de l'ouvrage anglais
de Miss Oxford.

(3^e édition, Masson et C^{ie}, éditeurs).

2 MORALE PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE

Je n'ai pas à m'en occuper ici ; les cours donnés dans chaque école doivent comporter un programme complet de cette partie de l'enseignement : théorie et pratique iront de pair, le malade à l'hôpital devant être le pivot central autour duquel viennent se placer toutes les notions fondamentales que possédera l'élève bien instruite.

Sa préparation morale¹, au moins aussi importante, ne doit pas être négligée.

Au sujet de cette préparation, il faut nous expliquer de suite et très franchement.

Pourquoi la profession d'infirmière demande-t-elle une formation morale particulière ? Pourquoi préciser aussi nettement qu'il lui faut une « morale professionnelle » spéciale ?

Peut-être ici une parenthèse ne sera-t-elle pas inutile. Qu'est-ce qu'avoir une profession ? C'est, si nous nous en tenons aux termes des dictionnaires, exercer un métier que l'on connaît pour l'avoir préparé, acquis par un apprentissage sérieux. Et, si l'on s'agit d'un métier qui ne soit pas seulement manuel, cela veut dire qu'en faisant ces études, on y a dirigé non seulement son effort physique, mais aussi son travail intellectuel, son énergie morale et sa volonté.

1. Le décret du 27 juin 1922 définit par les deux mots : « technique et moral » l'enseignement obligatoire de l'infirmière.

RÔLE ET DEVOIRS MORAUX DE L'INFIRMIÈRE 3

La valeur d'un être humain, en effet, n'est pas que de l'esprit. Il est des gens fort intelligents qui ne sont pas très bons. Il en est aussi dont le caractère n'est pas à la hauteur de leur virtuosité intellectuelle. Il faut donc que, à côté de l'effort du cerveau, se place un autre genre de travail, celui de la formation morale, de la mise en valeur du caractère et de la volonté.

Or, la profession d'infirmière, qu'elle ait pour objet soit la guérison, soit la prévention de la maladie, est toute dirigée vers le bien du prochain, vers la diminution des maux qui l'affligent, et le meilleur soulagement de sa souffrance. C'est là un ensemble de devoirs fort élevés, et qui la réclament tout entière.

Une infirmière complète doit à sa profession et se doit à elle-même de posséder une valeur morale aussi élevée que ses devoirs.

On peut affirmer que si elle méconnaît cette partie du programme pendant la durée de ses études, elle se trouvera, malgré tous les diplômes et tous les examens, au-dessous de la tâche qui l'attend.

La profession d'infirmière exige une résistance morale, une énergie, une persévérance, dont l'exercice n'est pas à la portée de tous. Pour se dévouer à ceux que l'on soigne, pour consoler leur détresse, rien ne vaut si l'on ne s'oublie soi-même à leur service. Et pour mener toute une vie pareil combat, quelle force ne devra-t-on pas posséder ?

Là est donc la clé du problème : une formation morale adéquate. Comment l'acquérir ?

CIRCULAIRE du 28 octobre 1902, adressée aux préfets, relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et à la création d'écoles d'infirmières.

(J. O., 30 octobre 1902, p. 7043.)

MONSIEUR LE PRÉFET,

La loi du 15 juillet 1893, en rendant obligatoire l'assistance médicale aux malades dénués de ressources, en faisant de cette assistance un service public placé sous le contrôle et la direction de l'État, a imposé à celui-ci le devoir de veiller à ce que les malades pauvres soient non seulement soignés, mais bien soignés.

Plus la science progresse, plus apparaît l'importance du rôle de l'infirmière; plus aussi il devient manifeste que, pour remplir ce rôle, le bon vouloir, le dévouement, l'abnégation même ne suffisent pas; il faut de plus une instruction technique. Les commissions hospitalières ont l'obligation morale très étroite de ne confier des malades qu'aux infirmières qui ont justifié avoir acquis les connaissances indispensables à l'exercice de leur état. L'administration supérieure doit tenir la main à ce que les commissions ne manquent pas à ce devoir. L'instruction des infirmières n'est pas moins exigible que la salubrité des locaux; elle est même plus nécessaire, car les malades courent plus de dangers, soignés dans des locaux irréprochables par des infirmières ignorantes, que soignés par des infirmières instruites dans des locaux insuffisants.

C'est sous l'influence de ces préoccupations qu'en 1899 un de mes prédécesseurs, après s'être éclairé des avis d'une commission spéciale et du conseil supérieur de l'assistance publique, a tenté d'obtenir la création, au moins dans chacune des villes sièges d'une faculté ou d'une école secondaire de médecine, d'une école d'infirmières. Le résultat favorable des études aurait été constaté après examen par un diplôme, et le personnel ainsi formé aurait desservi les établissements hospitaliers de la ville et ceux de la région.

Cette tentative est restée à peu près sans effet. Je me vois forcé d'insister et de vous dire qu'il ne s'agit pas ici de conseils que les commissions hospitalières sont libres de ne pas suivre, mais d'une obligation absolue à laquelle elles doivent se soumettre.

Restreindre ces écoles aux villes où existait une faculté ou une école secondaire de médecine est peut être, pour l'organisation générale qu'il s'agit de créer, une base un peu étroite, et sans doute y a-t-il peu de départements où l'on ne trouvera pas, dans le personnel médical du plus important établissement hospitalier, les éléments nécessaires pour l'instruction professionnelle des infirmières. En tout cas, c'est à vous, Monsieur le Préfet, que je remets le soin de rechercher, pour les hôpitaux dont vous avez la tutelle, les moyens de satisfaire aux exigences de la loi.

La commission administrative de chaque hôpital se compose en majorité de vos délégués. Vous devrez lui faire comprendre son devoir de s'assurer le recrutement d'un personnel capable, soit en créant elle-même une école d'infirmières, soit en traitant avec un autre hôpital pourvu d'une telle école.

Par une école d'infirmières, j'entends non pas une série de conférences destinées au personnel déjà existant, mais une véritable école ouverte à des élèves désirant prendre la carrière d'infirmières et s'y préparer. C'est bien d'une carrière qu'il s'agit. L'infirmière, telle qu'on doit la concevoir, est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc., etc. Elle est réservée aux soins directs des malades; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien; en dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique.

Vous pouvez préparer pour l'école nouvelle un projet de règlement. Les indications qui vont suivre vous aideront dans ce travail.

Le nombre d'élèves sera nécessairement proportionné aux besoins de la région à desservir. L'expérience a conduit à compter une infirmière par six à huit malades et un roulement de vingt années.

Quelles sont les conditions requises des aspirantes ?

Il semble que l'on pourrait prendre pour minimum l'âge de dix-huit ans, pour maximum celui de trente ans.

Il sera indispensable de s'assurer de l'aptitude physique des candidates. Les travaux et les fatigues réservés à l'infirmière réclament un tempérament non pas seulement sain, mais robuste; la plus élémentaire prudence commande l'exclusion de toute personne atteinte de maladie transmissible, spécialement de la tuberculose; reportez-vous à cet égard aux prescriptions de la circulaire du 15 juin 1901.

La parfaite moralité des candidates devra être certifiée. L'on prendra également des garanties au point de vue de leur aptitude intellectuelle. En principe, le brevet de capacité devrait être exigé, et il faut tendre au moment où la justification de ce diplôme sera obligatoire. A titre temporaire, et pour faciliter la transition, on pourrait se contenter du certificat d'études primaires confirmé par un examen spécial d'entrée (orthographe, calcul, rédaction).

L'enseignement serait donné gratuitement aux pensionnaires dont il ne sera d'ailleurs réclamé aucune rétribution pour leur entretien. Seulement l'élève ou ses parents (en cas de minorité) auront à souscrire l'engagement de servir pendant un certain nombre d'années dans un établissement d'assistance. La sanction serait le remboursement des frais d'entretien.

Il faudra rechercher une bonne directrice : c'est d'elle en très grande partie que dépendra le succès de l'école. Il importe donc de lui faire une situation convenable permettant le choix.

L'internat sera préférable en principe; il se prête mieux à l'organisation des exercices pratiques et permet davantage d'inculquer l'esprit professionnel. Pourtant, on ne saurait exclure l'externat, à la condition que les élèves soient dans leur famille, ou chez des personnes agréées à la fois par la famille (si elles sont mineures) et par l'administration hospitalière.

Le régime de l'internat ne doit d'ailleurs avoir rien de rigide ni de morose; l'installation sera gaie et attrayante; chaque élève devra avoir sa chambre séparée, meublée sans luxe, mais avec goût; un réfectoire et une salle de bains seront exclusivement réservés aux élèves; et, de plus, une salle commune sera mise à leur disposition où, dans les heures de loisir, elles pourront se réunir, causer, lire et recevoir leurs parents ou leurs amis du dehors.

Un uniforme simple et sévère sera donné aux élèves (et plus tard aux infirmières) par l'établissement; elles pourront le porter même dans leurs sorties. L'esprit professionnel y trouvera profit, et le port de cet uniforme, en inspirant l'estime, constituera une sauvegarde.

Les sorties doivent, en effet, être libéralement accordées sans entente avec les parents pour les mineures. Il ne faut pas que les élèves se sentent cloîtrées. Une sortie réglementaire sera accordée au moins tous les quinze jours. L'heure de la rentrée sera fixée de façon à concilier le bon ordre de la maison avec la possibilité pour les élèves de conserver des rapports de société.

Pour l'enseignement, j'ai peu de chose à ajouter aux indications données par mon prédécesseur en 1859; je joins un exemplaire de sa circulaire.

J'appelle seulement l'attention sur l'extrême importance de l'enseignement pratique. Afin qu'il soit tout à fait fructueux, il importe d'organiser un roulement entre les divers services, particulièrement entre les salles de médecine et les salles de chirurgie, les salles de contagieux et la maternité, chacun de ces services comportant un apprentissage particulier.

L'année d'étude sera suivie d'une année de stage que l'élève passera sous la direction de l'école. Comme alors la jeune infirmière sera déjà en état de rendre des services appréciables, elle devra recevoir une rémunération; cela coûtera peu à l'établissement puisque le concours des stagiaires permettra de diminuer le nombre des titulaires.

Pour ces dernières, plusieurs classes devront être établies; il importe de ne pas négliger le stimulant de l'avancement possible. Les traitements devront être honorables; il n'y a pas lieu de s'effrayer d'avance s'ils sont plus élevés que les traitements actuels; les exigences professionnelles étant supérieures, il est juste que la rémunération le soit aussi. Des retraites devront être constituées pour les infirmières ayant rendu aux établissements publics des services suffisants.

Dans le règlement hospitalier, il devra être ajouté un article portant qu'une infirmière diplômée ne pourra être congédiée que sur une délibération de la commission administrative, prise le médecin entendu, motivée, et approuvée par le Préfet.

Il est très désirable qu'en haut de l'échelle, et pour diriger le personnel, l'on place une femme.

En bas de l'échelle, et pour les gros ouvrages, l'on emploiera des serviteurs et des servantes.

On ne pourrait opposer légitimement au projet de création de l'école d'infirmières des motifs d'économie et le défaut de ressources. L'économie n'est pas une raison valable quand il s'agit de procurer à un service public un organe indispensable. Les ressources ne sauraient, d'autre part, manquer à un service qui, à défaut de dotation, est obligatoirement entretenu au moyen de l'impôt.

D'ailleurs, presque partout la dotation permettrait de créer l'établissement nouveau.

Pour le cas où il y aurait nécessité d'édifier de nouvelles constructions, on peut évaluer au maximum les frais de première installation à 4.000 francs par élève. Pour vingt élèves, chiffre suffisant en moyenne on n'aurait donc à prévoir qu'une dépense de 80.000 francs. Grâce au concours qu'il est permis d'attendre du département, de la ville, des hôpitaux à desservir, de la commission spéciale de répartition des fonds du pari mutuel, laquelle sans doute se montrerait disposée à contribuer largement à ces travaux, la dotation de l'hôpital ne serait que fort peu diminuée par cette dépense, de même que ses revenus seraient fort peu diminués par les frais annuels de l'école. Le résultat de cette diminution pourrait être que le nombre des lits entretenus au compte de l'hospice par application de la loi du 7 août 1851 serait légèrement réduit, et que, pour ces lits que l'hôpital ne pourrait plus entretenir, la dépense serait

à la charge du service de l'assistance médicale gratuite. Celle-ci doit en effet suppléer à l'insuffisance des ressources propres de l'hospice. Si les choses sont menées avec la prudence et l'esprit d'économie qui devront présider à toute l'opération, la charge nouvelle qui, de ce fait, serait répartie entre les collectivités tenues à l'assistance serait presque insensible.

Je viens de dire que les frais de fonctionnement de l'école seront peu élevés. J'espère qu'ils se réduiront à l'entretien des élèves pensionnaires, et que l'enseignement pourra être assuré par le concours bénévole de professeurs universitaires ou de médecins de l'établissement; ces derniers surtout seront heureux de participer à une réforme qui leur donnera des auxiliaires vraiment capables de les seconder. Aux uns et aux autres les encouragements du Gouvernement ne feraient pas défaut.

Des bourses seraient vraisemblablement constituées soit par le conseil général, soit par les villes et les hospices de la région, pour ces derniers moyennant l'engagement d'accomplir les années de service public dans la ville ou l'établissement qui accorderait la bourse.

Quant au surplus, l'hôpital, en restreignant le nombre des lits entretenus par application de la loi du 7 août 1851, compenserait la charge nouvelle qui pèserait sur les revenus de la dotation.

Il importe, en tous cas, d'aboutir. C'est une œuvre importante, une œuvre d'avenir que je vous invite à entreprendre, et dont les derniers termes seront, d'une part, un service public convenablement outillé, et, d'autre part, un débouché ouvert aux activités féminines sur le terrain où elles peuvent se déployer le plus utilement. On ne peut pas admettre plus longtemps que les maïades soient confiés aux soins de personnes dont les preuves d'instruction spéciale ne sont pas fournies. La justification d'aptitude qui est exigée de ceux qui veulent enseigner doit l'être avec autant de raisons au moins de ceux qui s'offrent à soigner les malades, puisqu'il l'ignorance peut, en dépit des sacrifices de la société et de la science des médecins, causer la mort des malheureux qui viennent dans nos hôpitaux chercher la guérison.

Dès que cette lettre vous sera parvenue, vous voudrez bien m'en adresser réception et me faire connaître l'état de la question dans votre département, les difficultés que vous prévoyez ainsi que les moyens que vous comptez prendre pour les surmonter. J'attache une très sérieuse importance à l'exécution des présentes instructions; je désire que vous la preniez personnellement en mains et vous saurai gré des succès que vous obtiendrez.

*Le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes,
E. COMBES.*

RAPPORT du 16 novembre 1902 au Président de la République, sur l'application de la loi du 12 juin 1893 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels. (*J. O.*, 26 novembre 1902, p. 7635.)

INSTRUCTION ministérielle du 19 novembre 1902 relative à l'organisation de la section d'infirmiers militaires des troupes coloniales. (*J. O.*, 12 décembre 1902, p. 8083.)

ANNEXE VII
DÉCRET du 27 juin 1922 portant institution du brevet
de capacité d'infirmières professionnelles.

(J. O., 1^{er} juillet 1922, p. 6880.)

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre *d'infirmière diplômée de l'État français* qui seront délivrés par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale ou aux diverses infirmières à spécialité restreinte : puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc., ayant satisfait aux deux conditions suivantes :

1^o Justification d'un stage reconnu suffisant dans une ou plusieurs écoles d'infirmières professionnelles, soit générales, soit spécialisées, ayant au moins deux ans de fonctionnement et dont le règlement aura été approuvé par arrêté du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales après avis du Conseil de Perfectionnement ci-après créé. Ces écoles devront justifier qu'elles dépendent d'un établissement public possédant les services hospitaliers nécessaires soit pour l'enseignement général de la profession, soit pour une ou plusieurs spécialités, ou bien qu'elles sont en liaison avec un ou plusieurs établissements également pourvus des services nécessaires, ou enfin que leur propre organisation offre des moyens d'études pratiques, complètement satisfaisants.

Les écoles privées ont chacune à leur tête un comité d'administration ou une commission de surveillance dont son règlement indiquera la formation.

Ce règlement précisera notamment les conditions de recrutement des élèves, le choix des professeurs ou chargés de cours, la nature et la durée de la scolarité, la discipline intérieure et l'organisation du placement après la sortie de l'école.

Les écoles spécialisées devront avoir un règlement particulier pour chaque spécialité.

Art. 2. — Examen subi avec succès devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel, suivant un programme préalablement rédigé par le Ministre après avis de la section compétente du Conseil de Perfectionnement ci-après institué.

Le programme devra être uniforme pour tous les examens du même ordre. Les examens n'auront lieu que dans les villes, sièges d'une faculté de médecine ou d'une université pourvue d'une école de plein exercice.

Chaque jury comprendra un délégué choisi par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales après avis du préfet du département. Sa composition sera déterminée après avis de la section compétente du Conseil de Perfectionnement : elle devra comprendre au moins pour moitié un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou pharmaciens représentant du corps professoral universitaire, un ou plusieurs représentants du corps médical local, une ou plusieurs représentantes des écoles d'infirmières, et une infirmière ou un infirmier en exercice.

2^o Pour chacune des branches de la profession indiquée à l'article premier, le brevet d'infirmière professionnelle française donnera droit au port d'un insigne particulier dont la description sera donnée dans un arrêté ministériel.

Les administrations hospitalières et les organisations de services externes de consultations prophylactiques seront invitées à choisir de préférence, autant que leur règlement le leur permettront, un personnel muni d'un de ces brevets et de lui assurer dans la mesure du possible une situation matérielle et morale en rapport avec la sélection dont il aura été l'objet.

La même recommandation sera adressée aux établissements privés subventionnés par les communes, les départements ou l'État.

Art. 3. — Un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières composé de vingt-cinq membres sera chargé de veiller aux modifications et améliorations nécessaires à apporter aux programmes et aux diverses parties de l'enseignement (technique et morale). Il sera divisé en deux sections ayant mission de donner leur avis sur l'organisation et le fonctionnement des écoles ressortissant de leur compétence respective déterminée par arrêté du Ministre et dont les règlements seront soumis à l'approbation ministérielle. Les sections donneront également leur avis sur la durée minima du stage à exiger des candidates au brevet dans chaque catégorie professionnelle, cette durée ne pouvant être inférieure à deux années pour le brevet professionnel général.

Ce conseil pourra être chargé de répartir des bourses d'études provenant de fondations et des ressources fournies par les fonds publics, et de distribuer des récompenses.

Chaque section se compose de douze membres dont dix choisis par le Ministre, un désigné par le Conseil supérieur de l'assistance publique et un désigné par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. La première section comprend en outre un membre désigné par le Ministre de la Guerre comme représentant du Service de santé militaire. Les pouvoirs de tous les membres ont une durée de trois ans et sont renouvelables. Les mandats sont gratuits ; à l'expiration du premier mandat cinq des membres

Le Ministre nomme le président, les présidents de section et le ou les secrétaires; ces derniers peuvent être pris en dehors des vingt-cinq membres; dans ce cas ils n'ont que voix consultative.

ART. 4. — L'approbation donnée au règlement d'une école d'infirmières sur avis conforme de la section compétente du Conseil de perfectionnement, vaudra reconnaissance administrative de cette école. Cette approbation pourra être retirée sur avis conforme de la même section en cas de modification réglementaire non autorisée ou de fonctionnement défectueux dûment constaté; elle cessera de plein droit pour les écoles privées en cas de condamnation des personnes chargées de leur direction pour un des faits visés à l'article 15 du décret organique du 2 février 1852 (incapacité électorale).

ART. 5. — A titre transitoire et sur avis conforme du Conseil de perfectionnement :

1° Le brevet d'infirmière professionnelle pourra être délivré, en dehors des conditions spécifiées à l'article premier, aux titulaires d'un des diplômes d'infirmières ou des certificats de capacité obtenus dans des écoles publiques ou privées fondées antérieurement à la date du présent décret et reconnue par application de l'article 4 ci-dessus.

Cette dérogation profitera indéfiniment à ses bénéficiaires, mais elle ne sera plus accordée passé le délai de deux ans à partir de la date du présent décret;

2° Pour la première fois les désignations des conseils supérieurs de l'assistance publique et d'hygiène publique de France pour former le conseil de perfectionnement pourront être faites par leurs sections permanentes.

ART. 6. — Le brevet de capacité professionnelle pourra également être obtenu par les infirmiers. Là où il se présentera un assez grand nombre de candidatures masculines, une section d'examen pourra leur être particulièrement réservée.

ANNEXE VIII

ARRÊTÉ du 24 juin 1924 fixant les programmes-types des écoles d'infirmières de l'État français, accompagné des programmes-types.

(J. O., 14 septembre 1924, p. 8420-8422.)

LE MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES,

Vu l'article 1^{er} du décret du 27 juin 1922, modifié par le décret du 19 février 1923 :

Vu les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 10 mars 1924 ;

Sur la proposition du conseiller d'État directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Les programmes, dont les textes ci-annexés sont rédigés pour servir de modèle pour chaque catégorie d'élèves aux règlements des écoles reconnues, serviront jusqu'à nouvel ordre, pour les examens devant le jury qualifié pour la délivrance des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'État français, qui seront délivrés par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, aux infirmières hospitalières et aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

PROGRAMME TYPE MINIMUM POUR LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES S'ÉTENDANT SUR DEUX ANNÉES D'ÉTUDES OBLIGATOIRES (22 MOIS).

1^o Stage probatoire et éliminatoire. — Durée : 1 mois.

Anatomie et physiologie.

Ménage, cuisine, tenue de maison ;

2^o Stages pratiques obligatoires dans les salles d'hôpital :

5 mois de médecine adultes ;

5 mois de chirurgie adultes ;

2 mois de médecine infantile ;

2 mois de chirurgie infantile ;

2 mois de contagieux ;

2 mois de soins aux femmes et aux nouveau-nés ;

8 mois de spécialités diverses : yeux, voies urinaires, larynx, etc.

Les stages effectués devront être portés sur le carnet de stages qui sera examiné par le jury.

Cours théoriques (interrogations).

A. Soins aux malades de médecine (tuberculose médicale comprise).

B. Soins aux malades de chirurgie (adultes et enfants).

C. Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés.

D. Soins aux enfants malades.

E. Maladies infectieuses et leur prophylaxie.

F. Matière médicale et thérapeutique appliquée (théorie et pratique. Désinfection).

G. Hygiène générale et professionnelle. Hygiène et enquêtes sociales (théorie et pratique). Étude des lois d'assistance.

H. Administration hospitalière.

I. Morale professionnelle.

J. Massage et gymnastique médicale : théorie et pratique.

K. Hygiène alimentaire et cuisine des malades ; théorie et pratique.

PROGRAMME MINIMUM DE LA PREMIÈRE ANNÉE D'ÉTUDES MIXTES D'INFIRMIÈRES SE DESTINANT À LA SPÉCIALISATION D'INFIRMIÈRES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE OU DE LA TUBERCULOSE (11 MOIS).

1 mois de probation, anatomie, physiologie, ménage, cuisine.

5 mois de stage hospitalier médecine dont 2 mois pour enfants.

3 mois de chirurgie : adultes ou enfants.

1 mois de maternité.

1 mois de contagieux.

Cours théoriques.

Soins aux malades de médecine.

Soins aux malades de chirurgie.

Soins aux malades enfants.

Soins aux femmes enceintes et en couches.

Hygiène générale comprenant diététique.

Prophylaxie des maladies contagieuses.

Matière médicale et petite pharmacie.

Morale professionnelle.

PROGRAMME MINIMUM TYPE DE LA DEUXIÈME ANNÉE D'ÉTUDES DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES VISITEUSES (HYGIÈNE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE).

(Durée des études : 11 mois.)

Enseignement pratique...

Art. 3. — Sont radiés de la liste arrêtée le 26 mai 1947 les établissements congréganistes suivants ayant cessé de fonctionner :

ILLE-ET-VILAINE

Dames de Saint-Thomas-de-Villeneuve de Neuilly-sur-Seine, à Bains.

Dames de Saint-Thomas-de-Villeneuve de Neuilly-sur-Seine, 2, rue de Fougères, à Rennes.

Filles de la Sagosse de Saint-Laurent-de-Sèvres, à Louvigné-de-Bais.

Fait à Paris, le 26 décembre 1947.

GERMAINE POINSO-CHAPUIS.

Commission centrale d'examen des titres des assistants, assistantes ou auxiliaires de service social.

Par arrêté du 30 décembre 1947, est nommé membre de la commission centrale, Mme Gabison, assistante municipale chef à Gennevilliers (C. G. T.), en remplacement de Mme Snoch-Dubral, assistante chef municipale au dispensaire d'Alfortville (C. G. T.).

Renonciation de la ville de Saumur à son autonomie en matière d'assistance médicale gratuite.

Le ministre de la santé publique et de la population,

Vu l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893;

Vu l'arrêté du 10 juillet 1902 autorisant la ville de Saumur à avoir une organisation spéciale en matière d'assistance médicale gratuite;

Vu les articles 9 et 11 du décret-loi du 30 octobre 1935;

Vu le règlement d'administration publique du 29 décembre 1936, modifié en dernier lieu par le règlement d'administration publique du 17 septembre 1945;

Vu l'arrêté du 3 juillet 1939;

La délibération du conseil municipal de Saumur;

La délibération de la commission administrative du bureau d'assistance de cette commune;

Les avis conformes du ministre des finances, d'une part, et du ministre de l'intérieur, d'autre part;

Les propositions du préfet de Maine-et-Loire et les autres pièces de l'affaire;

Sur le rapport du directeur de l'entraide sociale,

Arrête :

Art. 1^{er}. — La ville de Saumur est autorisée à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'assistance médicale gratuite qui lui avait été accordée par arrêté du 10 juillet 1902.

Art. 2. — Les dispositions du règlement départemental d'assistance médicale gratuite de Maine-et-Loire seront applicables, sur le territoire de cette commune, dès la date de la parution du présent arrêté au *Journal officiel*.

Art. 3. — La participation financière de l'Etat et du département, à partir du 1^{er} janvier 1947, sera subordonnée à la parution du règlement d'administration publique modifiant, en ce qui concerne le département de Maine-et-Loire, les pourcentages de répartition des dépenses figurant au tableau annexé au décret du 29 décembre 1936.

Art. 4. — Le directeur de l'entraide sociale et le préfet de Maine-et-Loire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 30 décembre 1947

Le ministre de la santé publique et de la population,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
CAVAILLON.

Actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié.

Le ministre de la santé publique et de la population,

Vu l'ordonnance du 21 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de sage-femme et spécialement l'article 8;

Vu les avis de l'académie nationale de médecine en dates des 11 janvier, 1^{er} juillet et 30 septembre 1947;

Sur la proposition du directeur général de la santé,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Les actes médicaux qui peuvent être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, sur prescription quantitative et qualitative du médecin, mais sans la présence de celui-ci, sont limitativement les suivants :

Ventouses sèches et scarifiées.

Injectons sous-cutanées et intramusculaires seulement (à l'exclusion des injections intra-veineuses).

Massages simples, à l'exclusion de tout massage gynécologique et de tout massage prostatique.

Pansements simples.

Lavements simples.

Sinapisations.

Injectons vaginales simples.

Art. 2. — Les actes médicaux peuvent être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, après que le médecin traitant se sera personnellement assuré de la possibilité de confier à l'auxiliaire lesdits actes, du fait de sa compétence et des possibilités inhérentes à chaque cas :

Injectons intraveineuses et prises de sang.

Sondage urétral.

Sondage avec lavage vésical.

Alimentation par sonde.

Tubage gastrique.

Mobilisation manuelle.

Mécanothérapie.

Prise d'électro-cardiogrammes.

Art. 3. — Les actes suivants, donnés à titre d'exemple sans que la liste soit limitative, ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux, sauf sous la responsabilité et la surveillance directe du médecin traitant, pouvant ainsi contrôler et intervenir à tout moment :

A. — Les actes de physiothérapie et d'électrothérapie médicale :

Ultra-violet et infra-rouges.

Diathermie.

Haute fréquence.

Ondes courtes.

Rayons X.

Electrolyse.

B. — Anesthésies.

Art. 4. — Les actes suivants ne peuvent être exécutés que par un médecin :

Le massage gynécologique ou prostatique.

La prise de tension artérielle.

Tout mode d'épilation, sauf les épilations partielles faites à la main sans autre instrument qu'une pince et dans un but non thérapeutique.

Le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire.

Art. 5. — Toutes dispositions antérieures contraires sont abrogées.

Art. 6. — Le directeur de l'hygiène publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 31 décembre 1947.

Le ministre de la santé publique et de la population,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur du cabinet,
ALAIN BARJOT.

Ouverture d'un concours pour le recrutement de médecins des services antituberculeux publics.

Par arrêté en date du 5 janvier 1948, est porté de cinquante à soixante le nombre de places offertes au concours de médecins des services antituberculeux publics du 13 janvier 1948.

Laboratoires d'analyses médicales enregistrés par le ministère de la santé publique et de la population.

Rectificatif au *Journal officiel* du 23 décembre 1947 : page 12350, 1^{re} colonne, n° 551, au lieu de : « Le laboratoire Cérion, 51, rue du Faubourg-Saint-Honoré, à Paris ; directeur : M. Cuny, pharmacien », lire : « Le laboratoire de M. Cuny, pharmacien, 51, rue du Faubourg-Saint-Honoré (établissements Carlon), Paris » ; 2^e colonne, n° 663, au lieu de : « Le laboratoire de l'école de médecine, 1, rue de l'Odéon, Paris », lire : « Le laboratoire de M. Richard (F.), pharmacien, 1, rue de l'Odéon, Paris ».

MINISTÈRE DE LA RECONSTRUCTION ET DE L'URBANISME

Application à des communes du département du Calvados des dispositions des articles 21 et 22 de l'ordonnance du 11 octobre 1945 instituant des mesures exceptionnelles et temporaires en vue de remédier à la crise du logement.

Le ministre de la reconstruction et de l'urbanisme,

Vu l'ordonnance n° 45-2394 du 11 octobre 1945, instituant des mesures exceptionnelles et temporaires en vue de remédier à la crise du logement et notamment les articles 21, 22 et 23 de ce texte;

Vu les avis favorables du préfet du Calvados et des maires des communes de Bourguebus, Roullours, Ver-sur-Mer,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Les dispositions des articles 21 et 22 de l'ordonnance n° 45-2394 du 11 octobre 1945, sont rendues applicables aux communes de Bourguebus, Roullours, Ver-sur-Mer.

Art. 2. — Le directeur général de l'urbanisme et de l'habitation du ministère de la reconstruction et de l'urbanisme et le préfet du Calvados sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 décembre 1947.

Le ministre de la reconstruction et de l'urbanisme,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur adjoint du cabinet,
JEAN MARQUET.

Commissions départementales et commissions cantonales de dommages de guerre pour le département des Vosges.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, et le ministre de la reconstruction et de l'urbanisme,

Vu l'article 43 de la loi n° 46-2389 du 28 octobre 1946;

Vu le décret n° 46-2961 en date du 31 décembre 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 28 octobre 1946, et notamment son article 6;

Vu l'arrêté interministériel du 5 février 1947;

Vu l'avis émis par la commission départementale de la reconstruction des Vosges en sa séance du 11 septembre 1947,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. — Le ressort de la 3^e commission cantonale de dommages de guerre dont le siège a été fixé à Mirecourt par l'arrêté susvisé du 5 février 1947, est étendu au territoire du canton de Monthureux-sur-Saône.

Les dossiers annexés aux demandes devront, notamment:

Comporter un compte rendu de l'enquête sociale;

Indiquer le nombre et les types des logements à édifier, la superficie, la nature, la situation et l'équipement du ou des terrains choisis;

Indiquer les conditions dans lesquelles seront financés les travaux n'entrant pas dans le calcul du prêt des habitations à loyer modéré;

Donner tous renseignements utiles concernant la liaison du programme avec les opérations de rénovation d'îlots correspondantes.

2^e RÉINSTALLATION DES COMMERÇANTS, ARTISANS OU INDUSTRIELS

L'article 25 du décret n° 55-560 du 20 mai 1955 dispose que l'administration expropriante (pour son compte ou pour le compte de l'organisme qui réalise l'opération de rénovation de l'îlot) peut se soustraire au paiement de l'indemnité d'éviction en procurant aux commerçants, artisans ou industriels des locaux équivalents situés dans la même agglomération (par exemple dans un bâtiment de relogement ou dans un autre îlot déjà rénové). Les intéressés ne perçoivent, en ce cas, qu'une indemnité compensatrice de la privation temporaire de jouissance de leurs fonds et, le cas échéant, de la moins-value de ceux-ci. Ils sont, en outre, remboursés de leurs frais normaux de déménagement et d'emménagement.

Par ailleurs, ainsi qu'il a été exposé précédemment, lorsque l'opération est poursuivie par une société de rénovation d'îlot, les locataires susvisés peuvent y participer et acquérir ainsi la propriété des locaux de remplacement.

Il est donc nécessaire, pour toutes les opérations, de procéder à une étude comparative du prix de revient des diverses solutions susceptibles d'être adoptées. Même lorsque la réinstallation des commerçants sera possible, il sera utile de faire fixer par la commission arbitrale d'évaluation le montant éventuel des indemnités d'éviction auxquelles ils pourront prétendre s'ils ne sont pas réinstallés.

Il y a un intérêt considérable, lorsque des opérations importantes ou nombreuses de rénovation d'îlots seront entreprises dans une même agglomération, à les lier à des opérations d'aménagement de zones industrielles dans lesquelles pourraient être réinstallés les industries ou entrepôts dont la place n'est pas dans les zones d'habitation.

MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE

Décret du 24 janvier 1956 portant titularisation en qualité d'agent supérieur dans les cadres de l'administration centrale du ministère de la marine marchande au titre de la loi du 26 septembre 1951.

Par décret en date du 24 janvier 1956, M. Renard (Albert), sous-chef de bureau temporaire de 1^{re} classe (indice 410), est nommé à l'emploi d'agent supérieur de 2^e classe, 2^e échelon (indice 370), à l'administration centrale de la marine marchande, à compter du 26 mars 1952 et titularisé dans le grade correspondant à compter de la même date avec un reliquat d'ancienneté de 6 mois 7 jours.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

Création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant et d'aide soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés.

Le ministre de la santé publique et de la population,

Vu les articles 477 et 478 du code de la santé publique;

Vu l'avis du conseil supérieur des infirmiers et infirmières;

Vu l'avis du conseil supérieur des hôpitaux (section permanente);

Vu les arrêtés des 23 novembre et 17 décembre 1955,

Arrête:

Art. 1^{er}. — Il est institué un certificat d'aptitude à l'emploi d'aide soignant hospitalier et d'aide soignante hospitalière destiné à sanctionner la formation reçue selon les conditions fixées aux articles 2 et 3.

Art. 2. — Peut être admis à s'inscrire en vue de la préparation à ce certificat les personnels de toutes catégories d'un établissement hospitalier public ou privé effectivement en fonction depuis une année au moins.

Art. 3. — La durée de l'enseignement préparatoire à ce certificat est fixée à dix mois. Cet enseignement comporte une partie théorique dont le programme figure en annexe au présent arrêté, des stages pratiques accomplis dans des établissements publics ou privés agréés à cet effet par les directeurs départementaux de la santé.

Art. 4. — Les directeurs départementaux de la santé sont chargés d'organiser l'examen destiné à sanctionner les études définies à l'article 3.

Le jury comprend:

Le directeur départemental de la santé (ou son représentant), président;

Un médecin d'hôpital public;

Deux infirmières diplômées d'Etat en exercice;

Une directrice ou monitrice d'une école d'infirmière agréée.

Art. 5. — L'examen comporte:

Une épreuve écrite d'une durée d'une heure portant sur une des matières figurant au programme. Une note sur 10 sera attribuée pour le fond et une note sur 10 pour la présentation et l'orthographe.

Les candidats auront le choix entre deux sujets.

Deux épreuves pratiques d'un quart d'heure chacune au lit du malade, comportant également l'interrogation du candidat.

Chaque épreuve est notée sur 20; toute note égale ou inférieure à 5 est éliminatoire.

Art. 6. — Le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant et d'aide soignante est établi et délivré par le directeur départemental de la santé. Il est valable pour l'exercice de cette profession sur l'ensemble du territoire.

Art. 7. — Ce certificat permet à leur titulaire de donner des soins d'hygiène générale, à l'exclusion de tout soin médical, sous l'autorité du personnel infirmier diplômé ou autorisé.

Art. 8. — Le directeur de l'hygiène publique et des hôpitaux est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 23 janvier 1956.

BERNARD LAFAY.

Comité supérieur de la fonction hospitalière.

Le ministre de la santé publique et de la population, le ministre de l'intérieur et le secrétaire d'Etat aux finances et aux affaires économiques,

Vu le décret n° 55-683 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics, et notamment les articles 12 et 16 de ce décret,

Arrêtent:

Art. 1^{er}. — Le comité supérieur de la fonction hospitalière comprend:

Un conseiller d'Etat, président;

Douze membres représentant d'une part les ministres de la santé publique et de la population, de l'intérieur et des finances et des affaires économiques, et, d'autre part, les collectivités gestionnaires des établissements visés à l'article 1^{er} du décret n° 55-683 du 20 mai 1955;

Douze membres représentant les différentes catégories de personnel hospitalier désignés sur la proposition des organisations syndicales.

Art. 2. — Sont appelés à siéger au comité supérieur de la fonction hospitalière en qualité de représentants des ministres intéressés:

Le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget au ministère de la santé publique et de la population ou son représentant;

Le directeur de l'hygiène publique et des hôpitaux ou son représentant;

Le directeur de l'hygiène sociale ou son représentant;

Deux représentants du ministre de l'intérieur;

Un représentant du ministre des finances et des affaires économiques.

ANNEXE XII

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmière

PREMIERE ET DEUXIEME ANNEE

Programme adopté par le Conseil de Perfectionnement
des études d'Infirmières

et homologué par arrêté ministériel du 17 Juillet 1961

(J. O du 21 Juillet 1961)

INTRODUCTION

La formation des infirmières doit tenir compte de la complexité du rôle qu'elles auront à remplir :

Elles assument la responsabilité de l'ensemble des soins d'hygiène et du confort de l'hospitalisé, aussi leur formation doit rester axée sur la pratique. Mais elles ont en outre, à effectuer avec une technique précise, les soins et examens parfois complexes nécessités par l'état du malade, aussi leur formation pratique doit s'appuyer sur un enseignement théorique permettant à l'infirmière :

- de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique,
- de participer intelligemment à la surveillance du malade pour dépister les complications, observer l'effet des traitements et savoir reconnaître à temps les modifications pouvant nécessiter un changement de thérapeutique,
- de décider et d'effectuer certains soins d'urgence avant l'arrivée du médecin.

Cette tâche technique se double d'un rôle psychologique, moral, parfois même pédagogique auprès des malades, de leurs familles, ou dans des collectivités variées où elle peut être appelée à remplir un rôle d'éducatrice.

Les études d'infirmières doivent donc viser à faire acquérir, à travers des connaissances précises, une ouverture d'esprit permettant à l'infirmière de ne pas se limiter à l'exécution matérielle des soins, mais de saisir, dans chaque cas, l'ensemble de son rôle. C'est pour aider à former cet esprit de synthèse que les différentes matières du programme ont été regroupées autant que possible autour de plusieurs centres d'intérêt :

1°) - D'abord l'étude de l'homme sain, de son développement physique et psychique, et de la protection de sa santé : cette étude préalable de l'homme normal apporte les bases indispensables à la compréhension des phénomènes pathologiques et permet de faire entrevoir aux élèves l'importance de la prévention pour la conservation de la santé.

2°) - Ensuite l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique groupées autour de quelques grands thèmes :

- l'âge,
- les grands processus pathologiques,
- les maladies à retentissement social,
- la pathologie des différents appareils

en traitant pour chaque cas, s'il y a lieu, les aspects médicaux ou chirurgicaux du traitement, la médecine préventive, la législation, les incidences psychologiques et sociales, les problèmes déontologiques...

L'enseignement de la pharmacie est conçu de la manière suivante :

- enseignement magistral des généralités,
- étude des médicaments d'après un fichier.

Durant la période probatoire, correspondant au premier trimestre, devront être abordées simultanément l'étude de l'homme sain et de son développement, les notions générales sur la maladie, et les techniques élémentaires de soins indispensables dans les stages. Cet enseignement technique doit s'accompagner d'une préparation psychologique au contact avec les malades et le milieu hospitalier. Le temps de probation doit permettre également de faire prendre conscience aux élèves de la valeur morale de la profession dans laquelle elles s'engagent et des responsabilités importantes que leur action professionnelle peut entraîner.

ANNEXE XIII

PROGRAMME DES ETUDES D'INFIRMIERES

Arrêté du 5 Septembre 1972

(publié au J. O. du 7 Septembre 1972)

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'infirmière est la personne qui ayant suivi un enseignement infirmier de base est apte et habilitée à exercer la profession.

Au service des personnes en matière de santé, elle assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades.

Au sein de la société, elle contribue à identifier et à répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes, c'est la raison pour laquelle elle collabore activement avec l'ensemble des travailleurs sanitaires.

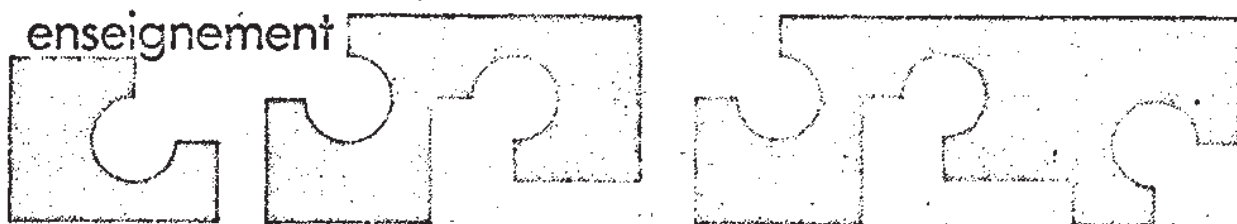
Educatrice de la santé, elle apporte à tout individu malade ou bien portant l'aide dont il peut avoir besoin pour accomplir des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force ou de savoir.

Elle donne cette aide de manière à permettre à la personne soignée de recouvrer son indépendance et son autonomie autant qu'il est possible et aussi rapidement que possible.

Les soins infirmiers tels que définis constituent la fonction essentielle et originale de l'infirmière.

C'est pourquoi, la formation doit permettre à l'élève infirmière :

- d'acquérir les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes.
- de discerner les types de réponses que peuvent apporter les infirmières en matière de santé et les mettre en application compte tenu des structures sanitaires du pays.
- de collaborer avec d'autres travailleurs sanitaires en tant qu'éducatrice de la santé.
- de développer l'aptitude à penser et à agir, d'acquérir la maturité d'esprit nécessaire pour assumer des responsabilités sur le plan humain, professionnel et civique.



ÉTUDES D'INFIRMIÈRE

CONTROLE DES CONNAISSANCES ET DES APTITUDES
EXAMEN DE PASSAGE
EN FIN DE LA DEUXIÈME PÉRIODE
ATTRIBUTION ET COMPOSITION
DU CONSEIL TECHNIQUE

Arrêté du 9 février 1973 (J. O. du 16 février 1973)

CHAPITRE I^{er}

SECTION 1 : CONTROLE DES CONNAISSANCES
ET DES APTITUDES

Art. 1^{er}. — Pendant la durée des études, les élèves sont soumis à un contrôle continu des connaissances et des aptitudes.

Chaque période donne lieu à une évaluation. Celle-ci fait l'objet d'une note qui est affichée en fin de chacune des périodes.

Art. 2. — Les modalités du contrôle continu des connaissances et des aptitudes des deux premières périodes s'effectuent selon les modalités fixées dans les articles ci-après.

Première période

Art. 3. — Pendant la première période, les élèves sont soumis à un minimum de quatre contrôles des connaissances et des aptitudes dont deux au moins sont des contrôles écrits et anonymes, les deux autres étant des épreuves de soins infirmiers.

L'ensemble de ces notes doit se traduire par une note sur 20. Cette note est le total des notes des différents contrôles divisé par le nombre de contrôles, chaque contrôle étant noté sur 20.

Deuxième période

Art. 4. — La deuxième période est évaluée compte tenu du contrôle des connaissances et du stage. Les élèves sont soumis à un minimum de quatre contrôles des connaissances et des aptitudes dont deux au moins sont des contrôles écrits et anonymes, les deux autres étant des épreuves de soins infirmiers effectués obligatoirement à l'hôpital. Cette période est notée sur 30 dont 10 pour le stage.

Ces épreuves doivent permettre d'apprécier l'aptitude de l'élève à observer, à recueillir les informations indispensables, à établir les liaisons significatives entre les diverses informations recueillies et à exécuter les soins infirmiers appropriés.

L'ensemble de ces contrôles des connaissances et des aptitudes est mis en œuvre sous la responsabilité de l'école.

SECTION 2 : EXAMEN DE PASSAGE
DE FIN DE LA DEUXIÈME PÉRIODE

Lieu et jury de l'examen

Art. 5. — Les épreuves de l'examen de passage à la période suivante ont lieu dans chaque école, sous le contrôle du médecin inspecteur départemental de la santé.

Le jury est désigné par le préfet, sur proposition du médecin inspecteur départemental de la santé.

Il comprend notamment :

- le médecin inspecteur départemental de la santé ou son représentant, président ;
- des médecins et pharmaciens enseignant dans des écoles d'infirmières ;
- des infirmières enseignantes, dont la directrice, et des infirmières surveillantes en exercice ;
- des infirmières diplômées d'Etat en exercice.

Lorsque le nombre de candidats le justifie, plusieurs jurys pourront être constitués dans le département.

Epreuves de l'examen

Art. 6. — L'examen de passage comprend :

- une épreuve écrite anonyme d'une durée de trois heures, notée sur 40, les candidats ont le choix entre deux sujets ;
- une épreuve pratique de soins infirmiers notée sur 40 (durée de l'épreuve une heure, dont trente minutes de préparation).

Le choix des sujets de l'épreuve écrite doit être déterminé en fonction des objectifs et du contenu des deux premières périodes.

Les sujets doivent être rédigés sous forme d'une situation concrète avec apport d'éléments suffisants pour que l'élève puisse, en faisant appel aux connaissances acquises, analyser la situation et indiquer les soins infirmiers nécessaires.

Les sujets sont choisis par le médecin inspecteur régional de la santé parmi les sujets proposés par les directrices et monitrices des écoles concernées.

Lorsque le nombre d'écoles le justifie, le médecin inspecteur régional de la santé peut confier à un ou plusieurs médecins inspecteurs départementaux de la santé le soin de procéder au choix des sujets pour un ou plusieurs départements.

Correction des épreuves

Art. 7. — La correction de l'épreuve écrite est faite par un médecin et une infirmière enseignante.

L'épreuve pratique doit permettre d'évaluer la compétence de l'élève auprès du malade.

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE

L'élève doit :

- présenter la personne dont il s'occupe ;
- prévoir et organiser les soins infirmiers nécessités par son état ;
- exécuter l'un de ces soins ;
- transmettre les éléments jugés importants.

Le choix de la personne soignée et celui du ou des soins sont faits par le jury qui est composé de deux infirmières diplômées d'Etat dont une enseignante.

Admission ou échec

Art. 8. — Pour être admis à la période suivante, l'élève doit avoir un total de points égal ou supérieur à 65 pour l'ensemble des contrôles afférents aux deux premières périodes et à l'examen de passage.

Les livrets scolaires qui doivent être obligatoirement consultés et visés sont mis à la disposition du jury pendant toute la durée des épreuves.

Pour les candidats qui bénéficient d'une dispense de scolarité de la première période, l'admission est prononcée à 55 points, pour ceux qui bénéficient d'une dispense des deux périodes, seules les épreuves de l'examen sont prises en compte et l'admission est prononcée à 40 points.

Art. 9. — Les candidats qui ne totalisent pas le nombre de points requis sont autorisés à redoubler ou à effectuer les deux premières périodes. Toutefois, à titre exceptionnel, le conseil technique peut inviter l'élève à redoubler dans un autre établissement.

Session spéciale

Art. 10. — Les candidats qui, par suite d'un cas de force majeure dûment justifié, n'ont pu se présenter à l'examen de passage, sont admis à se présenter à une session spéciale.

CHAPITRE II. — ATTRIBUTION ET COMPOSITION DU CONSEIL TECHNIQUE

Attribution

Art. 11. — La directrice de l'école d'infirmières est assistée d'un conseil technique.

Celui-ci est appelé à donner son avis sur les questions concernant l'enseignement et notamment les règles d'admission des élèves et l'élimination des élèves inaptes, compte tenu de la réglementation applicable en la matière.

Cette élimination pour inaptitude peut intervenir à tout moment. Le conseil technique qui reçoit communication de l'ensemble du dossier doit entendre l'élève concerné.

Liste des professeurs

Art. 12. — La liste des professeurs et monitrices est établie par la directrice avant chaque rentrée scolaire et soumise à l'approbation du conseil technique. Cette liste est adressée au médecin inspecteur départemental de la santé.

En cours d'année scolaire, la désignation provisoire d'un nouveau professeur ou d'une nouvelle monitrice doit faire l'objet d'une notification au médecin inspecteur départemental de la santé. Il en sera rendu compte au conseil technique.

L'enseignement magistral des matières médicales suivantes : anatomie, physiologie et sciences annexes, pathologie médicale et chirurgicale, hygiène, doit être assuré par des docteurs en médecine ou des pharmaciens.

Composition et fonctionnement du conseil technique

Art. 13. — La composition du conseil technique est la suivante :

- le médecin inspecteur départemental de la santé, président ;
- un médecin représentant la commission administrative ou le conseil d'administration de l'hôpital ou de l'organisme gestionnaire, choisi parmi ses membres ;
- le directeur de l'hôpital auquel est rattachée l'école, ou son représentant ;
- deux professeurs enseignant à l'école dont un médecin ;
- une infirmière enseignant à l'école élue par ses collègues ;
- lorsque le nombre des monitrices est égal ou supérieur à dix, la représentation des monitrices est portée à deux ;
- une infirmière surveillante de l'établissement de soins public auquel est rattachée l'école ou d'un établissement d'hospitalisation privé à but non lucratif ;
- une infirmière diplômée d'Etat en exercice extra-hospitalier.

La directrice assiste avec voix consultative aux réunions du conseil technique dont elle assure le secrétariat. Selon les questions inscrites à l'ordre du jour, des personnalités qualifiées ou tout autre membre du personnel de l'école peuvent être appelés, par le président, à participer aux réunions du conseil avec voix consultative.

Sur proposition de la directrice de l'école, le conseil se réunit au moins une fois par an à l'école, sur convocation du président.

Les membres du conseil technique sont nommés par le préfet sur proposition du médecin inspecteur départemental de la santé.

Par rapport à la réglementation antérieure, la composition du conseil technique est profondément modifiée :

- le médecin inspecteur départemental n'en faisait pas partie,
- il était prévu deux délégués de la commission administrative sans autres précisions,
- les professeurs représentaient les enseignements de première année et ceux de seconde année,
- il n'y avait pas d'infirmières enseignant à l'école ;
- les qualifications des infirmières extérieures à l'école n'étaient pas précisées.

DISPOSITIONS ABROGÉES

Art. 14. — Toutes dispositions contraires aux dispositions du présent arrêté sont abrogées, et notamment les arrêtés du 8 avril 1954, du 26 mars 1969 et les articles 7, 8 et 15 du règlement type annexé à l'arrêté du 1^{er} août 1955.

Toutefois, les dispositions de l'arrêté du 26 mars 1969 demeurent applicables aux examens de passage dans les écoles de sages-femmes.

L'arrêté du 8 avril 1954 organisait l'examen de passage de première en seconde année.

L'arrêté du 26 mars 1969 modifiait l'article 3 de l'arrêté précédent et les articles 7, 8 et 15 du règlement intérieur type concernait la composition du conseil technique, la liste des professeurs, la période probatoire qui, de ce fait est supprimée.

LOIS

LOI n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — L'article L. 473 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 473. — Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu.

« En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

Art. 2. — A l'article L. 475 du code de la santé publique, le mot « hospitalier » est supprimé.

Art. 3. — Le premier alinéa de l'article L. 476 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Les mots : « après avis du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers et d'infirmières » sont remplacés par les mots : « après avis du conseil supérieur des professions paramédicales - commission des infirmières et infirmiers ».

Art. 4. — A la fin du dernier alinéa de l'article L. 372 du code de la santé publique, ajouter le membre de phrase : « ni aux personnes qui accomplissent dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

Art. 5. — Des décrets fixeront, en tant que de besoin, les conditions d'application de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 31 mai 1978.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
RAYMOND BARRE.

Le ministre de la santé et de la famille,
SIMONE VEIL.

Loi n° 78-615 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi (n° 2795) ;
Rapport de Louis Joanne, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 3221) ;
Discussion et adoption le 7 décembre 1977.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 130 (1977-1978) ;
Rapport de M. Henri Goetschy, au nom de la commission des affaires sociales, n° 287 (1977-1978) ;
Discussion et adoption le 27 avril 1978.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat (n° 148) ;
Rapport de M. Henri Bayard, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 232) ;
Discussion et adoption le 25 mai 1978.

NOTA — Les documents parlementaires indiqués dans les travaux préparatoires rappelés à la fin des textes législatifs sont vendus ou expédiés par la Direction des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75732 PARIS Cedex 15, au prix de 0,50 F l'exemplaire, ne pas régler la commande à l'avance mais attendre d'avoir reçu la facture.

PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE

GRANDE CHANCELLERIE DE LA LÉGION D'HONNEUR

Décret n° 78-616 du 24 mai 1978 modifiant les contingents de croix de la Légion d'honneur fixés pour la période du 1^{er} janvier 1976 au 31 décembre 1978.

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et sur la proposition du grand chancelier de la Légion d'honneur,

Vu le décret n° 62-1472 du 28 novembre 1962 portant code de la Légion d'honneur et de la médaille militaire, et spécialement ses articles R. 7 et R. 14 :

Vu le décret n° 75-990 du 24 octobre 1975 fixant les contingents de croix de la Légion d'honneur pour la période du 1^{er} janvier 1976 au 31 décembre 1978.

Décète :

Art. 1^{er}. — L'article 1^{er} du décret n° 75-990 du 24 octobre 1975 susvisé est modifié comme suit en ce qui concerne le contingent des croix destinées aux personnels militaires appartenant à l'armée active :

Pour la période du 1^{er} janvier 1976 au 31 décembre 1978, les contingents de croix de la Légion d'honneur sont fixés comme suit :

ANNÉE	DIGNITÉ	GRADES		
	Grand officier.	Commandeur.	Officier.	Chevalier.
1978	8	99	240	630

Art. 2. — Le Premier ministre et le grand chancelier de la Légion d'honneur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 24 mai 1978.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
RAYMOND BARRE.

Vu pour l'exécution :
Le grand chancelier de la Légion d'honneur,
G^l DE BOISSIEU.

DÉCRETS, ARRÊTÉS ET CIRCULAIRES

PREMIER MINISTRE

Cabinet du Premier ministre.

Le Premier ministre,

Vu le décret n° 49-1233 du 28 juillet 1948 portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les cabinets ministériels, modifié par le décret n° 51-1030 du 21 août 1951 ;

Vu le décret du 3 avril 1978 portant nomination du Premier ministre,

Arrête :

Art. 1^{er}. — M. Jacques Coëffé, sous-préfet hors classe, hors cadre, est nommé chargé de mission au cabinet du Premier ministre.

Art. 2. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 mai 1978.

RAYMOND BARRE.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Décret n° 79-300 du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier

Le Premier ministre,

Sur le rapport du Ministre de la Santé et de la Famille,

Vu le décret du 10 août 1942 validé par le décret n° 45 505 du 8 mars 1945, ayant pour objet la délivrance du diplôme d'État d'infirmière ou d'infirmier hospitalier, modifié par les décrets des 14 février 1952, 28 avril 1958, 5 septembre 1972 et 8 avril 1977,

Vu l'avis de la Commission des Infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales

Décète :

Art. 1^{er}. — L'article 2 du décret du 10 août 1942 susvisé est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 2

La durée de l'enseignement prévu par le présent décret est fixée à trente trois-mois.

Toutefois, des dispenses partielles ou totales de scolarité et de stage peuvent être accordées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé, après avis de la Commission des Infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales ».

Art. 2. — Les dispositions du présent décret sont applicables

— à la 1^{re} année d'études, à compter de la rentrée scolaire 1979/80;

— à la 2^e année d'études, à compter de la rentrée scolaire 1980/81;

— à la 3^e année d'études, à compter de la rentrée scolaire 1981/82.

Un arrêté du Ministre chargé de la Santé fixera, s'il y a lieu, les mesures transitoires que l'application du présent décret rendrait nécessaires.

Art. 3. — Le ministre de la Santé et de la Famille est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel de la République française*.

Fait à Paris, le 12 avril 1979.

Raymond BARRE.

Par le Premier ministre :

Le Ministre de la Santé et de la Famille,

Simone VEIL.

Arrêté relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation du diplôme d'État d'infirmier

Le ministre de la Santé et de la Famille,

Vu le décret du 10 août 1942 validé par le décret n° 45-505 du 8 mars 1945, ayant pour objet la délivrance du diplôme d'État d'infirmière ou d'infirmier hospitalier, modifié par les décrets des 14 février 1952, 28 avril 1958, 5 septembre 1972 et 8 avril 1977;

Vu les arrêtés du 18 septembre 1951, 17 juillet 1961 et 5 septembre 1972 relatifs au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'État d'infirmier;

Vu l'avis de la Commission des Infirmiers du Conseil supérieur des Professions paramédicales;

Arrête :

Art. 1^{er}. — Le programme d'enseignement théorique et pratique et l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'État d'infirmier sont fixés conformément au texte annexé au présent arrêté (1).

Art. 2. — Le directeur général de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel de la République française*.

Fait à Paris, le 12 avril 1979.

Simone VEIL.

(1) L'annexe sera publiée au *Recueil des textes officiels* du ministère de la Santé et de la Famille.

PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ÉTUDE

I — BUT GÉNÉRAL

Le but général du programme est l'apprentissage des soins infirmiers au sens large du terme.

Il prépare la future infirmière :

- à donner des soins infirmiers :
 - en fonction du rôle propre qui lui est dévolu,
 - sur prescription ou conseil médical;
- à participer à différentes actions notamment en matière :
 - de prévention,
 - d'éducation de la santé,
 - de formation ou d'encadrement.

II — CONCEPTION DES SOINS INFIRMIERS

Au service des personnes en matière de santé, l'infirmière assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades.

Au sein de la Société, elle contribue à identifier les besoins de santé des personnes et des groupes et à y répondre. C'est la raison pour laquelle elle collabore activement avec l'ensemble des travailleurs sanitaires et sociaux.

Éducatrice de la santé :

- elle apporte à tout individu ou à tout groupe l'aide dont il peut avoir besoin pour contribuer au maintien ou à la restauration de sa santé.
- elle donne cette aide de manière à permettre :

— à la personne soignée :

- de développer, maintenir et recouvrer son indépendance et son autonomie autant que possible et dans les meilleurs délais,
- de soulager sa souffrance,
- de l'aider à vivre ses derniers moments ;

— aux groupes concernés :

- de prendre conscience de leurs problèmes de santé,
- d'élaborer des éléments de réponse à ces problèmes,
- de mettre en œuvre ces réponses.

Les soins infirmiers tels que définis constituent la fonction essentielle et originale de l'infirmière.

III — OBJECTIFS DE LA FORMATION

Au terme des 33 mois de formation l'élève doit :

- avoir acquis les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes,
- être capable de discerner les types de réponses que peuvent apporter les infirmières en matière de santé et les mettre en application compte-tenu des structures sanitaires du pays,
- être capable de planifier, d'organiser, d'exécuter et d'évaluer les soins infirmiers dans toutes leurs dimensions : préventives, curatives, éducatives et relationnelles,
- être capable d'encadrer les personnels en formation et le personnel auxiliaire,
- être capable de collaborer avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux notamment en tant qu'éducatrice de santé,
- avoir acquis l'aptitude à penser et à agir, et la maturité d'esprit nécessaire pour assumer des responsabilités professionnelles.

IV — ORIENTATION DE LA FORMATION

Le programme d'étude est centré sur :

- la personne humaine,
- les groupes humains,
- l'étude du concept santé sur le plan individuel et collectif,
- l'étude des soins infirmiers,
- l'exploitation des situations vécues par les élèves au cours des stages ou expériences diverses.

On appelle « stage » toute expérience d'apprentissage qui concourt à la formation. Cette expérience peut être de courte ou de longue durée dans tout secteur d'activité.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Décret n° 81-538 du 12 mai 1981 modifiant le décret n° 80-276 du 15 avril 1980 relatif au conseil d'administration de l'établissement d'hospitalisation public départemental de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, du ministre du budget et du ministre de la santé et de la sécurité sociale,
Vu la loi n° 76-664 du 19 juillet 1976 relative à l'organisation de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

Vu l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, et notamment ses articles 21, 22, 23, 25 et 28 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, modifiée par l'article 29-1 de la loi n° 71-1025 du 24 décembre 1971, par la loi n° 73-3 du 2 janvier 1973 et par la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, et notamment ses articles 4, 20, 21, 22, 25 et 49 ;

Vu le décret n° 59-805 du 4 juillet 1959 relatif au personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics ;

Vu le décret n° 78-257 du 8 mars 1978 portant statut des praticiens à plein temps des établissements d'hospitalisation publics autres que les hôpitaux locaux ;

Vu le décret n° 74-393 du 3 mai 1974 modifié relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens à temps partiel des établissements d'hospitalisation publics autres que les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers universitaires et les hôpitaux locaux ;

Vu le décret n° 74-445 du 13 mai 1974 relatif aux modalités de nomination et aux fonctions des attachés des établissements d'hospitalisation publics ;

Vu le décret n° 80-276 du 15 avril 1980 relatif au conseil d'administration de l'établissement d'hospitalisation public départemental de Saint-Pierre-et-Miquelon,

Décète :

Art. 1^{er}. — L'article 1^{er} du décret n° 80-276 du 15 avril 1980 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le conseil d'administration de l'établissement d'hospitalisation public départemental de Saint-Pierre-et-Miquelon est composé de onze membres, à savoir :

- « 1° Le président du conseil général, président ;
- « 2° Le directeur de la caisse de prévoyance ;
- « 3° Le président de la commission médicale consultative ;
- « 4° Un pharmacien de l'établissement élu par le corps médical et pharmaceutique au scrutin secret majoritaire à un tour ;
- « 5° Deux membres élus en son sein par le conseil général de Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- « 6° Les présidents des bureaux d'aide sociale de Saint-Pierre et de Miquelon ;
- « 7° Un représentant du personnel autre que le personnel médical, pharmaceutique ou odontologique, élu par l'ensemble de ce personnel au scrutin secret majoritaire à un tour ;
- « 8° Deux personnes qualifiées désignées par le préfet et connues pour leurs travaux sur les problèmes hospitaliers ou leur attachement à la cause hospitalière. »

Art. 2. — Le ministre de l'intérieur, le ministre du budget, le ministre de la santé et de la sécurité sociale et le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'intérieur (Départements et territoires d'outre-mer) sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 mai 1981.

RAYMOND BARRE.

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale,
JACQUES BARROT.

Le ministre de l'intérieur,
CHRISTIAN BONNET.

Le ministre du budget,
MAURICE PAPON.

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'intérieur
(Départements et territoires d'outre-mer),
PAUL DIJOU.

**Décret n° 81-539 du 12 mai 1981
relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la sécurité sociale,

Vu l'article L. 473 du code de la santé publique ;

Vu l'article 5 de la loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière ;

Vu l'avis du conseil supérieur des professions paramédicales (commission des infirmiers et infirmières),

Décète :

Art. 1^{er}. — La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier.

Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion.

Art. 2. — Les soins infirmiers s'entendent d'actions ayant pour objet de contribuer :

Aux méthodes de diagnostic, à l'application et à la surveillance des thérapeutiques et aux soins de réparation ;

A protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes ;

A soulager la souffrance et à assister les personnes dans les derniers instants de leur vie.

Ces actions peuvent être de nature technique, relationnelle ou éducative.

Les soins infirmiers sont dispensés en prenant en compte les données physiques, psychologiques et socio-culturelles de la personne soignée.

Art. 3. — Relèvent du rôle propre de l'infirmier des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et destinés à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne. L'infirmier a l'initiative de ces soins et en organise la mise en œuvre. Lorsqu'ils sont dispensés en établissement ou dans le cadre d'un service relevant de l'article 27 *ter* de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides soignants qu'il encadre

Ils comprennent notamment :

Les soins courants d'hygiène et de propreté ;

Les pansements ;

La prévention et les soins d'escarre ;

La surveillance et l'élimination intestinale et urinaire ;

Les changements de sonde urinaire ;

Les soins courants et l'éducation des personnes stomisées ;

Les soins courants et l'éducation des personnes sous dialyse rénale et péritonéale ;

La détection et la participation aux soins des parasitoses externes ;

L'installation du malade dans une position en rapport avec sa pathologie ; le lever du malade ; la préparation et la surveillance du repos et du sommeil ;

La prévention non médicamenteuse des thromboses ;

Le maintien de la liberté des voies aériennes respiratoires par toux provoquée, expectoration dirigée, respiration forcée ;

L'aspiration des sécrétions d'un trachéotomisé ;

La mesure des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état clinique des malades : température, pulsations, pression artérielle, ventilation et diurèse ;

Le contrôle des paramètres urinaires courants par des procédés rapides de dépistage ;

15 juillet 1980 relatif à la protection sociale des agents non titulaires ou obtenus en application de dispositions réglementaires analogues régissant l'emploi occupé.

« Les dispositions qui précèdent ne peuvent avoir pour conséquence de placer les intéressés dans une situation plus favorable que celle qui résulterait d'un classement à un échelon comportant un traitement égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui perçu dans l'ancien emploi avec conservation de l'ancienneté d'échelon dans les conditions définies au second alinéa du I ci-dessus.

« Article 10 ter. - Lorsque l'application de l'article 10 bis aboutit à classer les fonctionnaires intéressés à un échelon doté d'un indice inférieur à celui qu'ils détenaient dans leur grade précédent, ceux-ci conservent, à titre personnel, le bénéfice de leur indice antérieur jusqu'au jour où ils bénéficient dans leur nouveau corps d'un indice au moins égal. »

Art. 7. - Pour les deux premiers concours internes organisés à compter de la date de publication du présent décret, la limite d'âge prévue au 2° de l'article 5 du décret du 30 janvier 1969 susvisé est supprimée.

Art. 8. - Pour l'application du 2° de l'article 5 du décret du 30 janvier 1969, tel qu'il est modifié par le présent décret, il est tenu compte des recrutements intervenus dans le corps des ingénieurs depuis le 1^{er} janvier 1983 en exécution des dispositions applicables avant la date de publication du présent décret.

Art. 9. - En application de l'article 31 de la loi n° 77-574 du 7 juin 1977 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, les fonctionnaires du corps des ingénieurs des laboratoires du ministère de l'économie, des finances et du budget qui ont été promus ou recrutés antérieurement au 1^{er} juillet 1975 à l'un des grades ou à l'une des classes de ce

corps pourront, en demandant, dans un délai de six mois à compter de la date de publication du présent décret, le report de leur nomination à la date du 1^{er} juillet 1975, obtenir la révision de leur situation sur la base des règles édictées à l'article 6 du présent décret. Leur ancienneté de service dans le corps des ingénieurs des laboratoires du ministère de l'économie, des finances et du budget continue, toutefois, à être décomptée à partir de la date à laquelle ils ont initialement accédé à ce corps.

Les reclassements opérés en application de l'alinéa précédent produiront effet pécuniaire à compter du 1^{er} juillet 1975.

Art. 10. - Le ministre de l'économie, des finances et du budget, le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la fonction publique et des réformes administratives, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et qui prendra effet à compter du 1^{er} juillet 1975 pour les dispositions de l'article 6.

Fait à Paris, le 17 juillet 1984.

PIERRE MAUROY

Par le Premier ministre :

Le ministre de l'économie, des finances et du budget,
JACQUES DELORS

Le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre,
chargé de la fonction publique et des réformes administratives,
ANICET LE PORS

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie,
des finances et du budget, chargé du budget,
HENRI EMMANUELLI

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 372, L. 473, L. 482, L. 510-10 et L. 761-11 ;

Vu le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice des professions paramédicales ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - Les soins infirmiers ont pour objet :

De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes ;

De soulager la souffrance et d'assister les personnes dans les derniers instants de leur vie ;

D'appliquer les prescriptions médicales ;

De participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ;

De concourir aux méthodes et à l'établissement du diagnostic ;

De favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie habituel ou nouveau.

Les soins infirmiers sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles de la personne soignée.

Art. 2. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie définis à l'article 3 et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.

Art. 3. - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est habilité à accomplir les soins infirmiers suivants comprenant, si besoin est, l'éducation de l'entourage de la personne soignée :

Soins courants et éducation en matière d'hygiène et de propreté ;

Surveillance et éducation en matière d'élimination intestinale et urinaire ;

Soins courants et éducation des personnes stomisées ;

Soins courants et éducation des personnes sous dialyse rénale ou péritonéale ;

Soins courants et éducation des personnes atteintes d'affections métaboliques ;

Surveillance et soins courants des personnes placées en milieu stérile ;

Surveillance et soins courants des nouveau-nés placés en incubateur sous réserve de l'article 4 ;

Installation du malade dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap, lever du malade et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;

Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;

Prévention non médicamenteuse des thromboses ;

Maintien de la liberté des voies aériennes respiratoires par

toux provoquée, expectoration dirigée, respiration forcée en dehors de toute rééducation respiratoire, aspiration des sécrétions d'une personne trachéotomisée ;

Administration en aérosols de produits médicamenteux

délivrés sans prescription médicale ;

Mesure des principaux paramètres servant à la surveillance

de l'état de santé des personnes et de l'état clinique des

malades : température, pulsations, pression artérielle, ventila-

tion, diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes

de défense cutanés et manifestations de l'état de conscience ;

Participation à la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre

alimentaires de l'enfant et de l'adulte ;

Administration de l'alimentation par sonde sous réserve des

dispositions prévues à l'article 4 ;

Administration des médicaments prescrits aux malades, sous

réserve des dispositions prévues à l'article 4, vérification de

leurs prises et surveillance de leurs effets ;

Renouvellement du matériel de pansement non médicamenteux ;

Prévention et soins d'escarres ;

Pansements simples et bandages ;

Soins cutanés préopératoires ;

Changement de sondes urinaires ;

Pose d'un timbre à la tuberculine et lecture ;

Détection et participation aux soins des parasitoses externes ;

Techniques physiques de correction de l'hypothermie et de

l'hyperthermie ;

Relation d'aide thérapeutique ;

Organisation d'activités occupationnelles et à visée socio-

thérapeutique ;

Contrôles biologiques de dépistage à lecture instantanée sui-

vants :

a) Urines : glycosurie, acétonurie, protéinurie, recherche de

sang, potentiel en ions hydrogène (p.h.) ;

b) Sang : glycémie.

Elaboration et gestion du dossier de soins infirmiers.

L'infirmier a l'initiative de ces soins et en organise la mise en œuvre.

Lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement, ou un service à domicile, à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aide soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

Art. 4. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale les soins infirmiers suivants :

Injections, scarifications, perfusions et goutte à goutte autres que ceux visés à l'article 5 ;

Tests tuberculiques autres que celui visé à l'article 3 ;

Mise en place d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou une veine épicroténienne ;

Pansements spécifiques, ablation du matériel de suture ou de drainage et ablation de mèches vaginales ;

Bandages de contention ;

Irrigation d'une plaie ou d'une fistule ;

Soins de trachéotomie, le premier changement de canule étant effectué par un médecin ;

Soins de bouche avec application de produits médicamenteux ;

Installation ou sortie du nouveau-né placé en incubateur ;

Surveillance du régime alimentaire du nourrisson présentant des troubles nutritionnels ;

Surveillance des cathéters ombilicaux ;

Surveillance des cathéters ;

Mesure de la pression veineuse centrale ;

Pulvérisations médicamenteuses ;

Irrigation de l'œil, instillation de collyre ;

Pose d'inserts ;

Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

Bains médicamenteux ;

Pose de ventouses, sinapismes, cataplasmes ;

Injection vaginale ;

Remise en place d'un pessaire ;

Lavement, goutte à goutte rectaux, extraction de fécalomes ;

Entretien d'une plastie anale et prévention de la sténose ;

Lavage, instillation et sondage vésicaux sous réserve des dispositions de l'article 5 ;

Installation intra-urétrale ;

Pose d'une sonde gastrique en vue de lavage, tubage, aspiration ou alimentation gastrique ;

Oxygénothérapie par sonde nasale, masque ou tente ;

Vérification du fonctionnement et surveillance des appareils de ventilation artificielle et de monitoring usuels ;

Surveillance des drainages ;

Pose de sondes thermiques ;

Branchement et surveillance d'une dialyse péritonéale et rénale ;

Dépistage des complications et surveillance du malade porteur d'un plâtre ;

Surveillance et soins du malade au cours d'une évacuation sanitaire ;

Participation au sein d'une équipe thérapeutique aux techniques à visée psychothérapeutique individuelle ou de groupe ;

Saignées et autohémothérapie ;

Prélèvement de sang veineux et capillaire ;

Prélèvements effectués au niveau des téguments, des phanères et des muqueuses directement accessibles ;

Recueil de la sueur en vue d'analyses ;

Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale.

Art. 5. - L'infirmier est habilité à accomplir, en présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tous moments, les soins infirmiers suivants :

Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant un contrôle de comptabilité obligatoire ;

Injection et scarifications destinées à des vaccinations obligatoires en application du code de la santé publique ;

Première injection d'une série d'allergène ;

Prélèvements de sang artériel pour gazométrie ;

Application d'un garrot pneumatique ;

Surveillance et arrêt d'une ponction réinjection d'ascite ;

Premier sondage vésical chez l'homme.

L'infirmier participe également, dans les mêmes conditions, à l'application des techniques suivantes :

Ventilation manuelle instrumentale par masque et maintien de la liberté des voies aériennes supérieures ;

Préparation, maniement et surveillance des appareils de circulation extra-corporelle ;

Enregistrement d'électro-cardiogrammes et d'électro-encéphalogrammes après épreuves physiques sensibilisantes, épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

Techniques de bloc opératoire en qualité de panseur, d'aide ou d'instrumentiste ;

Anesthésie générale, réanimation et surveillance des malades en salle de réveil.

Art. 6. - En l'absence du médecin, l'infirmier peut mettre en œuvre des protocoles écrits de soins d'urgence déterminés au préalable par le médecin responsable.

En cas de situation d'urgence l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin.

Art. 7. - Selon le secteur d'activité où il exerce et en fonction des besoins rencontrés, l'infirmier propose, organise, participe ou collabore à des actions de :

Prévention et éducation en matière de santé individuelle et collective et d'hygiène, notamment information sexuelle, lutte contre le cancer, drogue, alcoolisme, tabagisme, accidents du travail et accidents domestiques ;

Dépistage des handicaps ou anomalies du squelette, des organes des sens et du comportement, dépistage des maladies professionnelles ou endémiques ;

Formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé, encadrement des stagiaires en formation ;

Recherche dans le domaine des soins infirmiers ;

Recherche en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité ;

Concertation avec les autres membres des professions de santé ou professions sociales en vue de la coordination de leurs interventions.

Art. 8. - Sont abrogés les articles 2 à 7 du décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

Art. 9. - Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 17 juillet 1984

PIERRE MAUROY

Par le Premier ministre :

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
PIERRE BÉRÉGOVOY*

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale, chargé de la santé,
EDMOND HERVÉ*

Art. 3. - Le directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de l'intégration et le délégué aux arts plastiques au ministère de l'éducation nationale et de la culture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui prend effet à compter du 15 septembre 1992 et sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 9 février 1993.

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :

*Le sous-directeur des affaires
administratives et financières,*

M. TOUVEREY

Le ministre d'Etat,

ministre de l'éducation nationale et de la culture,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du délégué aux arts plastiques :

L'administrateur civil,

J. BOUET

Arrêté du 9 février 1993 approuvant les modifications des statuts d'une institution de retraite complémentaire

NOR : SPSS9300431A

Par arrêté du ministre des affaires sociales et de l'intégration en date du 9 février 1993, sont approuvées les modifications des statuts du régime interprofessionnel de prévoyance des salariés (R.I.P.S.), 45, rue des Acacias, 75855 PARIS CEDEX 17, autorisé à fonctionner dans les conditions prévues au titre III du livre VII du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 9 février 1993 approuvant le règlement interne et la modification des statuts d'une institution de retraite complémentaire

NOR : SPSS9300432A

Par arrêté du ministre des affaires sociales et de l'intégration en date du 9 février 1993, sont approuvés le règlement interne et la modification de l'article 11 des statuts de la Caisse réunionnaise de

retraites complémentaires (C.R.R.), 126, rue Sainte-Marie, B.P. 1071, 97481 SAINT-DENIS CEDEX, autorisée à fonctionner dans les conditions prévues au titre III du livre VII du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 9 février 1993 portant approbation de modifications apportées aux statuts des régimes de l'allocation de vieillesse des sections professionnelles des architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, experts et conseils, des artistes auteurs ne relevant pas de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, des professeurs de musique et des musiciens

NOR : SPSS9300440A

Par arrêté du ministre des affaires sociales et de l'intégration en date du 9 février 1993, sont approuvées les modifications apportées aux statuts des régimes de l'allocation de vieillesse des sections professionnelles suivantes :

- architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, experts et conseils (annexe I), article 3 ;
- artistes auteurs ne relevant pas de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, professeurs de musique et musiciens (annexe n° 2), article 3.

Nota. - Le présent arrêté est publié intégralement au *Bulletin officiel* du ministère, fascicule n° 93-10, disponible à la Direction des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15, au prix de 27,70 F.

Arrêté du 16 février 1993 portant dissolution du conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis

NOR : SPSS9300494A

Par arrêté du ministre des affaires sociales et de l'intégration en date du 16 février 1993, le conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis est dissous.

M. Tremois (Michel), inspecteur général des affaires sociales, est nommé administrateur provisoire de la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis pour une durée de trois mois.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

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

NOR : SANP9300287D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 478 et L. 482 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-1 et L. 162-12-2 ;

Vu le code pénal ;

Vu la loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap ;

Vu le décret n° 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles ;

Vu le décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 92-741 du 29 juillet 1992 relatif à l'exercice en commun des professions paramédicales sous forme de société d'exercice libéral ;

Vu les avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date des 27 mars et 23 avril 1992 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - Les dispositions du présent décret s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 473 du code de la santé publique, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS COMMUNES
À TOUS LES MODES D'EXERCICE

CHAPITRE I^{er}

Devoirs généraux

Art. 2. - L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Art. 3. - L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu du décret pris en application des articles L. 372, L. 473 et L. 761-11 du code de la santé publique.

Art. 4. - Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Art. 5. - L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Art. 6. - L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Art. 7. - Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

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

NOR : SANP9300793D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 372 et L. 473, L. 510-10 et L. 761-11 ;

Vu le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 modifié relatif à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation ;

Vu le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération ;

Vu le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 22 décembre 1992 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 2 mars 1993 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel :

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

Art. 2. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins infirmiers 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 a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3 ci-après. Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile, à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

Art. 3. - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins infirmiers suivants, visant notamment à assurer le confort du patient et comprenant, en tant que de besoin, son éducation et celle de son entourage :

- soins d'hygiène corporelle et de propreté ;
- surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaires ;
- vérification de la prise des médicaments et surveillance de leurs effets ;
- changement de sonde d'alimentation gastrique ou de sonde vésicale ;
- administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 ci-après ;
- soins et surveillance des patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- surveillance de l'élimination intestinale et urinaire ;
- soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- soins et surveillance des nouveau-nés placés en incubateur, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 ci-après ;
- installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- maintien de la liberté des voies aériennes supérieures, aspiration des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé, sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 ci-après ;
- ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état de santé des patients : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observation des manifestations de l'état de conscience ;
- renouvellement du matériel de pansement non médicamenteux ;
- réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 4 ci-après ;
- prévention et soins d'escarres ;
- préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un plâtre ou d'une autre immobilisation ;
- soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- surveillance des scarifications, injections et perfusions visées aux articles 4 et 5 ci-après ;
- surveillance des cathéters courts : veineux, artériels ou épicrâniens ;
- surveillance des cathéters ombilicaux ;
- surveillance des patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- pose d'un timbre à la tuberculine et lecture ;
- détection des parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- recueil des données biologiques obtenues par les techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie, acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiel en ions hydrogène (pH) ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- aide et soutien psychologique ;
- relation d'aide thérapeutique ;
- observation et surveillance des troubles du comportement ;

L'administration des médicaments prescrits, sous réserve de l'article 4 ci-dessous, la vérification de leurs prises et la surveillance de leurs effets ;

L'administration des aérosols non médicamenteux ;

La participation à la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

Les techniques physiques de correction de l'hypothermie et de l'hyperthermie ;

L'organisation des activités occupationnelles ;

La relation d'aide thérapeutique.

Art. 4. — Les soins infirmiers sur prescription médicale comprennent notamment :

Les injections, les scarifications, les perfusions et les goutte-à-goutte autres que ceux visés à l'article 5 et à l'exception de la première injection d'une série d'allergène, la mise en place d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou une veine épieranienne. Les injections et scarifications destinées à des vaccinations obligatoires en application du code de la santé publique doivent être effectuées en présence d'un médecin ;

Les prélèvements de sang veineux et capillaire, les saignées et l'autohémothérapie ;

Les pansements, l'ablation de matériel de suture ou de drainage simple et l'ablation des mèches vaginales ;

L'irrigation d'une plaie et d'une fistule ;

Les soins de trachéotomie ; le premier changement de canule étant fait par un médecin ;

Les soins de bouche avec application de produits médicamenteux ;

Les soins et la surveillance des nourrissons en incubateur ; la surveillance des cathéters ombilicaux ;

Les soins cutanés préopératoires ;

Les pulvérisations médicamenteuses ;

Les aérosols médicamenteux ;

Les instillations médicamenteuses dans l'oreille ;

L'irrigation de l'œil, les instillations de collyres ;

Les bains médicamenteux ;

Les ventouses, sinapisations ou cataplasmes ;

Les injections vaginales ;

Les lavements ; les goutte-à-goutte rectaux ;

Les sondages et lavages vésicaux ; le premier sondage chez l'homme étant effectué en présence d'un médecin. Les instillations intra-urétrales ;

Les prélèvements effectués au niveau des téguments, des phanères et des muqueuses directement accessibles ;

Les lavages et tubages gastriques, les aspirations digestives ; le premier tubage chez un malade devant être effectué en présence d'un médecin ;

L'alimentation par sonde ;

L'oxygénothérapie par sonde nasale, masque ou tente ;

La vérification du fonctionnement et la surveillance des appareils de ventilation artificielle ;

La surveillance des drainages thoraciques ;

Le test à la sueur ;

La pose de sondes thermiques ;

La participation au sein d'une équipe thérapeutique aux techniques à visées psychothérapeutiques individuelles ou de groupe.

Art. 5. — Les soins infirmiers comprennent également, en présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tous moments, la participation à l'application des techniques suivantes :

Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant un contrôle de compatibilité obligatoire ;

Prélèvements de sang artériel pour gazométrie ;

Ventilation manuelle instrumentale par masque et maintien de la liberté des voies aériennes supérieures ;

Préparation, maniement et surveillance des appareils de circulation extra-corporelle ;

Surveillance et arrêt d'une ponction-réinjection d'ascite ;

Enregistrement d'électro-cardiogrammes et d'électro-encéphalogrammes après épreuves physiques sensibilisantes, épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

Techniques de bloc opératoire en qualité de panseur, d'aide ou d'instrumentiste ;

Anesthésie générale, réanimation et surveillance des malades en salles de réveil.

Art. 6. — En l'absence immédiate du médecin, l'infirmier peut être amené à mettre en œuvre des protocoles écrits de soins d'urgence déterminés au préalable par le médecin responsable.

Les actions faites dans ces conditions doivent obligatoirement faire l'objet d'un compte rendu écrit au médecin responsable.

Dans certaines situations de détresse et d'urgence, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il est de sa responsabilité d'orienter le recours aux soins médicalisés les plus appropriés.

Art. 7. — Selon le secteur d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, l'infirmier peut proposer différentes actions de formation, de prévention et d'éducation ou y participer. Ces actions sont notamment :

La formation du personnel infirmier ainsi que les personnels qui l'assistent et la contribution à la formation d'autres personnels de santé ;

Le développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers ;

La collaboration avec les autres membres des professions sanitaires et sociales afin que leurs interventions soient coordonnées ;

La participation au dépistage des handicaps ou anomalies du squelette, des organes des sens, du comportement, ainsi qu'au dépistage des maladies professionnelles ou endémiques ;

La participation aux recherches en matière d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité ;

La contribution à la prévention et à l'éducation en matière d'hygiène individuelle et collective ;

La participation aux campagnes d'éducation sanitaire et notamment à l'information sexuelle.

Art. 8. — Le ministre de la santé et de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 mai 1981.

RAYMOND BARRE.

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale,
JACQUES BARROT.

Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou par des auxiliaires médicaux.

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale,

Vu les articles L. 372 et L. 473 du code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 6 janvier 1962 modifié fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Les 1^o, 3^o, 6^o, 7^o et 8^o de l'article 3 et les 2^o à 14^o, 16^o et 17^o de l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962 susvisé sont abrogés.

Art. 2. — Le directeur général de la santé et des hôpitaux est chargé de l'application du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 mai 1981.

JACQUES BARROT.

- circulaire du 14 septembre 1994 relative aux conditions d'application des mesures exceptionnelles de déblocage anticipé des droits des salariés au titre de la participation ;
- circulaire du 28 mars 1977 relative à l'application de la loi du 21 mai 1976 tendant à faciliter l'accès à la propriété et à la location des locaux d'habitation à usage personnel.

La loi n° 2001-152 du 19 février 2001 et les décrets n° 2001-703 et n° 2001-704 du 31 juillet 2001 ont profondément modifié les dispositifs d'épargne salariale et ont créé de nouveaux produits tels que le plan d'épargne interentreprises et le plan partenarial d'épargne salariale volontaire.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application des dispositions relatives à l'intéressement, à la participation ainsi qu'aux plans d'épargne.

De manière à faciliter son utilisation, la circulaire a été divisée en dossiers eux-mêmes divisés en fiches (1).

Les principes définis dans les douze dossiers que comporte la présente circulaire ont pour objet de poser des règles claires pour les entreprises, les salariés et leurs représentants, les gestionnaires et toutes les parties prenantes de l'épargne salariale. Ces principes sont communs à tous les services concernés de l'Etat et assurent donc une sécurité juridique aux entreprises.

Nous vous demandons de veiller, chacun pour ce qui concerne votre champ de compétence, à la bonne application de ces règles.

Un groupe de coordination comportant des représentants des administrations compétentes est mis en place pour faire le point régulièrement sur les difficultés éventuelles d'application des textes relatifs à l'épargne salariale.

La présente circulaire pourra être, en tant que de besoin, complétée ou modifiée par des instructions complémentaires.

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,
Pour le ministre et par délégation :

Le directeur du Trésor,
J.-P. JOUYET

*Le directeur
de la législation fiscale,*
H. LE FLOCH-LOUBOUTIN

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur
des relations du travail,*
J.-D. COMBEXELLE

*Le directeur
de la sécurité sociale,*
P.-L. BRAS

(1) Ces textes font l'objet d'une pagination spéciale (54001 à 54066 ES) annexée au *Journal officiel* de ce jour.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

Décret n° 2002-193 du 11 février 2002 modifiant le décret n° 99-740 du 25 août 1999 relatif aux conditions de délivrance de l'autorisation d'exercice de la profession de préparateur en pharmacie, pris pour l'application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la santé publique

NOR : MESH0220023D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4241-6 et L. 4241-8 ;

Vu la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, notamment les articles 21 et 22 ;

Vu le décret n° 99-740 du 25 août 1999 relatif aux conditions de délivrance de l'autorisation d'exercice de la profession de préparateur en pharmacie, pris pour l'application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la santé publique ;

Vu l'avis de la commission des préparateurs en pharmacie en date du 11 juillet 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - Le premier alinéa de l'article 4 du décret du 25 août 1999 susvisé est complété par la phrase suivante :

« Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'autorisation vaut décision de rejet. »

Art. 2. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'éducation nationale et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

ÉLISABETH GUIGOU

Le ministre de l'éducation nationale,

JACK LANG

Le ministre délégué à la santé,

BERNARD KOUCHNER

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

NOR : MESP0220026D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 90-1118 du 18 décembre 1990 modifiant le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture ;

Vu le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation ;

Vu le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération ;

Vu le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 23 février 2001 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 26 juin 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - L'exercice de la profession d'infirmier 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 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.

Art. 2. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect

des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

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

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Art. 3. – Relèvent du rôle propre de l'infirmier 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 a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Art. 4. – Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Art. 5. – Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;

Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;

Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;

Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;

Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;

Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;

Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;

Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;

Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;

Prévention et soins d'escarres ;

Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;

Toilette périnéale ;

Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;

Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;

Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;

Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

Pose de timbres tuberculiques et lecture ;

Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

Aide et soutien psychologique ;

Observation et surveillance des troubles du comportement ;

Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :

a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Art. 6. – Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;

Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;

Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;

Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ; Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

Ablation du matériel de réparation cutanée ;

Pose de bandages de contention ;

Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;

Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;

Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;

Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;

Mesure de la pression veineuse centrale ;

Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;

Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ; Saignées ;

Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;

Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;

Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;

Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;

Recueil aseptique des urines ;

Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;

Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;

Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Art. 7. - L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Art. 8. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;

Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

Pose de dispositifs d'immobilisation ;

Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;

Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;

Cures de sevrage et de sommeil.

Art. 9. - L'infirmier participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

Première injection d'une série d'allergènes ;

Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;

Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Art. 10. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Art. 11. – Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Art. 12. – Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Art. 13. – En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Art. 14. – Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

Encadrement des stagiaires en formation ;

Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

Éducation à la sexualité ;

Participation à des actions de santé publique ;

Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Art. 15. – Le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Art. 16. – La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

ÉLISABETH GUIGOU

Le ministre délégué à la santé,

BERNARD KOUCHNER

Arrêté du 5 novembre 2001 fixant la composition et le fonctionnement des commissions d'appel d'offres pour les marchés publics passés pour le compte de la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain

NOR : MESV0220481A

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la ville,

Vu le code des marchés publics, et notamment ses articles 21, 23, 24, 32, 33, 57, 59, 60, 62, 64, 65 et 68,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Il est créé, au sein de la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain :

- une commission d'appel d'offres compétente pour les marchés publics passés au nom de l'Etat selon les procédures de mise en concurrence simplifiée, d'appel d'offres ouvert ou restreint, dans le cadre des attributions définies par les articles 26 à 85 du code des marchés publics ;
- une commission d'appel d'offres pour les marchés publics passés au nom de l'Etat selon la procédure de l'appel d'offres sur performance, chargée des attributions définies aux articles 24, 36, 68 et 69 du code des marchés publics.

Art. 2. – La composition de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1^{er} est fixée comme suit :

a) Membres avec voix délibérative :

- la personne responsable des marchés ou l'un de ses représentants désigné à cet effet, président ;
- le chef de bureau dont relève l'opération ou son représentant ;
- l'un des agents responsables de la gestion administrative, financière ou technique du projet de marché concerné ;
- le directeur des affaires financières et de l'administration générale du ministère de l'équipement, des transports et du logement ou un représentant désigné à cet effet ;

b) Membres avec voix consultative :

- le représentant du directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes ;
- tout fonctionnaire ou agent appartenant à l'Etat ou à une autre personne publique dont la compétence pourra être jugée utile.

Art. 3. – La commission fixée ci-dessus fonctionnera selon les principes généraux suivants :

Le secrétariat de la commission est assuré par le bureau de la commandé publique du secrétariat général de la délégation interministérielle à la ville ; il adresse les convocations, accompagnées de l'avis d'appel public à concurrence et, lors de l'ouverture des offres, du règlement particulier de la consultation aux membres de la commission cinq jours francs au moins avant la date prévue pour sa tenue.

Trois membres au moins, dont la personne responsable du marché ou l'un de ses représentants, doivent être présents pour que la commission puisse valablement délibérer.

Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle commission devra être réunie dans les huit jours.

En cas de litige sur la validité d'un pli, d'une candidature ou d'une offre, la décision de l'accepter ou non sera mise aux voix ; les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ; en cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article L4311-1 Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 89

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article [L. 5134-1](#) et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article [L. 2112-1](#) et à l'article [L. 2311-4](#).

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

Article L4311-2

Sous réserve des dispositions des articles L. 4311-4 et L. 4311-5, peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4311-3 et L. 4311-4, ou titulaires des autorisations prévues aux articles L. 4311-9 et L. 4311-10.

Article L4311-3 ...

Modifié par [Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 9](#)

Les titres de formation exigés en application de [l'article L. 4311-2](#) sont pour l'exercice de la profession d'infirmier responsable des soins généraux :

1° Soit le diplôme français d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ;

2° Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen :

a) Un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;

b) Un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par un Etat, membre ou partie, conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée au a, s'il est accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant qu'il sanctionne une formation conforme à ces obligations et qu'il est assimilé, par lui, aux titres de formation figurant sur cette liste ;

Les missions de l'Ordre

Quatrième partie du CSP (Professions de santé), Livre III (Auxiliaires médicaux), Titre 1^{er} (Profession d'infirmier ou d'infirmière)

Partie législative

CHAPITRE II ORGANISATION DE LA PROFESSION ET REGLES PROFESSIONNELLES

Section première Ordre national des infirmiers

Article L. 4312-1 Modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

Il est institué un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France, à l'exception de ceux régis par le statut général des militaires.

~~L'ordre national des infirmiers veille au maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie de la profession d'infirmier.~~

~~Un code de déontologie, préparé par le conseil national de l'ordre des infirmiers, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. Les dispositions de ce code concernent les droits et devoirs déontologiques et éthiques des infirmiers dans leurs rapports avec les membres de la profession, avec les patients et avec les membres des autres professions de la santé.~~

L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'Etat. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé.

Article L. 4312-2 Modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

L'ordre national des infirmiers assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession d'infirmier. Il en assure la promotion.

Il peut organiser toutes oeuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

Il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé, concernant l'exercice de la profession. Pour ce faire, il peut consulter les associations professionnelles, les syndicats, les associations d'étudiants en soins infirmiers et toute association agréée d'usagers du système de santé.

Ancienne
Version
L n° 2006-1668
du 21 déc. 2006

En coordination avec la Haute autorité de santé, il participe à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers auprès des professionnels et organise l'évaluation de ces pratiques.

Il participe au suivi de la démographie de la profession d'infirmier, à la production de données statistiques homogènes et étudie l'évolution prospective des effectifs de la profession au regard des besoins de santé.

Il accomplit ses missions par l'intermédiaire des conseils départementaux ou *interdépartementaux*, des conseils régionaux et du conseil national de l'ordre.

Le référentiel de formation

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour **répondre aux besoins de santé** des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité.

1. Finalités de la formation

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de **professionnaliser** le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un **praticien autonome, responsable et réflexif**, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.

L'étudiant **développe des ressources** en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.

L'étudiant apprend à **reconnaître ses émotions** et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.

L'étudiant développe **une éthique professionnelle** lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.

Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées.

2. Principes pédagogiques

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des **compétences** requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

Le référentiel de formation **met en place une alternance** entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins, et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles.

La formation est structurée autour de **l'étude de situations** donnant aux étudiants l'occasion de travailler **trois paliers d'apprentissage** :

- « comprendre », l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations,
- « agir », l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action,

- « transférer », l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles ;

Le référentiel de formation est **organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises**. Les unités d'intégration mobilisent l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles. La progression dans l'acquisition des compétences est formalisée sur le portfolio.

Le parcours de formation tient compte de **la progression de chaque étudiant** dans sa manière d'acquérir les compétences. Ce parcours développe ainsi l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant qui construit son cheminement vers la professionnalisation.

Les contenus de formation tiennent compte de **l'évolution des savoirs et de la science**. Ils sont actualisés en fonction de l'état des connaissances. Ils font une place à l'enseignement **des sciences et des techniques infirmières**.

La posture réflexive

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence.

Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables.

Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc. tout ce qui contribue à fixer les savoirs et les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux.

La posture pédagogique

Les modalités pédagogiques sont orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant. Elles relèvent d'une pédagogie différenciée. Elles s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes.

Le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences.

Le formateur se centre sur des exercices faisant le lien entre l'observation et les hypothèses de diagnostic, entre les signes et les comportements, entre une histoire de vie et une situation ponctuelle, entre l'état du patient et son traitement, etc. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif.

Les principes d'évaluation et de validation

Les formes et contenus de l'évaluation sont en adéquation avec les principes pédagogiques. Pour la validation des unités d'enseignement, une démarche de liaison entre les différents acquis sera favorisée.

La validation des unités d'intégration reposera sur :

- L'utilisation des différents acquis en lien avec une situation,
- La mobilisation active et dynamique de ces acquis et la mise en œuvre des compétences ciblées par l'unité dans une ou plusieurs situations.

La validation des stages reposera sur :

- La mise en œuvre des compétences requises dans une ou plusieurs situations.

APPRÉCIATION DE STAGE – 3^e PÉRIODE

Nom de l'école _____ Stage 4^e S

Adresse _____ Service _____

Dates : du _____ au _____

Nom de l'élève _____ Durée totale _____ heures

Prénoms _____ Durée des absences _____ heures

CAPACITÉS DE L'ÉLÈVE (1)	T.B.	Bien	A.B.	Moyen	Insuf.	Nul
--------------------------	------	------	------	-------	--------	-----

– ANALYSER ET SYNTHÉTISER LES INFORMATIONS RELATIVES AUX PERSONNES SOIGNÉES

● sait observer	1.2.3.						
● consulte les documents nécessaires à la continuité des soins	4.2. 3.						
● reconnaît les perturbations dues aux maladies et leur signification	2						
● signale tout changement important dans l'état des personnes	2						
● sait enregistrer au dossier les observations significatives	4						

– DÉDUIRE ET ORGANISER LES SOINS INFIRMIERS

● accorde la priorité aux besoins essentiels	3						
● comprend les prescriptions	2						
● organise et planifie son travail en respectant les horaires	4						

– EXÉCUTER DES SOINS

● prend des initiatives à sa mesure	1						
● utilise une technique sûre, précise, adaptée	1						
● applique les règles d'asepsie	1						
● connaît les effets des médicaments utilisés et le but des traitements	2						
● assure une surveillance efficace	2						

– ENTRER EN RELATION ET ÉDUQUER

● établit une bonne communication avec les personnes soignées	3						
● respecte la personne et la guide vers l'autonomie	3						
● donne à la personne soignée des conseils adaptés à son état de santé	3						
● connaît la tâche et comprend le rôle des membres de l'équipe	4						
● coopère avec le personnel et rend compte de son travail	4						
● suscite des critiques constructives au cours du stage	4						

(1) Mettre une croix dans la case correspondante et expliciter au verso.

Observations complémentaires :

l'élève vous semble-t-il avoir progressé au cours du stage?

Sur quels points devrait-il faire un effort particulier?

l'élève vous paraît-il apte à sa future fonction?

Appréciation générale :

Note attribuée par l'équipe (Circulaire ministérielle n° 5180 du 8-11-1972)

Cette note doit être attribuée avant la fin du stage et portée à la connaissance de l'élève. Les critères de notation sont les suivants (1) :

Exceptionnel 18 - 19 - 20	Très bon 16 - 17	Bon 14 - 15	Assez bon 12 - 13
Passable 9 - 10 - 11	Faible 6 - 7 - 8	Mauvais 3 - 4 - 5	Très mauvais 0 - 1 - 2

1) Indiquez dans la case, sous la mention retenue, la note attribuée.

Date : _____

Cachet du service

Signatures :

Surveillante,

Infirmière(s),

Élève,

Il est indispensable que la fiche d'appréciation soit remplie par les personnes ayant encadré l'élève.

APPRECIATION DE STAGE DE _____



Secteur Hospitalier

Nom et adresse de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers :
I.F.S.I. :

Service :
N° US :
Discipline du lieu de stage :

Nom et Prénom de l'Etudiant :

Dates :
Durée :
Durée des absences :

APTITUDES GÉNÉRALES A LA FONCTION

Eu égard aux objectifs de formation déterminés par l'équipe enseignante de l'Institut de formation en soins infirmiers et au niveau de compétences qui doit être acquis par l'étudiant, cette fiche d'appréciation doit être remplie avant la fin du stage par la personne responsable de celui-ci et l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement.
Cette appréciation doit être portée à la connaissance de l'étudiant au cours d'un entretien avec la personne responsable de la notation (arrêté du 30 mars 1992 modifié).

CAPACITÉS PERSONNELLES (2)

	Insuff.	A.B.	B.	T.B.
• Fait preuve : - de respect vis-à-vis des personnes et des lieux				
- de discrétion professionnelle				
- de curiosité intellectuelle				
• Prend des initiatives				
• S'inscrit dans un processus d'autoévaluation				

CAPACITÉS MÉTHODOLOGIQUES (2)

	Insuff.	A.B.	B.	T.B.
• Recueille des informations utilisables				
• Analyse la situation				
• Identifie le ou les problèmes posés				
• Détermine les objectifs de soins				
• Prévoit ses actions en fonction des ressources de la personne et du service				
• Organise des actes de soins avec méthode				
• Assure des transmissions précises à l'ensemble des personnes concernées				
• Évalue l'atteinte des objectifs				

CAPACITÉS TECHNIQUES (2)

	Insuff.	A.B.	B.	T.B.
• Acquiert et utilise les connaissances théoriques et cliniques correspondant aux soins dispensés en fonction du niveau de formation auquel l'étudiant est parvenu				
• Réalise les actes de soins avec dextérité				
• Applique les règles d'hygiène et d'asepsie nécessaires à la sécurité des personnes				

CAPACITÉS D'ADAPTATION (2)

	Insuff.	A.B.	B.	T.B.
• S'adapte à l'organisation du travail du lieu de stage				
• Fait preuve de rigueur dans ses horaires				
• Collabore avec les différentes catégories de personnel				

(1) Indiquer "Secteur hospitalier" ou "Secteur extra hospitalier"
(2) Mettre une croix dans la case correspondante

CAPACITÉS RELATIONNELLES (1)

	Insuff.	A.B.	B.	T.B.
• Identifie les différents comportements et en évalue les conséquences				
• Applique les différentes techniques relationnelles en fonction des personnes et en apprécie les limites				
• Etablit une communication adaptée : - aux personnes soignées - aux situations - à l'équipe de travail				
• Contrôle ses réactions affectives				

CAPACITÉS ÉDUCATIVES ET PÉDAGOGIQUES (1)

	Insuff.	A.B.	B.	T.B.
• Donne, en fonction des besoins de la personne ou des groupes de personnes, des conseils ou des réponses adaptées				
• Participe à l'information et à la formation d'autres stagiaires				

CAPACITÉS D'ORGANISATION (1)

	Insuff.	A.B.	B.	T.B.
• Organise et planifie son travail				
• Tient compte des priorités				
• S'adapte aux situations d'urgence				
• Évalue les actions				

(1) Mentionner au moins deux dans une colonne.

• Sur quels points l'étudiant devrait-il faire un effort particulier ?

.....

.....

.....

	Assez bien 10 - 13	Note attribuée.
Insuffisant 0 - 9		
Bien 14 - 16		20

MERCI D'INSCRIRE LA NOTE
ATTRIBUÉE EN TOUTES LETTRES

Argumentation de la note attribuée en fonction de l'évaluation réalisée :

.....

.....

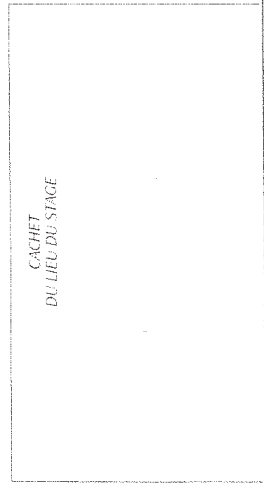
.....

Date :

Noms et signatures :

• Responsable de l'encadrement :

• Etudiant



21

DISCIF

Compétence 1	Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée				
	Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe				
	Pertinence du diagnostic de situation clinique posé				
Compétence 2	Concevoir et conduire un projet de soins infirmier	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers				
	Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins				
	Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin				
	Pertinence des réactions en situation d'urgence				
	Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins				
Compétence 3	Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne				
	Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques				
	Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention				
Compétence 4	Mettre en oeuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Justesse dans les modalités de mise en oeuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques				
	Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes				
	Exactitude du calcul de dose				
	Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et des examens				
	Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention				
	Justesse d'utilisation des appareillages et dispositifs médicaux conforme aux bonnes pratiques				
	Pertinence de mise en oeuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques				
	Fiabilité et pertinence des données de traçabilité				
Compétence 5	Initier et mettre en oeuvre des soins éducatifs et préventifs	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Pertinence de la séquence éducative				
	Pertinence dans la mise en oeuvre des soins éducatifs et préventifs				
	Pertinence de la démarche de promotion de la santé				
Compétence 6	Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle				
	Cohérence dans la mise en oeuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage				
	Justesse dans la recherche de consentement du patient				

Pour chaque ligne de critère évaluable, mettre une croix dans la colonne appropriée.

Compétence 7	Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée				
	Pertinence de l'analyse dans l'application des règles, de qualité, sécurité, ergonomie, de traçabilité, liées aux circuits d'entrée, de sortie, et de stockage du linge, des matériels et des déchets				
	Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation				
	Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés				
	Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail				

Compétence 8	Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée				
	Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel				

Compétence 9	Organiser et coordonner les interventions soignantes	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs				
	Cohérence dans la continuité des soins				
	Fiabilité et pertinence des informations transmises				

Compétence 10	Informier, former des professionnels et des personnes en formation	Non pratiqué	Non Acquis	A améliorer	Acquis
	Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant				
	Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire				

Actes, Activités et techniques de soins	Non pratiqué	A améliorer	Acquis
Entretien d'accueil et d'orientation			
Soins d'hygiène et de confort			
Entretien d'aide, entretien thérapeutique			
Examen clinique d'un patient dont mesure des paramètres vitaux			
Prélèvements veineux			
Prélèvements capillaires			
Préparation pour des examens radiologiques, fonctionnels biologiques			
Injections parentérales avec calcul de dosage			
Perfusions périphériques avec calcul de dosage			
Pansements simples, ablation fils, agrafes			
Pansements complexes/drainages			
Pose d'oxygénothérapie, d'aérosols			
Administration de thérapeutiques médicamenteuses			
Surveillances pré et post opératoire			
Techniques d'apaisement, prise en charge de la violence			
Préparation de la sortie d'un patient			
Techniques de médiations thérapeutiques			
Utilisation de seringues auto-pulsées			
Pose et surveillance de sonde gastrique			
Pose et surveillance de sonde urinaire			
Soins de trachéotomie, aspiration bronchique			
Pose et surveillance de transfusion			
Injections dans des chambres implantables			

Date :	Signature du tuteur :	Cachet du lieu du stage
Nom et signature de l'étudiant :		

Selon l'article L.1111-6 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

Les dispositions du présent article s'appliquent aux personnes majeures sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, mais ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

Si le patient ne désire pas désigner de personne de confiance, faire barrer par les soignants ce formulaire en inscrivant dessus « le patient n'a pas souhaité désigner de personne de confiance », dater et signer.

Je soussigné(e) :

- Nom _____
- Nom de jeune fille (s'il y a lieu) _____
- Prénom _____
- Né(e) le _____ à _____

désigne :

- Nom _____
- Nom de jeune fille (s'il y a lieu) _____
- Prénom _____
- Né(e) le _____ à _____
- Adresse _____

- Téléphone _____
- Degré de parenté ou nature des relations avec l'hospitalisé(e) (facultatif) _____

en tant que personne de confiance.

Fait à Strasbourg, le

Signature

Signature de la personne de confiance (facultatif)

Nombre de questionnaire de sortie réceptionné : 65

Taux de retour du service : 1,96%

Taux de retour des : 3,72%

23-1

Les résultats sont exprimés en pourcentage et ne tiennent compte que des répondants concernés par les questions.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Q1 Appréciation globale du séjour	47.4%	43.9%	7.0%	1.8%
Votre arrivée				
Q2 Accueil par l'infirmière	74.2%	24.2%	1.6%	0.0%
Q3 Accueil par le médecin	70.0%	25.0%	3.3%	1.7%
Q4 Déroulement des formalités administratives	46.7%	43.3%	6.7%	3.3%
Q5 Accueil de vos proches	56.3%	43.8%	0.0%	0.0%
Q6 Signalisation des services	42.4%	45.8%	8.5%	3.4%
Votre hospitalisation				
Q7 Soins et traitements	61.3%	37.1%	1.6%	0.0%
Q8 Informations données par les médecins	58.1%	37.1%	3.2%	1.6%
Q9 Informations données par l'équipe soignante	61.3%	37.1%	1.6%	0.0%
Q10 Prise en compte de la douleur	63.0%	31.5%	5.6%	0.0%
Q11 Respect de l'intimité	61.4%	31.6%	5.3%	1.8%
Q12 Collaboration médicale et soignante	61.0%	37.3%	1.7%	0.0%
Q13 Déroulement des différents examens	54.1%	39.3%	4.9%	1.6%
Qualité des contacts humains				
Q14 Relations avec les médecins	68.8%	28.1%	1.6%	1.6%
Q15 Relations avec l'équipe soignante	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%
Q16 Relations avec les autres intervenants	55.9%	42.4%	0.0%	1.7%
Aspects hôteliers				
Q17 Propreté	59.4%	35.9%	4.7%	0.0%
Q18 Confort de la chambre	58.1%	37.1%	3.2%	1.6%
Q19 Repas	43.1%	23.1%	20.0%	13.8%
Q20 Service du téléphone	35.1%	51.4%	10.8%	2.7%
Q21 Service de la télévision	33.3%	35.6%	20.0%	11.1%
Votre sortie				
Q22 Organisation du départ	49.1%	43.4%	7.5%	0.0%
Q23 Informations sur les soins et traitements à poursuivre à domicile	66.0%	30.0%	2.0%	2.0%

Q24 Recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage ?	Oui	Peut-être	Non
	32.8%	62.1%	5.2%

Le chiffre correspond à l'UF concernée.
NI = Non Identifié

1. COMMENTAIRES POSITIFS

1.1. Signalisation des services

Signalisation des services impeccables.

1.2. Appréciation des soins et traitements

Dans mon cas les soins ont été efficaces et je remercie l'équipe.
Je n'ai que des félicitations à donner à l'Hôpital quant à la qualité des soins.
Très bon service chez le professeur
Continuez sur la même voie, hospitalisation de qualité. Merci pour vos soins.
Toutes mes félicitations et remerciements aux personnels soignants et de service.
Merci à toute l'équipe et au docteur
Service excellent.
Très bons soins.

1.3. Relations avec l'équipe en général

Le personnel très bien.
L'ensemble du personnel m'est apparu chaleureux, souriant et disponible.
Toutes mes félicitations, encouragements à toute l'équipe du personnel du service pour sa gentillesse et son dévouement malgré le peu de moyen.
Accueil très satisfaisant du personnel soignant, ainsi que tout l'ensemble du personnel.
Le personnel est formidable merci.
Le personnel est très convivial et très gentil.
Nous étions et sommes encore très très satisfaits de l'Hôpital, car mon papa retourne toutes les 3 semaines pour une équipe de personnel soignant, médecin formidable, gentil, aimable, à l'écoute du patient, ainsi qu'aux proches de celui-ci, une deuxième famille, car toujours le sourire, un mot gentil, des gestes doux, vraiment, nous sommes très à l'aise. Donc un grand merci à tous et toutes, le service formidable.
Je n'ai que des félicitations à donner à l'Hôpital quant au personnel, à la qualité de l'écoute.
Personnel très à l'écoute.
Merci pour être à l'écoute des malades.
Personnel très aimable et dévoué.

1.4. Relations avec les médecins

J'ai été très satisfaite dans les deux services. Tout le personnel est très sympa et communicatif, ce qui est très important pour nous les malades. J'espère qu'à l'avenir ceci restera primordial et que les employés auront toujours cette possibilité d'avoir ce bon contact avec les patients. Que ce soit nettoyage, admission, aide soignante, infirmières, internes, kiné, médecins, tout le monde est très gentil et dévoué.

1.5. Relations avec l'équipe soignante

Bravo pour le personnel soignant.
mériterait un de qualité, aussi bien pour le patient que pour les équipes médicales en place, qui sont de très grande qualité.
Heureusement que l'équipe soignante est très professionnelle, toujours souriante, aimable et de bonne humeur. Bravo de ce côté là.
J'ai été très satisfaite dans les deux services. Tout le personnel est très sympa et communicatif, ce qui est très important pour nous les malades. J'espère qu'à l'avenir ceci restera primordial et que les employés auront toujours cette possibilité d'avoir ce bon contact avec les patients. Que ce soit nettoyage, admssion, aide soignante, infirmières, internes, kiné, médecins, tout le monde est très gentil et dévoué.

1.6. Relations avec les autres intervenants

J'ai été très satisfaite dans les deux services. Tout le personnel est très sympa et communicatif, ce qui est très important pour nous les malades. J'espère qu'à l'avenir ceci restera primordial et que les employés auront toujours cette possibilité d'avoir ce bon contact avec les patients. Que ce soit nettoyage, admission, aide soignante, infirmières, internes, kiné, médecins, tout le monde est très gentil et dévoué.

1.7. Confort

Le _____ est beau, c'est propre continuer dans ce sens avec tout mes respects.
Les chambres sont très accueillantes.

2. COMMENTAIRES NEGATIFS

2.1. Déroulement des formalités administratives

Idem pour les inscriptions administratives, il faut aider les gens âgés ou handicapés à rapprocher les postes, j'ai dû aller en _____

2.2. Respect de l'intimité et de la dignité

Comment parler de respect de notre intimité, lorsque l'on plonge dans les chambres des voisins. Bonjour la discrétion.

La manque de respect : la disposition en vis à vis transparents entre les chambres des malades, indécent, inacceptable.

Mon intimité n'a pas été bafouée puisque je peux me laver mais voir par la fenêtre d'autres patients se faire laver et assez limite. Pourquoi ne pas baisser automatiquement leur rideau !!! Je trouve également limite le fait de marcher dans le couloir du rez-de-chaussée et de voir les patients faire leurs examens.

Pourquoi sommes nous obligés de voir et d'être vue par d'autres patients des chambres de l'autre aile, (obligés de fermer les volets toute la journée) la lumière est allumée toute la journée.

2.3. Continuité, organisation et coordination des soins.

Perte de temps vue qu'à chaque fois on change de médecin et on est obligé de répéter à chaque fois.

A chaque rendez vous vous avez un autre médecin qui traite votre suivi de dossier. En plus des feuilles d'examen de sang qui manquent pour prescrire la chimio, alors qu'ils ont été envoyé par fax dans le service de _____ c'est malheureux pour une _____ il faut attendre entre 6 et 7h00.

2.4. Attente

Attente au service

Manque d'organisation, la chambre n'est jamais prête quand on arrive.

Attente en consultation, rendez-vous, résultats

A deux reprise suite à une consultation à l'hôpital du jour pour une _____, je suis pratiquement le dernier à sortir de l'hôpital. Est-ce que j'ai une tête qui ne plaît pas à la secrétaire de réception ? Ce n'est pas normal que cinq à sept patients qui arrivent après mon rendez vous soient pris avant votre tour.

Attente ambulancier, brancardier

Le service d'ambulance interne à l'Hôpital _____ a au minimum une heure de retard. Le retard, c'est deux à trois heures d'attente. C'est inadmissible qu'il laisse les patients remonter seul dans les chambres. Ca concerne tout le service ambulancier, c'est une horreur, comment peut-on accepter cela?

Le service d'ambulance et de VSL est nul. Ils font attendre 3 heures et plus, c'est inadmissible. Nous sommes des malades et nous devons supporter ça, et bien non! Vous arrivez avec 2 heures de retard, on vous renvoie car ça ne va pas, où vous devez encore attendre 2 heures votre tour. Ce n'est pas normal que le service d'ambulance me fasse rentrer à l'Hôpital en taxi, alors que ça ne va pas.

2.5. Relations avec les autres intervenants

Suite à un problème rencontré lors d'un transport sur . Je me suis rendu chez le responsable du brancardage, je suis outré par l'accueil de se dernier ainsi que son comportement, je ne suis pas son chien. C'est pourquoi lors de mon entretien avec vous, je vous demanderais de bien vouloir inviter ce très cher monsieur. D'avance merci.

2.6. Disponibilité du personnel

Il y a une chose que je tiens à dire, manque de personnel.

2.7. Propreté des locaux

On marche sur un tapis de mégots, sur des gobelets, des cuillères, ou une flaque des boissons renversées.

2.8. Confort

Chambre

Les chambres pourraient être un peu plus larges, une table serait la bienvenue. Dans cet , on manque de place dans les chambres et il n'y a pas de place pour rencontrer la famille. Les chambres sont un peu vétustes.

Aspect visuel

Le cadre de vie couleurs, décoration est triste. Il manque des éléments de décoration qui pourraient égayer un peu l'ambiance. Il est regrettable que l'entrée ressemble à celui d'un tunnel non éclairé.

Literie

les matelas sont de très mauvaise qualité. Position couchée étant inconfortable, il faut relever le dossier : la conséquence il n'est pas possible, vu ma grande taille, d'étendre les jambes. Ce serait vraiment mieux, si tous les lits étaient électriques, surtout en chirurgie thoracique. Le nouveau lit est trop lourd, pas pratique, électronique trop sensible, pas maniable, enfin bref a revoir.

Température, luminosité, aération, climatisation

Il fait trop froid dans les chambres et la ventilation fait trop de bruit.

Bloc sanitaire

Manque de sanitaires et de douches.

Matériel, équipement

Les escaliers internes entre certains étages, remplacés par des escaliers externe; en cas de panne d'ascenseur le trajet des malades est soumis à des aléas climatiques, invraisemblable.

2.9. Bruits internes

Beaucoup de bruit en , vraiment pensez aux gens qui se reposent.

2.10. Bruits externes

Bruit incessant des voitures, camionnettes, motos et klaxons. Insupportable pour les malades, 40 véhicules en 5 minutes.

2.11. Restauration

Qualité

Qualité des repas.

Quantité

Pourquoi un seul beurre pour le petit déjeuner du matin, pas de lait pour le café du midi et soir.
Petit déjeuner pas très conséquent.

Diversité, équilibre

En deux jours, trois fois de la soupe de tomates! Trop de viande. Proposer des repas légers le soir.

Présentation

Par contre, leur conditionnement dans les barquettes donnent une odeur et un goût de plastique et ne favorisent pas l'appétit.
Présentation parfois limite.

Cuisson

En ce qui concerne les repas, la qualité et de leur cuissons n'est pas remise en cause mais objectivement critiquable.

Assaisonnement

Pas de raffinement dans le goût, les herbes.

2.12. Service du téléphone

Le téléphone et la télé sont hors de prix. Deux heures de communication et 5 jours de télé, plus de euros. Pourquoi devoir aller en ? Et la dame seule de 80 ans, elle fait comment? Il faudrait un accès direct par le téléphone de la chambre.

2.13. Service de la télévision

Je n'étais pas trop satisfaite au sujet de la télévision. Car ils disent que nous avons la . Mais il y avait beaucoup de chaîne que je n'ai pas reçue.

Le téléphone et la télé sont hors de prix. Deux heures de communication et 5 jours de télé, plus de euros. Pourquoi devoir aller en ? Et la dame seule de 80 ans, elle fait comment? Il faudrait un accès direct par le téléphone de la chambre.

2.14. Stationnement

Je trouve inadmissible que le parking soit payant.

Problème de stationnement, manque de stationnement pour les handicapés.

Il faut absolument faciliter les visites en proposant des parkings adéquats, simples d'utilisation, proches de l'hôpital. Mes parents 81 et 77 ans, n'ont pas pu venir me voir, vu qu'il n'y a pas de place pour la voiture. Le parking sombre et compliqué est exclu pour eux. Ils ne peuvent marcher jusqu'en

Manque des places de parkings.

2.15. Autres prestations

A cette époque, dans un , je trouve normal que les patients disposent d'un droit d'accès à internet.

Annexe 2

Questionnaires destinés aux entretiens

Annexe 2. a

Grille destinée aux entretiens réalisés en 2006 avec des infirmiers

- 1- Quelle est votre définition du soin infirmier ?
- 2- Quelles sont vos motivations pour exercer la profession d'infirmière ?
- 3- Quelles valeurs attachez-vous à l'exercice de cette profession ?
- 4- Quelles émotions éprouvez-vous le plus fréquemment lors des soins donnés aux patients ?
- 5- Comment « gérez-vous » ces émotions ?
- 6- Quelle part le côté émotionnel a-t-il selon vous, dans ce métier ?
- 7- Vous arrive-t-il de vous attacher à certains patients ? Cela facilite-t-il les soins ou les rend-il plus difficiles ?
- 8- Pensez-vous que l'aspect émotionnel fasse partie intégrante du travail infirmier ?
- 9- Qu'évoquent pour vous les termes d'empathie, de maîtrise émotionnelle et de neutralité ?
- 10- Quel espace de décision estimez-vous avoir dans l'exercice de votre profession ?
- 11- Que représente pour vous le rôle propre infirmier ?
- 12- Quelle importance attachez-vous au travail en équipe ?

Annexe 2. b

Grille pour les entretiens réalisés en 2010 et 2011 des infirmiers

Expliquer le thème de la recherche : Je propose à l'interlocuteur de parler du travail émotionnel chez les soignants, et en particulier de quelle manière ou sous quels aspects il se trouve modifié par différentes réformes concernant les professionnels du soin, les droits des patients et les institutions hospitalières.

Questions et remarques d'usage : rappel que cet entretien sera traité de façon anonyme dans la suite du travail. Demande d'autorisation d'enregistrer l'entretien.

1. Depuis quand exercez-vous la profession d'infirmier ? pourquoi être venu travailler dans ce service ?

Questions « brise-glace » et qui donne des informations quantitatives mais aussi qualitatives car on peut penser qu'un soignant exerçant depuis longtemps a un recul et une façon de moduler ses émotions de manière différente qu'un jeune diplômé. De plus, l'un et l'autre n'ont pas forcément appris leur métier de la même façon car l'enseignement initial a été plusieurs fois réformé.

2. Souvent les soignants disent que c'est la relation à l'autre qui les motive dans ce métier, que c'est cela qui les a poussé aussi à choisir cette profession? Est-ce que c'est pareil pour vous ? Qu'est-ce qui vous plaît dans ce métier? Et qu'est-ce qui vous déplaît (ou est difficile) ?

Cibler l'aspect relationnel et émotionnel. Cette question qui doit permettre de situer certaines valeurs et motivations au travail dans ce registre. Les réponses pourront constituer autant « d'accroches » lors de la poursuite de l'entretien.

3. Est-ce que la relation au patient s'apprend ? Comment est-ce que ce que vous avez «appris» la relation avec le patient ?

4. Avez-vous perçu ou constaté des changements dans les demandes qui émanent des patients ou des familles ? De quel ordre sont ces changements ? A quoi est-ce que vous les attribuez ?

5. Est-ce que votre manière d'envisager la relation soignante s'est modifiée depuis que vous pratiquez ? De quelle manière, dans quel sens ? D'après vous, qu'est-ce qui a influencé ces changements, ces modifications ?

6. Que vous demandent les patients ? quelles sont leurs questions ? A leur admission par exemple.

7. Quand on parle des « droits du patient » (les différentes réformes qui sont intervenues comme la Loi Kouchner, ou la loi Léonetti notamment), qu'est-ce que ce ça évoque pour vous? Est-ce que ça a changé quelque chose dans la pratique infirmière ? Dans la relation au malade ?

Doit permettre de comprendre de quelle manière sont perçues ces réformes par l'interlocuteur et comment elles s'intègrent à son travail.

- 8. Est-ce que c'est possible de toujours faire comme le patient veut ou de toujours respecter ce qu'il ne veut pas ? Est-ce que c'est parfois souhaitable de ne pas faire comme il veut ? Est-ce que ça arrive de ne pas faire comme il veut ? Peux-tu me donner un exemple ?**
- 9. Comment entends-tu les termes de « patient, d'usager ou de client » ? Qu'est-ce que ces mots évoquent pour toi, par rapport à ta pratique ?**
Permet d'examiner comment l'interlocuteur connote ces différentes appellations et ce que cela révèle de son positionnement en tant que soignant. Comment l'un ou l'autre terme sont connotés pour l'interlocuteur, quel nom il utilise spontanément pour désigner la personne malade, à cette question et dans le reste de l'entretien.
- 10. Que veulent dire pour toi les expressions « placer le patient au centre des préoccupations du service » et « Personnaliser les soins » ? Est-ce que cela se traduit dans ta pratique ? De quelle façon ? Penses-tu que c'est ce que demandent les patients ? Penses-tu que c'est ce qui se passe dans le service ? Est-ce que c'est toujours possible ? Quelles limites y vois-tu ?**
Ce sont là deux exemples de ce qui peut s'appeler une « rationalisation d'un idéal du soin ». Comment sont-ils identifiés ou connotés par l'interlocuteur ?
- 11. Qu'est-ce qui te semble le plus difficile émotionnellement dans ton travail ? Pour quelle raison ? Comment fais-tu alors pour rester professionnel(le) ? Que veut dire pour toi « être ou rester professionnel » ?**
Doit permettre d'obtenir des éléments sur la signification du professionnalisme pour l'interlocuteur, sur la manière dont il envisage son rôle professionnel lorsqu'il est fortement affecté par une situation.
- 12. D'après ce que tu vois dans le service, et ceux où tu as travaillé avant, est-ce que les patients te semblent-ils plus autonomes, plus responsables ? Dans quel sens ? Comment cela se traduit-il ? Exemples.**
Les différentes réformes visant à affirmer l'autonomie du patient sont-elles perçues comme affirmant effectivement cette autonomie face aux soins ?
- 13. A quoi tiens-tu le plus dans ton travail ? Est-ce que tu arrives à garder ce ou ces principes ?**
Confirmation des réponses données à la question 2 sur des valeurs personnelles ou professionnelles. Doit permettre de connaître de quelle manière l'interviewé ménage ces valeurs au cas où elles risquent d'être mises à mal.
- 14. Est-ce qu'il t'arrive de te sentir dévalorisé(e) dans ton travail ? Dans quelles circonstances ? Comment fais-tu alors ?**
Permet d'aller plus loin dans la question précédente, de cerner si la distinction entre relation de service/ relation servile a une pertinence dans le domaine des soins.

Annexe 2. c

Grille d'entretiens avec des cadres de santé réalisés en 2011

Expliquer le thème de la recherche quelle place occupe l'information (données au patient et reçues du patient par l'infirmier (e)) dans la relation de soin ? Quelles informations donnent-ils et quelles difficultés sont rencontrées dans l'information au patient ?

Préalables obligatoires (rappelés à chaque entretien) :

Etant également professionnelle du soin et tenue au secret professionnel, aucun nom de patient ou éléments d'identification, ne seront divulgués dans la suite du travail de recherche.

Tous les entretiens sont réalisés avec accord des infirmiers, volontaires pour y participer, et du cadre de santé du service de soin. Ils sont ensuite traités de façon anonyme dans la suite du travail de recherche.

L'autorisation d'enregistrer l'entretien est systématiquement demandée.

1. Depuis quand exercez-vous la profession d'infirmier ? pourquoi être venu travailler dans ce service ?
2. Avez-vous perçu ou constaté des changements dans les demandes qui émanent des patients ou des familles ? De quel ordre sont ces changements ? A quoi est-ce que vous les attribuez ?
3. Est-ce que la relation au patient s'apprend ? Comment est-ce que ce que vous avez « appris » la relation avec le patient ?
4. Que vous demandent les patients ? quelles sont leurs questions ? A leur admission par ex.
5. On parle beaucoup des droits du patient. Qu'est-ce qu'ils recouvrent pour vous ? Sont-ils importants dans votre pratique quotidienne ? pourquoi ?
6. De quoi informez- vous le patient ? Avez-vous des exemples de ce que vous lui transmettez ?
7. Rencontrez-vous des difficultés pour informer le patient ? De quel ordre sont ces difficultés ? avez-vous des exemples ?
8. Comment entendez-vous les termes de patient, d'usager, malade, client ou consommateur ? Qu'est-ce que ces mots évoquent pour vous ?
9. Comment est-ce que vous rendez-compte de la relation au patient ? Est-ce que cette relation est valorisée, ou devrait l'être ? Si oui, comment ?
10. Comment entendez-vous les termes de « patient, d'usager ou de client » ? Qu'est-ce que ces mots évoquent pour vous ?
11. Est-ce que votre manière d'envisager la relation soignante s'est modifiée depuis que vous pratiquez ? De quelle manière, dans quel sens ? D'après vous, qu'est-ce qui a influencé ces changements, ces modifications ?

Annexe 2. d Grille d'entretien pour les entretiens en 2011 avec des représentants d'utilisateurs

Expliquer le thème de la recherche : Mon nom est Claire-Ange Gintz. Je suis actuellement en poursuite d'études en vue de l'obtention d'un doctorat en éthique à l'université de Strasbourg. Parallèlement à cela, j'exerce une activité professionnelle d'infirmière.

Ma recherche doctorale porte sur la relation patient / infirmière et sur son évolution compte tenu des réformes sur les droits du patient et du nouveau contexte de soins. le point de vue sur la manière dont les patients/utilisateurs perçoivent la profession d'infirmière, quelle est leur expérience et quelles attentes ils expriment vis-à-vis d'elle, mais aussi quelles plaintes ou demandes, s'il y en a, formulent-ils en direction de cette profession?

Questions et remarques d'usage : rappel que cet entretien sera traité de façon anonyme dans la suite du travail. Demande d'autorisation d'enregistrer l'entretien.

1. Quelles sont exactement vos fonctions : association, CRUQ ?
Avez-vous des contacts directs avec des patients ?
2. Comment décririez-vous l'évolution de droit des patients ces dernières années ?
3. Les sources d'information médicales ou sur la santé, sont multiples. Comment les patients gèrent-ils cette diversité, ce volume ?
4. On parle souvent de relation asymétrique entre le patient et les professionnels du soin.
Est-ce encore le cas ?
5. Concernant la CRUQ, combien de plaintes sont traitées en moyenne par an ?
Ce chiffre est-il en augmentation ? Pourquoi à votre avis ?
Quelles sont les thèmes principaux de ces plaintes ?
6. Dans certains cas, la plainte porte sur des aspects paramédicaux des soins. Pourriez-vous m'en dire plus ?
7. De manière générale, de quoi les personnes se plaignent-elles ?
8. Parlent-ils plus volontiers pour eux-mêmes, de « malades », de « patients »,
d'« utilisateurs » ou encore de« clients » ?
9. Comment la profession infirmière est-elle identifiée par rapport aux autres professions de santé ? Quelle image véhicule-t-elle ? Des attentes sont-elles formulées vis-à-vis de cette profession ?

Annexe 3.

Tableaux synthétiques reprenant les principales données

Annexe 3.a

Entretiens avec des infirmiers en 2006 et 2011

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises de l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med A 1.</p> <p>Ancien neté 3ans</p>	<p>« L'infirmière, c'est celle qui intervient à toutes les étapes du parcours de la vie.»</p> <p>« Un soin infirmier, ça peut être un soin technique ou un soin relationnel déjà. Et heu... en fait c'est la définition de soigner quoi ». Mais : « Je veux dire si on va faire une injection, on n'y va pas on toque on rentre, je fais l'injection et je retourne sans rien dire (...) automatiquement on va dire deux, trois mots. Quand je vais faire l'injection d'antibiotiques, le patient va nous dire quelque chose, il va peut-être se lâcher, souvent par rapport au médecin aussi, le patient se confie plus au personnel paramédical qu'au personnel médical»</p> <p>« Les aides-soignantes, elles sont encore plus proches que nous des malades. »</p> <p>« Ce que je trouve qui est bien c'est que les malades ben je le disais avant, on les a vu et revu et si y'a quelque chose qui nous énerve un peu, alors c'est bien de pouvoir rester un petit peu devant de temps en temps.(...) Nous on a plus cette liberté de prendre de la distance alors que elles, elles sont tout le temps en contact avec les malades»</p>	<p>« L'infirmière cherche à connaître la personne qu'est le patient. C'est pour elle une chose qui distingue de la profession de médecin. »</p> <p>«C'est le plus important, même par rapport à la technique. Mais on se dira pas : <i>maintenant je vais rentrer dans la chambre du malade et je vais discuter avec lui.</i> »</p> <p>« Pour soigner je pense qu'il faut quand même qu'il y ait une distance minimale entre le patient et le soignant. Maintenant, on ne peut pas non plus faire une barrière fermée Il faut quand même que ce contact ... c'est inévitable je veux dire.»</p> <p>« Quand on est derrière, y'a ce côté relationnel qui est favorisé. Si on reste devant en salle de soins ben ça sera que le côté technique, que de la paperasserie. Et donc c'est vrai que le côté relationnel sera..., y'aura pas de côté relationnel quoi ».</p>	<p>« À l'école, on m'avait appris que il faut être bien avec le malade mais sans s'immiscer, ... trop personnellement dans la vie du malade.»</p> <p>« À un moment donné, je pense que, il faut qu'on se recadre aussi soi-même (...) Parce que je pense qu'on peut plus soigner après (...)je sais pas si c'est forcément bien ou pas bien »</p> <p>« Comment faire ? moi, j'en parle à mes collègues (...) C'est déjà arrivé qu'une collègue dise qu'elle a aussi du mal avec tel patient. Donc on se sent moins seule. Si on garde tout pour soi, déjà on rentre chez soi ça cogite, ... »</p> <p>« Tout ce qui est en rapport avec les trachéotomies j'ai un petit peu de mal. Et aussi les gens qui sont en isolement. J'ai toujours une appréhension... j'ai un petit garçon à la maison. Je dois me pousser, me dire 'allez, allez, t'est payée pour ça !».</p>	<p>Le confort, le bien-être, faire des massages anti-escarre.</p> <p>« Le besoin d'être écouté. Une habitude qu'un patient avait au domicile, il arrive chez nous, mais ça lui ira pas comment on fonctionne et ça peut totalement le bouleverser. Je pense qu'il faut être à l'écoute»</p> <p>«On peut être sympathique mais pas en débordant »</p> <p>« Le malade il a peut-être besoin de se confier et j'ai déjà la main sur la poignée. Souvent c'est vrai qu'en sortant ça me fait mal au cœur (...) je me dis là, <i>il avait besoin maintenant de se confier</i> »</p> <p>« Je suis assez rigoureuse donc ça, ça fait partie de, des points forts »</p>	<p>«Quand le médecin arrive, on parle ensemble des patients, on suggère et après ben eux ils décident avec nous»</p> <p>« De l'autonomie, par rapport à ce qui est nursing oui. Là on met des choses en place (...) Le côté confort c'est nous qui le gérons. Les médecins voient pas ce côté je pense (...) Le rôle propre de l'infirmier? Elle prend des initiatives par rapport au confort et au bien-être du malade (...) les AS souvent elles proposent des choses par rapport à ça»</p>	<p>« Quelquefois, <i>on se reflète</i> dans le patient, surtout des jeunes qui viennent pour une chimio. Malgré que ce soit pas bien de le faire, on se met souvent à la place des gens. c'est pas évident de suivre des personnes pendant un bout de temps et qu'on retrouve dans le même service pour des fins de vie».</p> <p>« On s'attache à eux en fait (...) Eux aussi quand ils viennent ici ils se sentent un peu chez eux »</p> <p>« On s'attache toujours. Il y a des gens qui viennent pour chimio'. Ils reviennent régulièrement, donc c'est un lien positif. On connaît les gens, leur famille, on sait pourquoi ils viennent, Mais on laisse quand même la distance».</p>	<p>Embarras vécu lors de l'administration d'un calmant à un patient venu pour sevrage éthylique sans avoir reçu d'information par le médecin.</p> <p>« C'est gênant par rapport...parce que c'est des sujets un peu tabous comme l'alcool...Donc souvent on est un peu dans...on râle après le médecin qui n'a pas prévenu le patient »</p> <p>« On peut faire les transmissions sans avoir vu le malade, alors que l'aide-soignante elle sera forcément passée au moins une fois »</p>

<p>Med A 2.</p> <p>Ancien neté 6 ans</p>	<p>« C'est une profession qui m'attirait, comme ça. Je voyais pas du tout le côté toilette par contre. L'infirmière c'était plutôt, voilà, les prises de sang, les injections. Je voyais pas le côté ... les patients grabataires quoi. _ Plutôt le côté technique ? _ Voilà. (...) pour tout, changer la couche d'une personne adulte, c'était pas forcément évident mais bon, on s'y fait il faut se dire qu'on le fait au départ pour la personne »</p> <p>« On crée un lien positif avec les patients (...) Plus difficile avec la famille (...) C'est parler avec les gens »</p> <p>« Pour l'organisation du service. Et c'est des choses qu'on n'apprend pas à l'école et qui sont pas protocolisées. Et plein d'autres choses qui sont marquées nulle part : la préparation avant une coloscopie ou une rectoscopie par exemple. Des habitudes de service. »</p> <p>Le travail en équipe « c'est important pour pas craquer. On peut pas travailler seule. C'est important de pouvoir compter sur l'équipe (...) De pouvoir parler entre nous, ça permet de soulager, de voir les choses autrement »</p>	<p>L'empathie « Je pense que c'est important (...) mais on n'a pas le temps de parler avec les gens, sauf pendant la toilette, qui dure un quart d'heure-vingt minutes ».</p> <p>« C'est toujours la même chose. Parfois cinq minutes ça suffit (...) Si on n'est pas disponible en journée, souvent les patients se rabattent sur les veilleuses de nuit qui ont un peu plus de temps »</p> <p>« Je n'ai pas tellement ressenti de clivage entre technique et relationnel. La part de soins techniques a beaucoup augmenté, mais cela me convient. »</p> <p>« Par contre, le temps que prennent ces soins est sous-estimé. Les médecins, ils se disent comme par exemple les <i>chimios</i>, ils pensent que c'est juste piquer dans la chambre implantable et puis basta. Alors que souvent, on passe 3 heures à courir après les produits, qui passent ensuite sur 2 ou 3 heures ».</p>	<p>« Quand le patient va moins bien ou qu'il y a un décès, c'est difficile. Surtout avec les familles, c'est délicat. J'ai une collègue pour qui c'est une détresse aussi. C'est pas évident. Parfois on aimerait pouvoir en discuter avec quelqu'un qui puisse nous orienter. Parfois on aimerait pouvoir en discuter avec quelqu'un qui puisse nous orienter. _ Vous orienter... ? _ Enfin, nous dire comment exprimer les choses ou je sais pas, nous... parce que moi j'ai fait une formation sur la fin de vie, y'avait une psychologue qui nous a quand même éclairé. On aimerait bien quelqu'un pour nous aiguiller, savoir comment dire les choses ».</p> <p>« En formation initiale, le relationnel est magnifié, mais sur le terrain, on se rend vite compte que c'est pas possible de faire tout ce qu'ils disent »</p>	<p>« Le patient parfois, ne peut pas exprimer certaines choses de sa maladie à la famille. C'est mieux alors avec l'infirmière ».</p> <p>« y'a des patients plus demandeurs » que d'autres de relation et d'affection. »</p> <p>« Une bonne infirmière ? c'est de la patience, une bonne organisation, comprendre ce qu'on fait et puis...garder le sourire, être dynamique, et puis...y'a plein de choses qui évoluent, ne pas se dire qu'on sait tout »</p>	<p>« Y'a pas de liens très forts entre nos toubibs. De toutes façons le palliatif, c'est pas leur priorité (...) On est toujours obligées de pleurer. Bon, ne serait-ce que quand les gens n'ont plus de capital veineux, pour les perfusions en <i>sous-cut'</i>, c'est la croix et la bannière quoi. »</p> <p>« Donc souvent, ben tu mets une perf' <i>sous-cut'</i> pendant la nuit (...) parce que les gens la journée... pour que la journée les chefs ne le voient pas, mais que le malade ne se dégrade pas non plus. »</p> <p>« L'autonomie est pas très grande hein. Par exemple, ce qui est matelas anti-escarre ou soins de confort »</p>	<p>« Pour les chimiothérapies, euh, à terme on va pas dire que y'a que des décès mais quasiment donc euh... voilà. Si tu le prends trop à cœur, pour nous, c'est pas bon quoi. »</p> <p>« On n'a pas de moyen de décharger. je garde beaucoup pour moi, ou alors on discute entre nous. Y'a une collègue de travail qui n'arrive pas du tout à assurer les fins de vie. Elle a eu un cancer et dès qu'il y a une fin de vie, elle évite de rentrer dans la chambre »</p> <p>« On peut pas toujours être à distance. J'ai pleuré avec une collègue au décès de son papa »</p>	<p>« Je trouve que ce qui manque c'est surtout des transmissions de la part des médecins. Parce que nous on leur fait des transmissions et finalement on sait jamais ce qui en découle. Si tu poses pas de questions, voilà. Ils le faisaient plus au début, quand j'ai commencé à travailler ici. A midi avant de quitter le service, ils nous disaient : « <i>Bon, là y'a rien de spécial. Chez celui-là, on a trouvé ça, ça et ça</i> » et c'est vrai que ça se fait plus. Je sais pas si nos médecins ont conscience que souvent leur service fonctionne peut-être beaucoup avec du personnel aussi ? »</p>
---	---	--	--	---	--	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises de l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med A.3.</p> <p>Ancien neté : 3 ans</p>	<p>« Le soin infirmier est:« soit un soin technique, prescrit par un médecin, ou alors un soin de, on fait un remplacement. Ca peut être un soin d'hygiène aussi, ou un soin de confort pour améliorer l'état du patient, lui apporter euh, des soins qui vont permettre de... D'aider sa guérison ou améliorer son état de vie. »</p> <p>« on est un lien entre les aides-soignantes et les médecins et les patients »</p> <p>« J'avais envie d'être avec des gens, d'aider les autres, de pouvoir leur faire du bien, de leur apporter quelque chose de positif. »</p> <p>«L'empathie c'est essayer d'être à l'écoute de la personne, comprendre sa détresse ou ses difficultés et essayer de répondre au mieux à son attente »</p> <p>«y' a certaines anciennes qui sont pas trop pour des changements. Elles, elles ont toujours travaillé comme ça, elles sont habituées et ça leur convient »</p>	<p>« Je pensais qu'on était plus proche du patient, qu'on avait plus de temps auprès des patients et je pensais pas qu'il y avait autant d'administratif »</p> <p>« Dans le service où je travaillais avant, je passais pas plus de temps avec les patients parce que je faisais encore plus de technique. J'avais beaucoup moins le temps pour laver les gens. (faire des toilettes) c'est vachement bien parce que au moins tu connais le patient d'avantage ou au niveau cutané, tu le vois quoi, tu enregistres mieux, (...) Moi je trouve qu'on a trop de malades. A Colmar on était sectorisé. Donc t'avais tes 14 malades et comme tes malades, tu les avais en charge en général plusieurs jours donc t'avais quand même la possibilité de les connaître mieux et tu savais mieux ce qui avait été fait au niveau des résultats des escarres, tu voyais plus le patient dans sa globalité. Ici, quand tu fais pas l'infirmière de bureau, le matin tu peux quand même faire des toilettes.</p>	<p>Pour faire face à certaines répulsions dans les soins, « Je pense à autre chose. Si je vois plein de crachats, j'essaie de pas penser à ce que c'est (rires)».</p> <p>Ou à la peur de faire mal :« Je le fais quand même. J'ai pas tellement de mal, je sais que bon, ça fait partie des soins donc il faut le faire et quelque par, y'aura peut être toujours une petite douleur qu'on arrivera peut-être pas à prendre en charge parce que bon les gens ils sont âgés, ils ont mal aux articulations, mal partout. Y'a des douleurs qu'on arrive pas à contrôler donc moi, j'ai pas trop de mal avec ça».</p> <p>« J'ai des collègues qui ont beaucoup de mal, qui sont très sensibles quand y'a un décès, qui vont pleurer. Moi, je... non, ça m'est jamais arrivé je crois. Mais disons que j'arrive à faire la part des choses et à me mettre des limites et disons que je me dis bon après tout quand c'est des gens qui avaient des</p>	<p>Le besoin de présence est difficile à évaluer, et surtout en fin de vie ou en situation aiguë: «ils voudraient qu'on soit à côté pour pas se sentir seuls, savoir qu'il y a quelqu'un qui sera là s'il est en manque de souffle. »</p> <p>La patience, mais elle dit tout de suite qu'elle en manque.</p> <p>Empathie: «j'ai du mal à être empathique, de plus en plus ».</p> <p>L'attention portée aux multiples surveillances du patient, et de vérifications en cas de doute sur une prescription.</p>	<p>« Je trouve qu'on a pas les moyens de faire vraiment notre travail. Toutes les infirmières sont un petit peu déçues de ce côté-là. On aimerait bien voir notre malade, passer plus de temps avec le patient, voir que ce qu'on fait donne quelque chose, que c'est positif, avoir le temps d'évaluer et pas seulement noter dans le dossier de soins ce qu'on fait et puis l'évaluation et ben on verra parce qu'on a pas le temps, parce que on oublie et parce qu'il y a trop de choses »</p> <p>« (...) tout ce qui est médical tu l'évalues...les antibiotiques, bon ça c'est fait par les médecins. Mais quand t'as fait de l'oxygène, bon c'est aussi un traitement médical. Mais si le patient te dis « ça m'a fait du</p>	<p>« j'ai un peu de mal avec les crachats. Je préfère les urines, les selles et le vomi. Enfin, j'arrive mieux à gérer ça »</p> <p>« ça m'angoisse un petit peu quand les gens ils manquent d'air, quand ils sont dans l'asphyxie. C'est dur parce qu'il faudrait être près d'eux beaucoup plus longtemps, beaucoup plus souvent, et tu peux pas »</p> <p>«Est-ce que garder une distance c'est important ?</p> <p>_ Oui, je pense c'est important.</p> <p>_ C'est important pour le soignant, pour le patient ?</p> <p>_ Ben heu, pour les patients c'est peut-être bien parfois de...de...ça montre aussi l'empathie, le fait de ...même pas forcément de pleurer, ... On a pas toujours besoin de parler non plus, mais de ... de</p>	<p>« Le retour des médecins aussi, on a pas trop. Tout ce qui est devenir et tout ce qui est résultats des examens. Donc je trouve que c'est important qu'on sache aussi. Ici c'est plutôt : l'infirmière exécute et puis voilà, elle se demande pas plus. Elle a pas besoin. »</p> <p>« C'est frustrant de pas avoir d'infos sur ce qui a été fait, ...La dernière fois on a appris alors que le patient était là depuis un mois que, qu'il avait fait une phlébite au niveau d'un bras. Bon c'est quand même important que l'infirmière le sache».</p> <p>« C'est difficile, surtout quand on sait qu'il n'y a plus grand-chose à faire, que les médecins font plus rien, qu'on en peut plus...et parfois on sait pas ce qui a été dit du côté médical donc on doit pas faire de bêtise et je pense</p>

		<p>C'est vachement bien parce que au moins tu connais le patient d'avantage ou au niveau cutané,».</p> <p>« Là où je travaillais avant, y'avait des gens qui disaient « <i>C'est agréable qu'on ait le temps de parler</i> » .</p> <p>Ici, ben je sais pas. Je le fais moins.</p> <p>Y'a plus de patients qui sont désorientés ici, qui ont du mal à s'exprimer aussi. Y'a plus de patients qui sont incohérents, qui sont plus capables de comprendre ce qu'on fait quoi. Bon je sais pas...J'ai une petite fille alors je suis peut-être moins ciblée par mon travail »</p>	<p>cancers, qui ont souffert, je me dis que après tout ils sont bien mieux là où ils sont. Du côté des décès c'est vrai que ... j'ai jamais trop de difficultés ».</p> <p>« Quand on a un retour des patients, c'est agréable. Quand on a le temps de parler aussi entre nous de patients qui sont incohérents, qui sont plus capables de comprendre ce qu'on fait ».</p>		<p><i>bien</i> », je vois aussi dans ses yeux, mais on a pas suffisamment de temps je trouve pour ça ...»</p> <p>Pratique des perfusions sous cutanée: « Le chef de service il est contre, contre, contre. C'en est au point où on pose et quand y'a la visite, on les dé-perfuse »</p> <p>« Tout ce qui est prise en charge des risques cutané. Quand quelqu'un a une saturation basse on va monter l'oxygène, après on en parle au médecin. Quant ils sont en hypo, on re-sucré...y'a quand même plein de choses qu'on fait nous-mêmes. Après on leur en parle. »</p>	<p>regarder la personne et puis d'essayer de comprendre. En prenant un minimum de temps ils savent déjà qu'on a fait quelque chose, on leur a déjà fait du bien.. (...)parfois je me dis que je mets trop facilement de la distance, que je suis pas assez... touchée par ce qui leur arrive »</p> <p>« Je me souviens d'une patiente en fin de vie mais qui était très demandeuse, la famille aussi. Il y avait beaucoup de choses à faire. C'était difficile. Une patiente très angoissée aussi. Quand elle est devenue comateuse, ça réglait pas mal de problèmes pour nous parce que les patient nous renvoient plus l'angoisse ..., mais on était un peu plus apaisés et la personne est mieux aussi parce qu'elle est plus en train de poser plein de questions. »</p>	<p>que souvent, enfin de toutes façons pour moi ils parlent pas assez avec les gens. Ils prennent pas e temps, et parler dans le couloir c'est pareil, c'est quelque chose qui devrait pas se faire. L'idéal, on n'y est pas encore »</p>
--	--	---	---	--	---	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med A.4.</p> <p>Ancienne té : 15 ans</p>	<p>« Une infirmière ? C'est quelqu'un qui avait la vocation. C'était pas moi, à la base (rires). Donc, c'était pas forcément un choix évident pour moi au départ. Mais en fait ça coulait de source. La vocation infirmière, c'est les trois quart de mes collègues qui savent qu'elles veulent être infirmière depuis l'âge de 4 ou 5 ans. C'est comme les gens qui disent petits « <i>j'veux être pompier, j'veux être vétérinaire</i> » et qui s'y tiennent jusqu'à la fin de leur vie, qui tracent leur chemin »</p> <p>« L'évolution des soins s'est beaucoup dégradée. Je l'ai surtout remarqué en revenant à l'hôpital après plusieurs années en libéral. (...) »</p> <p>« Après les 35 heures, tous les postes n'ont pas été pourvus. Les journées sont plus courtes, on a moins de temps de transmissions, on est moins nombreuses parce que au niveau des 35 heures, y'a eu les RTT encore, puisque c'est des postes qu'on trouve sur des programmes à long terme. Et même, on nous demande un boulot de dingue au niveau administratif et autre. »</p>	<p>« Y'a une inhumanité dans l'évolution des soins. Ça se traduit par : laisser la sonnette pendant deux plombes sans répondre parce que ben on a autre chose à faire (...) on soigne une pathologie ici, pas des gens dans la globalité »</p> <p>« La nuit je suis seule avec mes 30 patients et quand je suis en train de repiquer une perf sur un malade agité ou autre, et qu'un autre malade sonne pour par exemple faire pipi, ben je peux laisser 6 ou 7 minutes. Quand j'arrive, la mamie a fait pipi dans le lit. Bon, elle se retrouve avec une couche quoi, voilà. C'est démoralisant pour tout le monde. »</p>	<p>« La nouvelle organisation, le nouveau planning et des choses comme ça. Elles sont assez révoltées dans l'équipe et ça se transforme parfois en agressivité entre collègues (...). Parce que la décharge émotionnelle dans les équipes, c'est important. »</p> <p>« Mes premiers décès, et accompagnements, y'a 15 ans, je les ai très, très mal vécus parce que tu sors de l'école, t'es jeune, t'es pas forcément préparé à ça du tout. Ensuite, avec l'expérience tu te blases (...) Mais je sais que à partir du moment où je rentre chez moi et que je me mets à parler de la personne qui m'a marqué dans l'après-midi et que je continue à y penser en m'endormant, et que quand je me réveille, j'y pense encore, là, je me dis « <i>Houlà, on a dépassé une limite. Il faut faire quelque chose.</i> »</p>	<p>« Tous les anti-douleur qu'on peut donner, tous les hypnotiques et autres, tous les somnifères et autres, pour moi y'en aurait au moins 50% à éliminer si on pouvait passer du temps à parler avec les patients». (...) »</p> <p>« S'asseoir même deux secondes sur le lit de la personne, lui toucher le bras, lui montrer qu'on est là et que deux secondes on se pose pour elle, qu'on n'est pas en train de répondre dans le couloir à la voisine, les gens apprécient »</p> <p>Besoin de respect, « donner du papier pour s'essuyer après la mise en place du bassin, puis un gant pour s'essuyer. C'est des trucs un peu idiots mais si on le fait pas, c'est dégradant pour la personne. »</p>	<p>« J'ai appris à optimiser le temps en fait. C'est-à-dire à faire en sorte que les 5 minutes passées avec le malade en paraissent une demi-heure »</p> <p>« Quand on travaille de nuit, on est totalement autonome. On fait les tournées à l'heure qu'on veut, entre guillemets, parce qu'on a quand même un certain nombre de choses à respecter mais c'est pas un vrai travail d'équipe puisqu'on est seul (...) On prend des décisions heu... Ben des décisions oui, dans l'organisation ».</p>	<p>« La distance, ça, c'est clair, c'est important. Mais elle est difficile à maintenir avec les personnes qui viennent tous les quinze jours pour des <i>chimios</i>. Il faut quand même garder de la distance »</p> <p>« En libéral, on s'investissait énormément. On avait les clés de la maison, on connaissait les placards par cœur, on mettait une lessive en route pour la grand-mère, on lui mettait son repas au micro-ondes. »</p> <p>« L'accompagnement qui m'a le plus marqué, c'était en libéral. Un patient assez jeune, avec un cancer. En quelques mois, on avait pris une place phénoménale dans la famille. On n'était plus à notre place mais on pouvait plus... On</p>	<p>Les demandes d'informations sont surtout d'angoisse Due à l'incertitude de l'évolution d'une maladie grave ou des précisions sur son traitement :</p> <p>« L'angoisse, c'est « <i>qu'est-ce que c'est que la boîte qu'on va me mettre là, demain ?</i> », c'est « <i>mais je vais perdre mes cheveux ?</i> » et c'est ça et c'est des questions qu'ils n'ont pas pu poser dans la journée parce que les filles la journée, elles courent tout le temps, c'est des courants d'air. En nuit on peut prendre un peu le temps. Il faut répondre à l'angoisse autant qu'à la question elle-même. »</p>

			<p>«Il nous manque beaucoup de psychologues. On n'en a pas ici alors qu'on est un service qui fait beaucoup de <i>cancéro</i> (...) On est livrés à nous-mêmes »</p>	<p>« Il ne faut pas fuir les situations difficiles, les familles»</p> <p>«Moi, j'agit selon la formule <i>Ne pas faire à autrui ce que je ne voudrais pas qu'on me fasse.</i> »</p>		<p>avait mis le doigt dans l'engrenage et on n'arrivait plus à en sortir de ce truc. Il s'est marié juste avant de mourir et on était ses témoins. C'est suite à ça que j'ai consulté une psychologue, parce que j'avais beaucoup de mal à m'en remettre. J'ai continué de la voir pendant deux ans à peu près »</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med A.5.</p> <p>Ancienneté : 25 ans</p>	<p>« Le soin infirmier, c'est un ensemble, c'est un ensemble. Bon, le geste technique plus la relation au patient. (...) Et si on n'a pas le temps, c'est juste le soin technique et presque le relationnel, quoi. »</p> <p>« C'est aussi la gestion et l'organisation du service. Ca c'est un truc qui coule de source. »</p> <p>(les médecins) « Ils nous font beaucoup plus confiance quoi. Avant c'était eux les chefs, c'était eux qui dirigeaient. Moi, j'étais toute jeune infirmière, eux ils avaient 30 ans et tout ça. Maintenant c'est l'inverse. Ils sont beaucoup plus jeunes que moi. Mais je trouve qu'ils nous demandent toujours conseil, je trouve qu'on a une plus grande collaboration. C'est mieux. »</p> <p>« Les aides soignants sont plus impliqués. Nous, à peine tu peux parler avec un malade, on t'appelle pour faire autre chose. Donc on coupe la conversation et c'est fini. Alors que les AS...nous on est souvent rappelées à l'ordre par les gestes techniques. »</p>	<p>« Moi, j'aime pas ça. La technique et tout ce qui est chimio, c'est pas mon truc. Mon truc, c'est les mémés, le nursing, les pansements, voilà, ça. Le travail comme on faisait il y a 25 ans, c'était plus le nursing que la technique. »</p> <p>« Ça va trop vite. Dans le temps ils restaient longtemps parce que l'échographie le lendemain, c'était rare. C'était plutôt deux ou trois semaines après vous voyez. Alors là, tout est tout de suite le lendemain. T'as pas le temps »</p> <p>« quand on a quelques jours de congé ben la personne est plus là. Donc on passe à autre chose je veux dire »</p> <p>« il faut pas devenir ami-ami, je reste soignante mais l'attachement, c'est naturel ».</p> <p>« L'image de l'infirmière ouais, bon, c'est toujours un peu...On trouve toujours un peu....On tombe toujours de haut à 18 ans quand on rentre à l'école d'infirmière, c'est toujours un petit peu....c'est la vraie nature</p>	<p>« D'abord soigner la souffrance, ne pas...voilà....soulager les souffrances. Je supporte pas que quelqu'un souffre »</p> <p>«Y'a toujours des soins qui rebutent un peu plus. Aspirer les gens vous voyez ? Enfin, les aspirations bronchiques des gens qui ont un cancer ORL, où il faut faire des soins...ou de cancer extériorisé. Donc là des fois, y'a des pansements qui rebutent un peu mais bon, on le fait quand même. »</p> <p>« On se dit : <i>« Bon t'est payé pour...vas-y ! T'es une ancienne, tu y vas ! »</i> Voilà, ça, l'ancienneté je crois, l'expérience <i>« t'as déjà vu pire. Allez on y va ! »</i> Vous voyez, c'est ça. »</p> <p>« pas émettre de jugement », écouter mais sans émettre de jugement. Sur l'accompagnement de fin de vie, « bon, on a eu des formations » mais elle se réfère constamment à l'expérience et au terrain.</p>	<p>« l'écoute, la présence, leur prendre leurs mains...toujours écouter, écouter. Ne pas trop...oui quand même, rester à distance, ne pas s'investir, voilà, toujours l'écoute »</p> <p>Le courage, de se confronter à « la vraie nature », à des aspects de l'homme (escarres et autres plaies)</p> <p>Ecoute, empathie et Résistance physique : « Dans les deux, faut être au top. Si un des deux flanche, ...faut être en forme, assumer je trouve »</p>	<p>« Je suis toujours en train de dire à l'interne <i>« écoute, va augmenter les doses de morphine. Il souffre. Allez hop »</i>. Ils font des doses pédiatriques par rapport à ça. Ils donnent deux ampoules de morphine, vous voyez, alors que ça suffit pas quoi. Alors on se dit <i>« faudrait plus de morphine, plus d'antalgiques »</i>. Tout le temps on leur rabâche les oreilles avec ça. »</p> <p>«Je préfère ne pas avoir de décision à prendre. Mais, il faut tout le temps prendre des décisions. Je suis tout le temps en train de commander. Je sais pas, c'est la profession. On est toujours obligé de commander, de dire aux nouvelles <i>« toi tu fais ceci, toi tu fais ça »</i> et aux internes. Oh, la, la, des décisions par rapport aux soins,</p>	<p>«La personne soignée le ressent donc elle sait bien que... Donc elle en demandera toujours plus parce qu'elle sait qu'on l'aime bien et tout. Mais c'est pas un grand souci »</p> <p>«Déjà comme ça je trouve que les jeunes infirmières elles font juste, déjà par rapport à nous. Elles entrent dans la chambre, elles font leurs gestes techniques, elles sortent de la chambre vous voyez ? Nous on est encore un peu plus dans le relationnel.»</p> <p>« il faut mettre une barrière. Mais on s'attache forcément »</p> <p>«C'est épuisant (..) Ca nous pompe de l'énergie. Des fois je suis contente quand je rentre à la maison, de plus parler à personne, de plus</p>	<p>« Sur le plan du travail en équipe, chacun voit le patient d'une autre manière, chacun relèvera plus ça ou ça. Les soignants...oui, on se complète quoi. »</p> <p>« On ne voit pas tout. Heureusement y'a les autres collègues qui voient d'autres choses. Et puis pour les soins de chimio, faut toujours demander à la collègue comment on fait ça, ou ça, on n'a pas la science infuse ! »</p>

		<p>quoi. A 18 ans on est un peu niais, on entre en hôpital on y est et puis on voit des trucs pas possibles, des escarres et puis des...(silence) à 18 ans c'est un peu jeune. C'était le contact direct avec les personnes âgées et tout ce qu'il y a autour...Bon, après on s'y fait (rires). Ensuite, elles sont tellement adorables que ça compense quoi»</p>			<p>qu'est-ce qui est maintenant le plus urgent ?(...) Vous voyez. Il faut toujours être dans la décision ».</p> <p>«Des décisions ...on fait un peu plus des fois que ce qu'y a dans les textes. Mais bon c'est pas grave, parce que c'est nous qui décidons ce qu'on va mettre sur les escarres, les pansements. C'est pas l'interne On a plus d'expérience sur l'évaluation des escarres. »</p> <p>« Des décisions vis-à-vis du patient ? mettre en place un matelas anti-escarre à air, ou mettre un plan de soin. On prend des décisions sans consulter. Ou ramener de l'eau, ...les décisions ...je me dis si c'est pas moi qui mets en route, personne le mettra en route hein. On est obligé quoi. C'est le rôle propre ça. Bon et puis si c'est un truc médical, on en parle à l'interne».</p>	<p>entendre les souffrances des autres. Le burn-out, j'étais souvent à la limite hein. des crises d'angoisse la nuit. Je me sentais toute nerveuse enfin, à fleur de peau ...J'étais désespérée tout de suite. Puis ça s'est montré par des problèmes physiques. J'avais des symptômes physiques. Tout le temps autre chose, mais jamais en arrêt hein. Fallait être là parce qu'on n'était qu'à quatre, fallait que je continue. Mais ça m'a (soupir), ma vie familiale, elle en a souffert hein. J'ai qu'une fille, je sais pourquoi. L'autre partie de ma vie, elle est ici. Donc j'aurais jamais pu assumer deux gamins. Je rentre à la maison, je suis épuisée ; je fais deux siestes par jour, je n'en peux plus !»</p>	
--	--	---	--	--	--	---	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med A.6.</p> <p>Ancien neté : 8 ans.</p>	<p>« c'est de toute petite. Mon grand-père était diabétique et en fait ma mère s'occupait de lui, faisait ses pansements et un jour je l'ai accompagnée et donc bon, nécrose de l'orteil et je l'ai vu ce jour-là, il était tombé. J'avais sept ou huit ans. Et de ce jour-là, j'ai décidé d'être infirmière. J'ai su « <i>il faut que j'aide des gens</i> » ».</p> <p>« Le rôle principal de l'infirmière : le bien-être des gens, c'est surtout ça. Et le soutien. Je supporte pas d'avoir du personnel qui ne sourit pas, qui tire une tête....ça je supporte pas. Moi, j'ai toujours un sourire, une parole pour eux, pour leur remonter le moral sans arrêt »</p> <p>« Chaque soin, que ce soit un soin technique ou de base, le relationnel est important »</p> <p>« Le rôle propre, ben c'est tout ce qui est confort, hygiène, relation avec le patient. Bon, tout ce qui est prévention évidemment, que ce soit anti-escarres ou autre »</p>	<p>« ici, on a beaucoup de fins de vie aussi, on s'occupe de beaucoup de patients qui ont des cancers, des gros cancers, et on les suit depuis des années, tous les 15 jours. On les voit... enfin on voit l'évolution et tout. Et en fait l'important c'est vraiment que eux soient bien. Leur confort, leur bien-être »</p> <p>« Avec notre médecin chef, on parle souvent de mort, de pronostic et tout ça, donc en fait dès qu'on a l'info. Du coup, le décès n'est jamais brutal. Petit à petit, je m'y prépare en fait. Quand je m'attache vraiment à la personne, parce que c'est vrai que c'est arrivé, c'est moins violent pour moi. »</p> <p>« C'est vraiment assez personnel mais y'a beaucoup de patients que je suis, je les appelle « <i>mes petits privés</i> » parce que je les bichonne et tout. Et c'est vrai que c'est plus dur quand ils décèdent. »</p> <p>« C'est important d'être apprécié par les patients. Et c'est souvent le cas. »</p>	<p>« Quand y'a un problème, on en parle entre nous quand on a des ...des décès où ça se passe mal. Mais autrement c'est vrai que on essaie assez de prendre sur nous et de de garder une certaine bonne humeur, toujours. C'est quelque chose de primordial. »</p> <p>« J'essaie de me gérer toute seule, parce que bon, je veux pas faire ressortir ça sur mes collègues, donc, déjà pour elles. On a beaucoup de jeunes diplômées pour qui c'est déjà difficile de gérer la situation. Alors je vais pas rajouter mes peurs et mes angoisses à moi. Donc je gère pour moi, toujours. Parce que ici, on a une personne qui vient. On a nous en fait, toute l'équipe et c'est tout. »</p> <p>« La relation, ça s'apprend pas, il faut l'avoir en soi. »</p>	<p>Décrit ces besoins à partir de sa propre expérience, de personnes proches, de sa famille, qui ont été hospitalisées et qui lui ont parlé de certaines choses : ne pas frapper à la porte, ne pas expliquer ce qu'on fait.</p> <hr/> <p>Souci de l'autre, de son bien-être</p> <p>L'altruisme</p> <p>Le sourire, bonne humeur</p> <p>L'empathie, se mettre à la place de l'autre.</p>	<p>« Nous tout ce qui est soins de base effectivement ça c'est nous qui gérons totalement, en tout cas ici. On a une grande marge pour le confort du patient. (...) On a un chef qui est arrivé y'a peu de temps et qui demande quand même notre avis par rapport à l'évolution du malade. Nous on a un recul sur plusieurs jours puisque on voit tous les jours le patient et eux ils les voient deux heures par semaine. Donc là ils commencent à demander, mais juste notre avis. On a aucun impact décisionnel ou que ce soit. Nous c'est juste à notre niveau confort, relation »</p>	<p>« Certains patients me tutoient carrément. On a des gens qui viennent régulièrement et qui me disent: «<i>Ah, c'est toi qui est là!</i>». Ils sont tout contents de me revoir. Et puis comme dit, je ramène toujours des petites blagues. Ils apprécient la bonne humeur. Je chante aussi, souvent. Alors ils m'appellent la chanteuse. C'est bien. Et qu'ils aient 50 ou 80 ans hein, c'est pareil. »</p> <p>« Je dépasse pas un certain stade. Quelques uns me tutoient mais bon ça reste assez amical et tout. Mais moi, de mon côté, je reste à ma place, toujours(...) On m'interroge pas sur ma vie privée tout ça quoi....on parle pas des collègues non plus.»</p>	<p>« Il faut toujours se mettre à la place du patient qui est dans son lit, en milieu inconnu. Il a une pathologie, il a mal, il sait pas forcément ce qu'il a, on a pas encore mis de diagnostic. Il est perdu. Il sait pas ce qu'on va lui faire on lui fait tous les matins des prises de sang, il sait pas ce qu'on cherche. J'veux dire, quelqu'un qui réfléchit un petit peu, il se dit « <i>qu'est-ce qu'on me cherche?</i> » et si vous lui expliquez pas pourquoi, ça peut pas...déjà il faut le rassurer, et qu'il se sente un petit peu à l'aise parce que les médecins on leur aspect médical mais c'est vrai que tout ce qui est relationnel, c'est nous qui le gérons.»</p>

<p>Med A.7.</p> <p>Ancienneté : >20 ans</p>	<p>« Même si de nos jours le sacerdoce n'existe plus, on va dire que c'est l'envie de faire ce métier. Ma mère était aide-soignante donc j'ai toujours baigné dans ce milieu un peu...spécifique et plutôt religieux, ...donc ce métier là. »</p> <p>« Le soin infirmier, c'est une globalité. Y'a un acte technique de faire, un acte de soin, et y'a ben le fait qu'on le fait à une personne, donc y'a tout, tout le relationnel à prendre en compte. Y'a pas que le soin ou la technique. »</p> <p>Avant / après le programme de 1992: « j'étais encore la dernière promo avec l'ancien système. J'ai vu après. Nous on était encore dans le bourrage de crâne du professionnalisme, de la façon de faire avec les soins. De nos jours ou ils vont au cours ou ils vont pas au cours, on travaille juste un petit peu et puis ça marche. C'est devenu plus laxiste.»</p> <p>«Elles sont endoctrinées à dire à 6heures on commence, à 6h05 on est avec le chariot, 6h06 on commence la toilette. Et ils font plus que les choses machinalement, comme un robot, alors que, ben on peut faire autrement. Elles sont tellement dans un train-train, une fois diplômées, elles font pareil. »</p>	<p>« La « technicité », y'en a de plus en plus. Et la charge de travail pèse sur le relationnel. La courtoisie est gommée. On rentre, on branche et on ressort, sans parler un mot au patient, parce qu'on a encore beaucoup à faire. »</p> <p>« On rentre dans la chambre, on ressort, on a pas parlé u mot au patient, à la personne parce qu'on en a encore 5 à faire et puis y'a encore ça et ça et puis qu'y a le téléphone, les médecins, les machins et la grande visite et ...bref. Tout ça fait que on arrive à oublier l'essentiel, c'est que nous on a affaire à des gens et pas à des machines »</p>	<p>Le travail infirmier ne doit pas être choisi comme un autre, parce qu'il y a des débouchés ou parce qu'il offre une certaine sécurité de l'emploi. Ça reste une vocation, pour elle, même si des collègues lui disent : « on a évolué ».</p> <p>« C'est sûr y'a des problèmes aussi ailleurs. Tu peux pas les balancer devant la porte et puis les reprendre avec son sac à dos. Y'a des truc qui arrivent dans ta propre vie quand même. On peut pas être à 100% tout le temps »</p> <p>«J'ai 5 enfants et je ferais mieux pour certains de rester à la maison, mais je peux pas. Il me faut cette...y'a mes enfants et ma maison et tout ma vie en dehors et y'a la coupure et je viens ici, je viens travailler donc, j'en ai besoin(...) j'ai besoin de ma petite bulle. Je passe la porte et j'oublie tout.(...) J'adore mes enfants mais ici ,c'est mon univers à moi ».</p>	<p>Besoin de présence, de gestes chaleureux qui rappellent ceux de la famille</p> <p>Les plaintes principales sont le manque de respect et de présence.</p> <p>Elle cite l'exemple d'une jeune IDE qui faisait des commentaires insultants envers une patiente avec un prolapsus important « c'est dégradant pour le patient. Elle devrait pas être ici »</p> <hr/> <p>Le respect du patient, la douceur, en parole, en gestes. La conscience professionnelle, « il y en a moins aussi : travail bâclé, inattention comme laisser le robinet d'une perf fermé. Pas de rigueur dans l'organisation. »</p> <p>Pour certaines choses, je suis assez pointilleuse, ...si on sort quelque chose du lit et le balance par terre...je grince des dents. Y'a certains principes comme ça qui sont assez ancrés on va dire. »</p>	<p>« En tant que personnel de nuit, la responsabilité est énorme. Parce que y'a nulle part de protocole, y'a nulle part de données. On sait pas quand il faut réanimer ou pas. On est seul entre guillemets, à prendre une décision. L'interne de garde ne connaît pas plus le malade que ça. Et on a un grand champ d'action quand même, mais bon faut pas se brûler les doigts par rapport à tout ça, qui n'est pas établi, qui n'est pas du tout du solide, c'est du vent » .</p> <p>« On n'a pas de protocole anticipé et ça bougera pas. Le médecin il est contre, donc on n'avance pas. Mais t'es quand même à même de savoir...t'es quand même professionnelle quoi ! »</p>	<p>« On peut pas bien soigner si y'a pas cette part d'émotion. Par exemple la mamie qui tous les soirs a besoin de son petit bisou ben ma foi elle tend la joue et on lui fait son petit bisou parce que elle a besoin de ça. »</p> <p>« Il faut une barrière mais laisser une petite porte ouverte et faire des choses qu'on ne ferait pas forcément. Avec certains patients, quand ils ont franchi cette barrière, y'a plus le «s'il vous plaît», ...on tutoie. Laisser franchir. C'est certain, y'a des dérives.</p> <p>Il faut se protéger par rapport au fait que les gens finissent par partir, par...d'une manière ou d'une autre, donc il faut pas s'attacher à tout le monde parce que sinon...on y perd un peu à chaque fois ».</p>	<p>« Le patient est perdu à l'hôpital, surtout les personnes âgées : c'est froid, impersonnel. Il faut rassurer en disant ce qu'on fait. »</p> <p>«C'est surtout le soir qu'on en parle parce qu'il faut poser ce qu'il faut et ce qu'il faut pas et souvent on se dit « <i>pfouhh, y'a rien de marqué. Ben à toi de juger !</i> » Ca repose sur l'infirmière de nuit. Le lendemain moi je dis on l'a réanimée et puis je me suis fait entre guillemets gentiment dire que il aurait pas fallu faire quoi que ce soit. Je leur dit « <i>y'a rien marqué nulle part, ben on a fait !</i> ». Après, on s'est fait taper sur les doigts mais on a quand même fait. Si y'avait quelque chose de marqué...mais bon c'est toujours pareil. »</p>
---	---	--	---	--	--	---	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med A8.</p> <p>Ancienne : 2 mois</p>	<p>« Depuis toute petite, moi, c'était infirmière et pas autre chose. C'est pas vraiment quelque chose qui m'a poussé à le faire, c'était quelque chose, je sais pas...J'ai vu des infirmières s'occuper de ma grand-mère quand j'avais 14 ans et puis je me suis dit « <i>c'est ça que je veux faire</i> », depuis toute petite donc. Je me disais déjà, à 4 ans, que je voulais être infirmière. Je pourrais même pas expliquer pourquoi. »</p> <p>Les infirmières (...) « C'était des personnes qui me fascinaient parce que je...vu ce qu'elles faisaient et tout, ce qu'on a pu m'en dire, je trouvais qu'elles en imposaient les infirmières aussi. ...et puis du respect, beaucoup de respect parce que y'a pas tout le monde qui peut faire ça non plus hein. A l'époque je me disais aussi, « <i>Ouh la, la C'est difficile!</i> » Et puis après c'est aussi pendant les études que ça s'apprend hein. »</p> <p>«J'essaie de faire du mieux possible ce que je peux faire pour accompagner les familles, les patients, faire du mieux possible pour les rassurer. La limite elle s'arrête à la mort. Quand les patients se dégradent, on est impuissant comme tout. On est là comme tout le monde à regarder mais... on peut pas faire grand chose. »</p>	<p>«La technique, c'est la technique. Après, ce qu'il y a à côté, si la personne a mal, c'est sûr, c'est beaucoup plus difficile de faire un soin »</p> <p>« Prodiguer des soins, c'est aussi s'intéresser à la personne. C'est pas juste prodiguer des soins et un point c'est tout. Ça m'enrichit aussi.»</p> <p>« C'est difficile par rapport aux gens qu'on a régulièrement en chimio, qui viennent et puis voilà. J'étais en stage ici en troisième année et c'est vrai que j'avais connu un monsieur qui venait en chimio ici et qui est décédé le premier mois où j'étais là. Donc en l'espace d'un an. Un monsieur très gentil et tout. Sur le coup, ça m'a fait mal, mais bon. On peut pas laisser les sentiments à la porte »</p>	<p>« (...) je sais pas si c'est bon mais moi je pense pas m'empêcher de m'attacher de toute façon. Les patients se sentent quand même plus rassurés et puis plus sécurisés. Bon, en même temps, ça augmente aussi leur exigence la plupart du temps » (Mais) «s'il voient que on fait tout pour eux, ça les motive aussi. Ils sont mieux, moins en colère, moins agressifs. »</p> <p>« C'est plus facile de la part du patient, de garder juste distance je trouve, que d'une infirmière. Mais là, je parle pour ma part parce que c'est vrai que j'essaie toujours de connaître la personne. »</p>	<p>Etre rassuré, être soulagé, le confort, le bien-être.</p> <p>« L'infirmière devrait imposer plus de respect. »</p> <p>« Apporter du soutien, rassurer les gens et les familles. Accompagner la personne dans la maladie, c'est pas tout le monde qui peut faire ça. »</p>	<p>« On a une autonomie au niveau du rôle propre .Mais au niveau du rôle prescrit, ça ne relève pas du tout de notre ressort. Dans le rôle propre bon, on a un espace de décision (...) Je sais pas... décider de mettre le patient dans cette position plutôt que une autre...Mais je veux dire ça relève vraiment du rôle propre, des soins de base, pour le confort et le bien-être du patient. Après, au niveau médical, une autonomie?... parfois, le médecin prescrit des latéralisations Mais on peut le faire de nous-mêmes. Mais ça pose pas de problème qu'il prescrive du coté du rôle propre. D'un côté ça nous dit qu'on a pris la bonne décision »</p>	<p>« Prendre en charge une personne et prodiguer des soins, c'est aussi s'intéresser à la personne. Ça me fait pas de mal entre guillemets, quelque part. Le patient, je lui raconte pas non plus ma vie... Je fais en sorte qu'il soit rassuré et qu'il aille mieux mentalement. Mais je lui raconte pas autant qu'il me raconte par contre, ça c'est sûr. C'est dans ce sens là que je l'entendais »</p> <p>(elle évoque une patiente qui a mal) «J'ai mal pour elle quand je vais chez elle. Ca me fait mal de faire mal (...) je gère mal. J'essaie de tout faire pour faire le moins mal, mais la douleur elle reste quand même là. On peut rien faire contre la douleur. »</p>	<p>(quand on leur explique les soins) « Les gens sont moins agressifs, moins réfractaires aux soins. »</p> <p>« Si on a des problèmes, on en parle entre nous. Les anciennes infirmières, pour ma part je suis quand même une nouvelle, elles sont à l'écoute. Donc pour l'apprentissage, pas de souci. Je peux leur demander encore maintenant, parce que je sais pas tout au bout de deux mois, au niveau du service. Avec les aides-soignantes aussi parce qu'elles ont un vécu et elles ont aussi besoin de parler. Et on a un très bon médecin qui s'occupe du service, avec qui on peut vraiment communiquer. »</p>

<p>Med. B.9 :</p> <p>Ancienne : 15 ans.</p>	<p>« Je travaille habituellement en soins intensifs. C'est un service de 6 lits qui a fermé pour l'été. Et donc je suis là en médecine interne, en remplacement (...) C'est pas du tout la même chose, c'est pas du tout le même rythme et ça me convient pas du tout parce que c'est des soins à la chaîne, on ne connaît pas les patients, on n'a pas le temps de s'en occuper. Alors que là-bas, ben on a 2 ou 3 patients en charge, on voit la personne dans la globalité, on fait les soins de A à Z, pas un petit bout et on délègue tout le reste à l'aide-soignante. On s'occupe vraiment de la personne dans la globalité. Et au niveau relationnel, on connaît les patients, la famille, la vie des patients avant. On s'occupe du retour à domicile tout ça, comment ça va être suivi quoi » (Etre infirmière, c'est) « aider, le relationnel, avant les piqûres ou les gestes invasifs. »</p> <p>« Moi, je voyais pas trop les piqûres, les gestes invasifs tout ça. Je voyais plutôt le relationnel, le côté aide, tout ça.»</p> <p>«Les soins intensifs, c'est plus technique qu'ici mais en même temps, on fait ça peut-être naturellement, parce qu'on connaît mieux la personne peut-être. La technique, c'est pas un barrage entre le patient et l'infirmière, je ne le pense pas. »</p>	<p>« Ici, on fait des soins à la chaîne, au lieu de les prendre en charge globalement, de laisser certaines tâches à l'aide-soignante, de ne pas connaître la famille, de ne pas connaître les patients au niveau relationnel. »</p> <p>« Le geste technique se fait plus naturellement quand on connaît mieux la personne ».</p> <p>« Le médecin il est là avec sa blouse blanche et puis, pour les personnes âgées, le médecin c'est quelqu'un. Ils osent moins le dire au médecin. Comme dit, nous on a une majorité de personnes âgées donc c'est souvent par notre intermédiaire que ça passe quoi. »</p>	<p>«Quand c'est des gens qui restent longtemps chez nous, ou on va dire quand le courant est bien passé avec la personne. c'est vrai que à la maison, on cogite quand même. C'est vrai qu'on a envie de prendre du recul mais parfois on s'implique plus qu'il ne faudrait. »</p> <p>«Si on sature avec un patient parce que justement ça fait longtemps qu'il est là et puis on s'implique peut-être de trop, on peut passer la main et laisser quelqu'un d'autre le prendre en charge. (...) Mais c'est à la personne qui s'est trop impliquée de demander. On ne devance pas. Je crois que chacun connaît un peu son niveau de tolérance donc son niveau d'implication on va dire. Et on passe la main on va dire, quand ça va trop loin. Et il vaut mieux passer la main avant de ... de faire les soins histoire de faire les soins parce que je crois que c'est une carapace qu'on se donne aussi. »</p>	<p>L'écoute de la plainte,</p> <p>Le besoin de calme,</p> <p>Le relais auprès du médecin</p> <hr/> <p>La question des valeurs est d'emblée associée à la fin de vie</p> <p>Respecter la pudeur des patients</p> <p>Empathie « on a mal pour l'autre »</p>	<p>«Avec le médecin, on se permet quand même de dire beaucoup plus de choses. Quand on est pas d'accord ou que on a des interrogations. On prend quand même de la bouteille aussi. »</p> <p>«On a une autonomie dans ce qui est rôle propre, oui. Après c'est des actes sur prescription médicale. Par exemple pour les pansements, ils viennent regarder ce qu'on met dessus pour voir si ça évolue bien ou pas bien. Mais avec l'expérience on sait gérer les pansements les ulcères, parce que c'est des jeunes internes qui arrivent, qui ont pas d'expérience. On est là pour leur expliquer ce qu'on fait et après ben au fur et à mesure ils jugent l'évolution et puis....voilà. »</p>	<p>«Parfois on s'implique plus qu'il ne faudrait. Ça ne facilite pas toujours les soins parce qu'on répercute toujours un peu notre vécu » (elle évoque sa grand-mère décédée à l'hôpital.)</p> <p>« Le niveau d'implication est très individuel. Rester dans sa propre vie permet de garder un équilibre. Mais il faut pas non plus avoir une carapace et se blinder. »</p>	<p>«On a une majorité de personnes âgées surtout, et parfois on ne comprend pas trop tous les examens qu'on leur fait encore, passé 80 – 90 ans. Bon, je pense que quelque part aussi on s'identifie aussi à eux et par rapport à sa propre famille.»</p> <p>« Derrière aux soins, on arrive quand même à discuter avec les médecins, donc ils font aussi part de leurs demandes à eux par rapport aux pathologies. quand on discute avec eux, on comprend un petit peu mieux pourquoi tel et tel examen sont demandés. »</p> <p>«L'hôpital c'est aussi un lieu d'échange entre le vécu des personnes âgées et puis nous. » les médecins, ils ont pas la même relation et peut-être on entend des choses, nous, qui ont pas dites au médecin sur le fait que les patients en ont marre, ils sont déprimés, ils ont plus envie. »</p>
---	--	--	--	---	--	--	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med B.10</p> <p>Ancienne : 22 ans.</p>	<p>« Travailler de nuit, c'est un peu particulier. J'ai commencé les nuits à l'époque où j'avais des problèmes de santé assez <i>hard</i> et quelque part c'était, c'était comme me mettre en retrait, je pense. Ça s'est arrangé entre temps mais au départ c'était ça la motivation. Après, ça me plaisait parce que la nuit, c'est différent...le stress du jour me prenait un peu la tête aussi. Toujours à courir, avec les médecins derrière, tout ça, ça commençait à bien faire et c'est vrai que je suis assez solitaire aussi donc, par ma nature, ça me plait assez. »</p>	<p>« Le relationnel, oui ça fait partie de la fonction infirmière mais souvent j'ai pas le temps » Y'a qu'avant qu'ils dorment que je peux avoir un peu de relationnel. »</p> <p>« En ce moment, il y a une jeune anorexique hospitalisée. Je sais pas si vous l'avez déjà vue. Bon, il faut pas trop communiquer avec elle parce que c'est des gens qui vous...qui vous manipulent quelque part. On a souvent des anorexiques ici, et puis, à mon avis aussi, elles ne devraient pas être ici d'ailleurs. »</p>	<p>«Les gens pour qui c'est un peu dur, qui accusent le coup de la maladie et tout, oui, parfois je me mets un peu en avant aussi en disant que voilà...Bon mais j'ai un diabète non insulino-dépendant, un petit diabète pas...sans complication quoi. Mais bon, je suis diabétique quand même. Ouais, il m'arrive de le dire. Ça met le patient à l'aise pour poser des questions, ça facilite la relation.»</p> <p><i>Ça vous est arrivé de vous sentir trop impliqué?</i> « Oui, mais pas ces derniers temps. Dans le passé oui. Je pense que c'est aussi avec les ans, avec l'expérience. Parfois, ça me travaillait de trop et après, ça me poursuivait à la maison et puis j'avais pas envie de...c'était quelque chose qui me tracassait. Quelque part on se sent aussi obligé de se blinder malgré tout, mais je suis pas blindé, pas complètement. »</p>	<p>Repos, favoriser l'apaisement</p> <p>soutien</p> <p>Patience,</p> <p>Surveillance,</p> <p>Sens des priorités,</p>	<p>«L'espace d'autonomie, c'est celui que je me donne. Je travaille de nuit, c'est vrai que je suis déjà amené à prendre des décisions, à faire la part des choses de ce que je peux faire moi et à partir de quel moment il faut que j'appelle l'interne. Est-ce que je fais bien ? ça je sais pas toujours. A l'école on nous a appris qu'on n'est pas censé donner des médicaments. Moi, je donne des antalgiques. Je vais pas appeler un médecin à 2 heures du matin pour donner un paracetamol. Je le marque. Pour le diabète aussi, là j'appelle pas. Enfin, pour une hyperglycémie, quand j'ai pas de protocole là j'appelle. Je fais pas de l'insuline comme ça. Mais une hypo je suis censé la gérer. »</p>	<p>« S'attacher, je sais pas si c'est le mot. Je dirais peut-être pas s'attacher. Maintenant, y'a des gens avec qui y'a quelque chose qui se passe, ça c'est clair, plus qu'avec d'autres oui, on peut le dire. »</p>	<p>« J'ai un petit diabète et j'en parle aux patients quand je fais de l'éducation avec les diabétiques. Y'a des gens qui ont qu'une injection par jour, une injection lente et c'est à 22 heures. Et puis donc c'est moi qui fait cette éducation. En ce moment par exemple, j'en ai plusieurs. »</p>

<p>Med B.11 : Anciennt é : 16 ans.</p>	<p>(Etre infirmière) « Ça me plaisait bien l'idée de soigner les gens, de les aider ».</p> <p>« J'avais pas trop d'attentes au départ, mais je trouve que selon le service où on est, on a plus, on est plus ou moins considéré en tant que soignant. Bon, ça a un peu évolué maintenant, l'infirmière et le médecin. Avant le rôle propre, c'était l'infirmière faisait les soins et puis bon c'est tout quoi. Tandis que maintenant elle a son rôle propre et la définition de l'infirmière a un peu évolué donc, je trouve que c'est pas mal. On peut, on peut s'occuper du malade déjà sans tenir compte de la maladie en elle-même. Je veux dire s'occuper du malade, de son bien-être, de ses attentes, de plein de choses comme ça. On a bien notre rôle propre à côté quoi.»</p> <p>« Avant, c'était l'infirmière obéissant aux ordres du médecin, elle fait les actes et puis c'est tout quoi. Tandis que là, on tient quand même beaucoup plus compte du bien-être du patient, comment dire ? L'infirmière peut prendre des initiatives quand même. On est plus partenaires du médecin qu'avant je trouve »</p> <p>« Pour le grand public, l'infirmière fait des actes et prend son café comme dans les séries télé. Mais quand les gens sont hospitalisés, ils se rendent compte qu'elle fait plus. »</p>	<p>« Mon but, c'est que le patient vive bien son hospitalisation on va dire... Le mieux possible du moins. Dans la mesure de nos moyens, que l'hospitalisation se passe bien, et que ... et qu'il garde un bon souvenir, si on peut garder un bon souvenir d'une hospitalisation. Qu'il soit soulagé dans la mesure du possible, aussi bien la douleur physique que l'accompagnement moral, des choses comme ça. »</p> <p>« Au quotidien, on est un peu frustrés parce qu'on a d'abord la priorité pour les actes techniques. Ça, il faut qu'ils soient faits. L'injection, le machin, doivent être faits tandis que le shampoing, le bain, surtout par ces chaleurs là ...et ça, ça passe si on a le temps quoi. Des fois c'est un peu dommage quand on peut pas.»</p>	<p>« J'ai assez de facilité à laisser une barrière entre le patient et moi. C'est pour ça que je vais pas plaisanter avec un patient qui va me sortir une petite plaisanterie. On va pas lui répondre, des choses comme ça quoi. Moi, une fois que je suis sortie de la chambre, c'est fini. »</p> <p>«C'est sûr qu'on aura aussi certaines petites personnes âgées, des petites mamies qu'on va un petit peu plus chouchouter parce qu'elles sont mimis »</p> <p>« On va placer son regard beaucoup par rapport à son vécu. Je reconnais que j'ai quand même cette facilité à laisser de la distance entre les patients et moi, de pas prendre tout à cœur. »</p> <p>« Faut pas prendre tous les malheurs du monde sur soi parce que autrement...On n'est plus à la maison. Enfin, je veux dire quand on rentre chez soi, il faut y rester. »</p>	<p>Les attentes de l'infirmière pour le patient est qu'il vive bien l'hospitalisation, qu'il soit soulagé, dans la douleur physique et dans l'accompagnement moral.</p> <p>Les attentes du malade : de confort, d'écoute, de soutien</p> <hr/> <p>Empathie : chacune va soigner en fonction de son vécu, et bousculer le médecin en lui disant «et si c'était ta mère qui était là?»</p> <p>C'est surtout pour aider les gens qu'on fait ce métier</p>	<p>« L'autonomie de l'infirmière, elle est tout à fait relative. Je pense aussi, plus on est dans un grand centre, et moins on a d'autonomie. J'ai exercé dans un hôpital local et là, vous avez pas de médecin sur place. Donc, quand un problème se pose, il faut pouvoir agir rapidement. C'est relatif aussi parce que bon, maintenant ça fait longtemps mais c'est toujours des «on dit», pas des choses qui sont écrites et toujours un peu risqué quand même. On faisait des choses mais d'un point de vue légal, c'était pas forcément autorisé. Donner des trucs pour dormir le soir et des trucs comme ça. On va pas réveiller le médecin chez lui pour savoir si on peut donner quelque chose au patient pour dormir. »</p>	<p>« Y'a eu quelques moments parce que dans ma vie personnelle, c'était un peu plus délicat, parce que ma mère était malade. On pense facilement, enfin ... on fait vite la comparaison. Mais sans plus. C'était surtout parce que dans la vie personnelle il se passait quelque chose.»</p> <p>« Quand j'ai commencé à travailler, en chirurgie donc, c'était tous des hommes jeunes, j'étais jeune aussi, donc y'avait plus de gêne à ce moment-là, pour les soins. »</p>	<p>« Je trouve que justement, au moins dans les équipes médicales et paramédicales, y'a une discussion. Parce que justement des fois on a une perception du patient que le médecin n'a pas. Il est là pendant sa visite seulement, alors nous on est plus longtemps là, je pense au moment d'une toilette des choses comme ça. On est là plus longtemps, on peut discuter et puis on ressent un peu plus les choses ».</p>
--	--	---	--	--	--	---	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med B.12.</p> <p>Ancienne</p> <p>té:</p> <p>4ans</p>	<p>« Le service est très varié ici. Y'en a qui travaillent ici depuis dix ou quinze ans et c'est vrai qu'on se lasse difficilement du service parce que on voit beaucoup de pathologies différentes. C'est pas comme en chirurgie où c'est plus routinier, on sait que telle opération, ça va se passer comme ça, et que y'aura ça à faire après, à surveiller. » (Etre infirmière) « C'est quelque chose qui me faisait plaisir, de m'occuper des gens, pouvoir leur apporter des choses, les voir satisfaits après. J'ai pas trop été confrontée, pendant mes stages, à des patients qui souffraient, ou qui étaient pas trop bien au moment des tournées. C'était pas le but de mes stages. Mais de leur apporter quelque chose, pouvoir les satisfaire, faire qu'ils aillent mieux.»</p> <p>«Ma mère était auxiliaire de puériculture, <i>«de la vieille école»</i>. Elle a passé son diplôme d'aide soignant, alors que le diplôme d'auxiliaire de puériculture, je crois que ça existait même pas encore. Elle a appris à piquer et des choses comme ça qui ont été retirées au fur et à mesure. »</p>	<p><i>Elle parle de son expérience personnelle, vécue avec son papa hospitalisé en soins palliatifs, et son changement de pratique après les soins qu'elle a vu faire là-bas.</i></p> <p><i>Elle dit que cette expérience lui a permis de cibler le type de patient pour ces unités, mais se rend compte que la prise en charge n'est pas possible dans son service.</i></p> <p><i>Elle évoque ainsi une patiente en fin de vie :</i></p> <p>« Ça me fait pas mal au cœur mais je suis triste pour cette dame parce qu'elle est dans cet état. C'est aussi parce que c'est une prise en charge qui est relativement lourde, où on passe beaucoup de temps avec la personne. Quelque part, on s'implique mais je ne me sens pas prise au piège ou trop impliquée émotionnellement.</p>	<p>«J'ai eu une autre expérience avec mon papa qui en fait est décédé y'a deux ans. Il avait une cinquantaine d'années. Il est tombé malade et puis il est parti rapidement, au bout de six à huit mois. Il était en service de soins palliatifs et l'approche...les soins que j'ai vu là-bas, de cette approche qu'on a en soins palliatifs, m'a peut-être un peu aidé après, au quotidien, dans ma pratique ici, au service (...). Ca m'a aidé dans ma façon de soigner, de se mettre à la place de ce que les familles vivent et ce qu'elles attendent. C'est un petit plus disons.»</p> <p>« M'attacher au point d'échanger des numéros de téléphone, ça peut-être pas, mais je pense que dans la façon dont on soigne les gens...enfin je peux pas m'empêcher de sympathiser comme ça un peu avec le patient. »</p>	<p><i>Sur les attentes spécifiques des patients en fin de vie, elle dit avoir beaucoup de mal à les déterminer, dans la mesure, semble-t-elle dire, où il ne va plus rentrer chez lui.</i></p>	<p>«C'est faire comme on apprend à l'école. ce qui est bien ici, c'est qu'on a tout le matériel pour bien travailler. Je veux dire, en général il nous manque pas quelque chose pour faire les pansements, on a tout ce qu'il nous faut, par exemple, toute l'équipe met un masque, des gants stériles. On fait une désinfection trois temps, ce qu'on voit pas forcément faire dans d'autres services. C'est ce genre de chose qui m'a plu.»</p> <p>« Le fait d'avoir des prescriptions anticipées, ça favorise aussi l'autonomie parce que cela laisse une certaine liberté à l'infirmier »</p>	<p>« Y'a des situations qui sont un peu plus pesantes que d'autres. On a une dame par exemple qui est là hospitalisée et qui devait rentrer, avec la collaboration de l'équipe mobile de soins palliatifs et qui finalement ne rentre plus parce que son état va en s'empirant. C'est plutôt des situations comme ça qui sont pesantes mais au quotidien.»</p>	

<p>Med B.13.</p> <p>Ancienne :</p> <p>5ans</p>	<p>« Je travaille d'habitude dans l'unité voisine, de soins continus. La prise en charge est plus globale. On s'occupe au maximum de trois patients et on fait tout du début à la fin. Y'a pas de soins sériels si on peut dire. Et la proximité avec le patient. C'est vrai que quand ils restent longtemps dans le service et qu'ils nous voient tout le temps, après ils nos appellent tout le temps. Et après, quand ils sont dans un service conventionnel, ils sonnent beaucoup plus parce qu'ils sont un peu angoissés de plus avoir leur infirmière juste à côté ».</p> <p>« On fait un peu relais de la famille, surtout quand ça ne se passe pas bien.</p> <p>« Avec les années, le respect des patients envers les soignants diminue quand même. Les gens, déjà c'est plus des patients, c'est des clients donc, les gens la première chose qu'ils demandent en arrivant, c'est la télévision, le téléphone, c'est pas « <i>qu'est-ce que je vais avoir comme examen ? Comment ça va se passer ?</i> ». Enfin, je généralise un peu. »</p> <p>(L'infirmière) « Elle peut soigner, aider...pas guérir, parce que guérir, c'est un peu, un peu un grand mot quoi. Mais écouter, soulager,... »</p>	<p>« Le relationnel fait partie du soin. Parce que quand un patient va mal, s'il a besoin de pleurer mais qu'il y'a personne pour l'écouter, on peut pas l'aider. Et y'a quand même beaucoup de personnes qui ont pas trop de visites où y'a des contacts pas géniaux avec la famille quoi. Donc on prend aussi parfois le relais de ce côté-là. »</p> <p>«Y'a le moment de la toilette qui est un peu plus long on va dire, que juste poser un médicament ou faire une glycémie. Après, on essaie de faire plus vite le reste. Encore ce matin, j'ai commencé à discuter avec un monsieur au moment de lui donner les médicaments. C'était plus calme ce matin mais à un moment donné, j'ai du couper court parce que je savais que j'en étais qu'à la deuxième chambre, que j'en avais encore six à faire(...) mais...en fait c'est pas compté comme du temps de travail. Si, dans le diagramme de soins, y'a une case «<i>communiquer</i>» et «<i>soutien</i>» du patient ou de la famille. C'est une croix à cocher mais sans quantification. Ca veut dire «<i>on est passé</i>» voilà».</p>	<p>«On a plus le temps de ... c'est assez frustrant. A l'école on nous fait des grands enseignements sur la relation d'aide, eh ben on a pas le temps de le faire. On peut pas dire on reste avec un patient quand il a besoin de parler. Aux soins continus on peut le faire, c'est beaucoup plus facile. »</p> <p>«Quand j'ai commencé à travailler, et que je faisais soir – matin, une fois dans mon lit, je pensais : « <i>est-ce que j'ai fait ça et ça ?</i> » et puis je me faisais le programme du lendemain : « <i>je commence par telle toilette, est-ce que je vais faire différemment ? au fauteuil ou au lit ou...</i> ». Parfois, je rappelais le service pour demander « <i>est-ce que j'ai pensé à faire ça?</i> » et là, on me rassurait. Maintenant, j'ai acquis du professionnalisme on va dire, et de ce côté-là ça va mieux. »</p>	<p>Besoin de sécurité, par ex savoir que « leur » infirmière est à proximité. Evolution dans les attentes des patients, devenus des clients, plus exigeant du côté matériel (télévision, téléphone), comme si leur priorité était le confort et pas le traitement de leur maladie.</p> <hr/> <p>Egalité de traitement entre les patients</p> <p>Présence et écoute</p>	<p>« Je suis un peu stressée comme personne et le fait d'être en équipe, ça me rassure. Quand j'ai commencé à travailler, je me suis rendu compte que c'était moi la personne responsable. Mais on peut toujours demander conseil à quelqu'un, si on a un souci.»</p> <p>«Je décide de quand je fais les toilettes, quand je fais la prise de sang. Là, je suis infirmière volante, qui va faire toutes les prises de sang pour que les autres fassent les constantes, les perfusions et distribuer les médicaments. Aux soins, c'est moi qui ai en charge le patient et qui fait tout du début à la fin, sauf pour les soins de confort où ça peut être l'aide-soignante. Donc l'autonomie, c'est de décider à quel moment je fais ça. C'est surtout dans l'organisation.»</p>	<p>« C'est pas de l'attachement non. Parfois je rentrais à la maison et ça me suivait. Mais maintenant, j'arrive à laisser le boulot au vestiaire Au début, je pensais que je retiendrais les noms de tous les patients mais j'en suis déjà à un stade où au bout de deux semaines que les gens sont partis, je ne me souviens déjà plus de leur nom».</p> <p>«J'aime faire plaisir et quand j'ai le temps de faire un shampoing, ben je suis contente. Je suis contente quand le patient est content.» «Au début, la première fois que j'ai fait la toilette à un jeune homme, c'était pas facile mais après, on s'habitue. Ça devient de la routine de faire la toilette. Donc, j'ai plus de gêne par rapport à ça mais j'essaie de faire en sorte que la personne en face ne soit pas gênée»</p>	<p><i>Vous disiez concernant la douleur et les suggestions de traitement, que les médecins n'en prennent pas connaissance. Mais j'ai remarqué que les transmissions infirmières sont juste à coté des prescriptions médicales.</i></p> <p>« Oui mais vous avez remarqué qu'il y a les résultats sanguins que les externes rangent juste dessus. Et c'est difficile de soulever ces feuilles pour lire les transmissions infirmières. Ça fait très peu de temps que je suis dans le service donc je ne sais pas si les internes les lisent ou pas. C'est vrai que j'ai plutôt tendance à aller voir l'interne directement et lui dire. Et j'écris toujours écrire ensuite «<i>médecin informé</i>», je me couvre hein. Donc en général, j'écris et je vais dire en même temps aussi. »</p>
---	---	--	--	--	---	---	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med B.14.</p> <p>Ancienneté 13 ans</p>	<p>(Ce qui me plaît dans le travail infirmier c'est) « Dans le rapport à l'autre. Le métier qui m'intéressait, c'était celui-là. Parce que le contact avec les gens est totalement différent. Le médecin s'occupe d'une maladie et nous on n'a pas les mêmes rapports aux gens, on s'occupe de tout ».</p> <p>« J'ai vu beaucoup de monde et beaucoup ont l'habitude de travailler pour dire "voilà, j'ai bien fait ça, j'ai bien fait mon travail" au lieu de se dire "j'ai travaillé pour la personne". Et quand on travaille pour une personne, on essaie de mettre de côté les choses qui peuvent attendre ...enfin je crois qu'on devrait faire passer la personne en premier. Par exemple, on est en train de distribuer les médicaments, quelqu'un demande quelque chose "oh ben, attendez que j'ai fini de distribuer". Non, je suis aussi là pour ça. J'interviens dans la mesure du possible, quitte à reprendre ma tâche plus tard. Si y'a une demande dans une chambre, ce qu'on est en train de faire n'a pas de caractère urgent donc on peut passer deux secondes quoi. Mais souvent, la réponse c'est "non, non, je vais finir et après je m'occupe de vous". »</p>	<p>« Le rapport à l'autre, c'est ce qui m'a fait choisir le métier d'infirmier. » (Mais), « La rencontre de l'autre, ça peut faire peur. Je pense que les gens ont peur justement d'aller rencontrer les gens, d'y être confronté (...) La peur du contact, d'assumer, de pas pouvoir gérer certaines choses, mais de là à ne pas aller au-devant d'eux et essayer de répondre, c'est pas possible pour un infirmier.»</p> <p>« Les aspects technique et organisationnel prennent une grande place, mais c'est au long cours. On peut pas à chaque jour ou à chaque heure se dire « oh mince, j'ai pas vu au 12 ou au 5 » c'est au long cours. Si une personne est en hospitalisation là dix jours, ben y'aura un moment ou un autre consacré à elle, parce qu'on sait se dégager du temps. »</p> <p>« Si on a que la technique en tête, ça va pas. Le problème c'est qu'il faut avoir un petit peu de recul, de bouteille pour dire voilà, au niveau technique c'est ok. C'est comme le</p>	<p>« La formation, elle enseigne les différents besoins. Mais c'est pas seulement ce qu'on nous apprend à l'école, les différents points, les besoins et tout. Et après y'a peut-être pas le même investissement. Y'en a qui viennent faire leur boulot et pas aider l'autre mais "bien faire ce qu'on me demande de faire et puis ben je le fais parce que je suis obligé" Y'a une dérive facile à faire. Je crois que c'est..." je fais mon boulot, je fais mon truc et puis voilà", ou "j'ai fait mon boulot, et puis basta. J'ai ma paye à la fin du mois". Je pense que c'est le métier qui veut ça aussi. Y'a beaucoup de deuxième emploi dans le cadre d'une famille. (Mais) L'infirmière c'est pas, elle vient faire son métier et puis ben on rentre chez soi...je sais pas. C'est peut-être pas la même envie de s'occuper des gens quoi, toujours par respect à eux. Je crois que c'est ce qui manque dans le ...comment dire ?...J'ai pas les mots ».</p>	<p>Etre traité avec respect, avec considération.</p> <p>Besoin de dialogue, de comprendre ce qu'on leur fait.</p> <hr/> <p>Le respect de l'autre, mais qui se traduit trop souvent par le respect du travail fait et non le fait d'avoir travaillé pour la personne</p> <p>Rendre le patient acteur de ses soins et de sa guérison</p>	<p>« L'autonomie, c'est plutôt dans le rapport que je peux avoir aux autres. Ce serait plutôt une question de tolérance. Je parle des médecins, des collègues qui parleraient mal aux gens. Pas en les insultants mais en les dédaignant ou en étant hautains. Pour un soignant ou un toubib, je crois qu'on est tous capables de parler autrement aux gens, donc effectivement dans ce rapport là, oui je pense être autonome parce que je laisse libre court à la relation que je peux avoir avec les personnes dans la mesure où effectivement quoiqu'on fasse, on doit le respect à l'autre et le respect mutuel. »</p> <p>Quelle est la place du rôle propre? « le problème de certains services</p>	<p>« J'ai pris l'habitude très vite de dire que j'étais infirmier et que j'étais pas un homme, si j'avais un soin un peu particulier, en rapport justement avec la nudité. C'est plus simple de l'aborder de ce côté-là et si je vois que y'a quelque chose, ben je faisais en sorte que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse, avant tout contact avec la personne qui risquait d'être gênée»</p> <p>« Les personnes âgées qui pour la première fois se font entretenir par un infirmier, elles sont un peu gênées parce que derrière la blouse, je suis...mais j'ai mon diplôme, mon truc, bref- le reste c'est pour dehors, c'est pas pour ici. »</p> <p>« Dès qu'y a angoisse de l'autre côté, y'a angoisse</p>	<p>« L'information, c'est d'abord signifier à l'autre son importance : on peut pas avoir un rapport au malade qui reçoit le soin, sans l'informer. Sinon, ce sera toujours très militaire, très cadré et très distant en fait. C'est pas... on finit vite pour dire "voilà vos médicaments" au lieu de dire "y'en a un qui a changé, c'est ça, c'est celui-là". C'est pas grand-chose, c'est communiquer simplement avec les gens, leur expliquer qu'il y a quelque chose de nouveau, qu'on les prend pas pour des moutons, qu'on est pas là nous non plus comme des moutons, pour donner les médicaments, genre 'vous les prenez et puis taisez-vous'. Le petit peu de choses qu'on peut dire de ce côté là, ben c'est leur donner à eux l'importance qu'ils ont, c'est-à-dire être aussi acteurs de</p>

	<p>« Dans le même registre, le même état d'esprit que le font les médecins "faut absolument faire ça, ça et ça et après on va peut-être aller voir les familles" alors qu'on peut aller voir les familles quand elles sont là, ou trouver une autre tranche horaire. »</p> <p>« C'est plutôt les patientes qui peuvent être gênées. Parce que moi, je peux le gérer. J'ai pris l'habitude de dire «je suis infirmier», je suis pas un homme, pas un voyeur ou quoi,... le reste, c'est pour l'extérieur. »</p> <p>« Une mauvaise relation de soin, c'est être distant, militaire, cadré. Ça ne donne pas au patient l'importance qu'il devrait avoir. »</p> <p>« Le moment du repas par exemple, ça devrait être sublimé. C'est pratiquement le seul moment où on n'est pas agressif envers le patient. Pourtant, c'est trop souvent dénigré alors que c'est un moment de dialogue important avec le patient. La toilette même, peut être agressive dans la mesure où on met la main à la pâte, on est à laver le dos, les pieds, tourner une hanche plus que la personne le supporte. Même si on est attentif, y'a une agression quelque part.»</p>	<p>permis de conduire : une fois qu'on sait rouler, on peut voir autre chose aussi. Quand on maîtrise la technique, alors seulement on peut être attentif au reste.»</p> <p>« Le relationnel, ça ne se mesure pas de la même façon que les autres tâches. On ne peut pas planifier comme les autres tâches, ni laisser au hasard. Cet aspect des soins se construit plutôt dans la durée. La quantification ne peut pas être définie non plus « ça peut être 1/2h de discussion ou 2 min au moment d'une prise de sang. »</p>	<p><i>Comment repérer quand il y a trop d'implication de la part du soignant?</i></p> <p>« C'est beaucoup la demande des familles qui change. Dès lors qu'on intervient un petit peu plus, avec un petit peu plus de pertinence auprès d'une personne, parce qu'y a effectivement ce genre d'implication, la personne le voit, la famille le voit, l'entend. Aussi parce que la personne en parle, et après, c'est des demandes des familles comme : «Est-ce qu'il est là? Est-ce qu'il est pas là? Oh, ben je le ferai quand il sera là. » Et après, il y a plus de sollicitations personnelles. »</p>		<p>médical ou chirurgical où les infirmières n'ont plus beaucoup le loisir de toucher justement à ce rôle propre et donc sont tout le temps dans le technique ou derrière l'ordi. car il faut absolument suivre les machines. Y'a pas d'implication justement dans le rapport à l'autre</p> <p>Il reprend l'exemple des repas : «aller dans la chambre, regarder ce qu'il y a sur le plateau et si ça colle avec les goûts de la personne, l'installer et pas juste poser le plateau et sortir. Ça devrait être quelque chose de super positif "je viens dans cette chambre donner un repas", voir s'il est bien installé, si ce qu'il a sur le plateau ça va, et puis en profiter pour couper la viande.»</p>	<p>de l'autre. Donc si y'a sourire d'un côté, y'a sourire de l'autre. Il peut rester de la gêne mais elle sera moindre et le soin sera plus facile à faire. »</p> <p>«Faut que je laisse une barrière ou un repère au patient parce qu'on n'est pas copains. Je suis amical mais je fais pas de copinage».</p>	<p>leurs soins et de leur guérison, donc si vous leur laissez comme ça les médicaments, sans expliquer, on les abrute et du coup nous on s'abrute aussi parce que du coup on communique pas et dans le rapport à l'autre, c'est pas viable. »</p>
--	--	---	---	--	--	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med B.15.</p> <p>Ancienne té : 8 ans.</p>	<p>« Pour moi l'infirmière c'était les piqûres, elle fait les prises de sang, elle est vraiment dans le faire, aussi une aide psychologique et technique, et je voyais pas tout le côté paperasserie, administratif. J'imaginai pas que ça prenait autant de temps dans une journée. Par exemple entre 12 heures et 13 heures 30, souvent on fait les dossiers, les dossiers et pendant 1 heure 30, on est dans les dossiers et pas avec les malades. Ça joue pas au détriment non plus mais au lieu d'avoir plus le temps de faire les choses quand le service est pas trop lourd (...) là on a huit lits avec sept personnes grabataires, ça prend quand même beaucoup de temps et le côté relationnel est quand même un peu limité ».</p> <p>« Comme on est sectorisé, on est tous responsables d'un secteur. Par exemple, après c'est un échange, chacun prend la responsabilité de son secteur. Après, y'a des secteurs plus ou moins légers et c'est normal d'aller aider le secteur le plus lourd et vice-versa. Mais c'est un peu injuste parce que si quelqu'un vient nous faire un soin, ça nous libère un peu de temps pour faire d'autres soins. »</p>	<p>« On voit bien que les gens voudraient discuter mais on est obligé de couper court sinon on n'arrive pas. On peut pas être partout...huit heures c'est que huit heures, on peut pas être partout et c'est des fois ça qui me pèse. »</p> <p>« On est pas là toute la journée à veiller sur eux. Et ils sont là dans leur lit toute la journée...Mais bon, c'est le système que dans l'hôpital y'a pas vraiment de vie, y'a pas de famille, et nous on peut pas passer toute la matinée auprès d'eux. C'est toujours un peu triste. »</p> <p>« on est neutre » et ça peut l'aider à dire des choses qu'il ne dit pas à sa famille. »</p> <p>« On a les soins et donc on ne voit pas forcément la personne pareil que quelqu'un qui vient exprès pour discuter avec lui. Le soin c'est surtout la technique mais y'a tout ce qui est autour. Ça n'empêche pas de discuter. Y'a le soin technique, mais il faut déjà l'amener. On ne peut pas venir comme ça 'hop On pique!' C'est un tout. »</p>	<p>« S'attacher, c'est un grand mot parce que on n'est pas...Ils viennent d'accord, mais honnêtement on ne connaît pas grand' chose d'eux, donc non (...) J'ai vite appris très tôt que et comme humain et comme professionnelle et justement faire la barrière entre les deux pour se protéger. J'ai jamais pleuré parce qu'un patient est mort. Ça veut pas dire que je saute de joie mais j'ai jamais pleuré. »</p> <p>« Quand on rentre dans la chambre, il faut rester humain. Ça empêche d'écouter des choses, de dire bonjour, d'échanger des choses. Mais je pense que en tant que professionnel de la santé, on n'est pas là pour...je suis pas la fille de, je suis pas la petite-fille, je suis pas là pour entrer dans le côté (...) donc quand on commence à être vraiment comme quelqu'un de la famille, on n'est plus dans le soin. »</p>	<p>Réponse rapide à toute demande « Vous êtes courageuses, mais vous êtes aussi des bonniches! »</p> <p>Elle relie cette ambivalence à l'histoire : l'IDE était soit religieuse, soit prostituée.</p> <p>« Avoir déjà été hospitalisé soi-même, rend plus attentif à certaines choses. »</p> <p>« Quand quelqu'un est pas bien, on reste jusqu'à 22 ou 23 heures quand y'a quelqu'un qui est en train de mourir, on peut pas dire à la collègue "je prends mes cliques et mes claques et je m'en vais". Quand y'a une urgence, je travaille pas dans un bureau. A 20 heures, je peux pas dire, j'ai rendez-vous et ne plus rien accepter comme soin. »</p>	<p>« Ça dépend peut-être des services dans lesquels on se trouve, mais je dirais de part le règlement, les décrets de compétence et tout, notre rôle c'est quand même beaucoup sur prescription médicale. Mais des fois, on nous demande aussi de faire des choses qui sont pas trop...de notre rôle ou des choses qu'on fait nous, mais on a la prescription un ou deux jours après. Donc c'est pas très légal. »</p> <p>« Le rôle propre, je trouve qu'on sait peut-être pas assez bien le défendre. Il n'est pas suffisamment mis en valeur. On pense quand même trop notre rôle sur prescription, et tout ce qui est notre rôle propre, notre identité professionnelle. »</p>	<p>« Ce qui a tendance à me gêner, c'est quand on a un patient agité et qu'on en arrive à devoir le piquer dans les fesses ou l'attacher au lit. C'est vraiment une sorte de déception, une gêne, un sentiment d'échec de ne pas pouvoir faire autrement. Autant quand les gens ils meurent, c'est la vie...Si les choses sont bien faites et qu'on peut les accompagner, je trouve ça tout ça fait normal. Mais je trouve que les accompagnements sont un peu...on en fait pas assez dans le service je trouve. »</p> <p>« quand on fait des accompagnements il faut rester humain mais aussi professionnel. On n'est pas de la famille. Sinon on n'est plus dans le soin. »</p>	<p>« Pour moi l'éthique, c'est pas tant une éthique infirmière ou médicale. Ça doit être une éthique d'équipe et c'est des décisions qui doivent être prises en équipe avec la famille et le malade pour beaucoup de choses. La décision revient toujours au médecin mais chez nous y'a des réunions toutes les semaines pour parler de ce qui se passe. Y'a le PH, les internes, les infirmières, la diététicienne, tous ceux qui ont rapport avec le malade. Une fois par semaine, on se regroupe, on discute du malade ».</p> <p>« Il y a aussi de plus en plus de plaintes, parfois dues au fait que le patient ne reçoit pas les soins qu'il veut ou comme il les veut. »</p>

<p>Med B.16.</p> <p>Ancienne</p> <p>té : 12 ans.</p>	<p>(Etre infirmière, c'est) «Aider, servir une personne en difficulté (...) On se sent utile.»</p> <p>«A part les piqûres et les perfusions, y'a plein de choses : l'observation, la communication, les problèmes comme la démence, et beaucoup d'autres choses. »</p> <p>« Je suis là pour aider mais certains patients sont plus demandeurs. J'explique pourquoi je suis là "pour m'occuper de vous". Et puis quand je vois que le patient exagère un peu, y'en a certains qui sont très exigeants, je lui dit "écoutez, j'en ai dix, vous êtes pas le seul et j'ai beaucoup de choses à faire. Donc on va juste faire ce qu'il faut faire". Genre laver, mais pas maquiller, ce genre de petites choses où il faut être beaucoup plus proche, ça je fais pas vous voyez.</p> <p>_ Vous pensez que vous sortez alors de votre rôle ?</p> <p>_ Voilà, je sors de mon rôle. Parce que si vous rentrez dans ce truc, par exemple c'est un petit peu le problème des infirmières à domicile, quand elles en sont à aller faire les courses, ça va pas, ça c'est pas aider. »</p>	<p>« On soigne les gens, mais c'est pas 'bonjour bonsoir', on est toujours au contact, on est toujours près des gens, surtout dans le milieu hospitalier. C'est pas comme infirmière à domicile, une fois que le soin est terminé, elle rentre. Là, c'est autre chose ».</p> <p>« C'est comme ça que parfois on décèle les choses qui ne vont pas. Et avec les personnes âgées surtout, il tout le temps leur parler, voir ce qu'ils font, même quand ils mangent. C'est comme ça qu'on sait aussi de quoi ils ont besoin après, à la maison. C'est en parlant avec eux, en communicant ».</p> <p>« On a des perf, on fait des truc mais y'a quand même plus le côté contact comme ça. Le patient lui aussi il cherche...On stimule aussi les gens. Y'en a qui viennent pour dépression, de tout. »</p>	<p>« Si on commence à s'attacher, ça va être encore pire au départ de la personne. Donc il faut pas. Et puis vous, vous êtes frustrés après, de pas faire plus pour aider la personne, d'être attaché à elle et ce n'est pas bien. On est là, on apporte notre aide, on explique, on essaie de remettre le patient sur ses pieds comme on dit, et de lui expliquer qu'il faut qu'il fasse le deuil de son appart' par exemple ; mais pas s'attacher, ça c'est pas bien, pour les gens, pour le devenir du patient. »</p> <p>«Le problème, c'est les sentiments. Par exemple dernièrement, j'ai vu une élève, pas encore une infirmière, et je lui ai dit tout de suite "il faut pas". Elle se rapprochait, genre bisous et tout. Je veux pas faire la police mais fixer une limite parce que après vous êtes mal et le patient, vous pouvez plus rien en faire. Il va partir et il faut qu'il comprenne ce qui lui arrive pour pouvoir continuer la suite quoi. Au bout d'un moment, les soignants ils pètent les plombs. »</p>	<p>Le besoin de garder sa dignité : elle parle d'une honte des personnes âgées dépendantes, qui les empêche de solliciter au quotidien.</p> <p>Curiosité envers l'autre</p> <p>Respect</p> <p>Tempérance</p> <p>La compréhension des difficultés de l'autre renforce son respect.</p>	<p>«Tout ce qui est du rôle propre infirmier, oui. Tout ce qui se limite aux soins de nursing oui. Et encore, quand y'a quelque chose au niveau cutané, je fais appel au médecin parce que c'est quand même une responsabilité médicale de voir ce que c'est. Moi, j'ai pas l'expérience médicale pour voir si c'est une infection ou quoi. Donc on relève nos prescriptions et à côté on fait notre rôle propre d'infirmier, notre surveillance, notre observation, qu'on note sur les transmissions infirmières et que le médecin lit aussi, pour connaître l'évolution du patient. On note comment mange le patient, s'il peut boire tout seul, tout ça c'est du rôle propre. Si sa tension pose un problème, ou une déshydratation, ça aussi. »</p>	<p>« Les médecins le font une fois par semaine pour faire le point, avec l'équipe cadre, parce que nous, on n'a pas toujours le temps. Mais ça nous est pas défendu. Si on a le temps, on peut participer à la réunion. Mais y'a beaucoup de travail et y'a pas le temps souvent. Sinon, je suis la visite quand j'ai le temps. Notre équipe est très solidaire, très soudée. On parle beaucoup au niveau des transmissions. On parle beaucoup entre nous, on travaille pas chacun dans notre coin et ça remonte chez les médecins aussi. C'est très positif, c'est comme ça qu'on arrive à avancer. »</p>	<p>«J'aime beaucoup m'occuper de personnes âgées, d'abord parce que quand on les côtoie tous les jours, on arrive mieux à les comprendre et à voir aussi leurs difficultés. C'est tout bête hein : le fait qu'il peut plus couper son pain, l'observation des choses par exemple Je vois autrement mes voisins aussi...donc pas simplement faire des piqûres, leur poser des perfusions, mais aussi ce qu'il y a autour ».</p> <p>« Mais a aussi un travail à faire, de ne pas solliciter l'attachement, de comprendre ce qu'on attend de lui, le projet de soin, puis le deuil de son domicile le cas échéant, etc. Il doit aussi comprendre les limites du soignant parce qu'il ne faut pas qu'ils se laissent aller à la dépendance ».</p>
---	--	---	---	---	---	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med C.17.</p> <p>Ancien neté 8 ans.</p>	<p>« c'est quand même un métier, on peut dire <i>honorable</i>, comment dire ? c'est un métier où on est au service de l'autre. Donc c'est ça qui me plaisait quoi. Où on apporte quelque chose aux autres(...) Un métier où la femme est mise en valeur même si...y'a le fantasme de la blouse blanche. Mais je trouve que maintenant, c'est moins»</p> <p>« c'est vrai qu'on est toujours un petit peu entre le médecin et le patient. On fait toujours un peu le tampon entre les deux et on amortit quoi, on tempère Les dossiers médicaux et infirmiers étaient séparés, là ils sont mélangés, et plein d'autres choses. on explique au patient pourquoi on fait tel soin. On lui explique que c'est pour son bien, ce genre de choses, mais on omet de dire que le patient aurait dû être averti par le médecin. On va pas lui dire que le médecin a pas osé lui parler. »</p>	<p>« <i>Quand vous parlez de contact, c'est de contact physique aussi ?</i> » _ N : euh, oui, enfin contact, le relationnel surtout »</p> <p>« La relation, l'échange, c'était assez angoissant J'avais peur de ne pas savoir quoi répondre.»</p> <p>« Moi, je trouve qu'on discute pas assez, qu'on explique pas assez aux gens ce qu'on leur fait. C'est vrai, on les envoie à droite, on les envoie à gauche, on fait une prise de sang, des gaz du sang. Ils savent pas forcément pourquoi. »</p>	<p>« Les études démarrent tôt. Il faut déjà être assez mature pour faire ce métier. »</p> <p>« Je dirais pas que je suis distante mais disons que je mets toujours la distance entre le patient et moi. j'ai pris du recul vis-à-vis de ça, depuis que je suis sortie de l'école. je ne dis pas que c'est facile, mais... au début ça me travaillait. J'en rêvais la nuit mais maintenant, non. Tout ce qui est relation avec le patient, c'est la coupure, entre le travail et la vie personnelle»</p> <p>« Quand c'est des gestes simples style lavement à un patient de notre âge, on essaie de plaisanter ou...Bon, on essaie aussi de voir s'il est autonome pour le faire lui-même. »</p>	<p>Besoin de respect</p> <p>_____</p> <p>« quelqu'un qui vous bichonne, qui est là, qui prend soin de vous »</p> <p>Respect de l'autre, de son avis</p> <p>Prise en compte de la parole de l'autre</p>	<p>« La veille au soir en fait, les aides-soignantes mettent les plaquettes 'à jeun' pour les prises de sang et ce qu'il faudrait presque faire, mais bon c'est du travail, c'est de noter sur cette feuille l'examen du lendemain pour le dire au patient »</p>	<p>« Leur faire des choses qu'ils veulent pas est difficile aussi. Par exemple poser une sonde nasogastrique quand ils veulent pas et qu'on est obligé. C'est quand même assez invasif .Et s'ils veulent pas et qu'on est obligé de les maîtriser, je trouve ça difficile. Parce que souvent en discutant, on trouve des compromis avec le patient... Mais on n'explique pas assez aux gens ce qu'on leur fait. Pour nous c'est tellement...je dirais pas banal... la dame au 8, la gastroscopie elle ne voulait pas. Le médecin est venu et lui a dit : '<i>vous l'aurez et c'est comme ça et pas autrement.</i>' Donc, elle a signé le papier. C'est pas comme ça que je conçois le consentement.»</p>	<p>« L'avis du patient, ses souhaits, c'est quelque chose que j'ai du mal à retrouver quelquefois. On impose aux gens des choses, Des examens, des choses comme ça. On les informe pas assez. Les prises de sang, ils en ont tout le temps, ils en ont marre et on leur demande pas forcément leur avis. Ils savent pas pourquoi ils en ont, ce genre de chose.»</p> <p>«Tu as des patients qui sont anxieux, qui te posent plein de questions. Nous, on sait ce qu'ils ont mais on peut pas dire. Le médecin leur a pas encore dit. Parfois il l'a dit à la famille d'abord et le patient est au courant le dernier. C'est arrivé y'a pas longtemps, il l'a su après tout le monde. C'est pas normal. »</p>

<p>Med C.18.</p> <p>Ancien neté 6 mois</p>	<p>(Etre infirmière c'est) « Prendre soin d'eux, s'occuper d'eux, c'est ça le métier d'infirmière (...) tant au niveau des soins techniques qu'au niveau soin relationnel, communication, tout ce qui est le propre de notre métier ».</p> <p>« L'infirmière est là pour écouter, soigner, prendre en charge la personne globalement, »</p> <p>(Les toilettes), « c'est la base, ça fait partie du rôle propre de l'infirmière donc moi je trouve ça normal. Maintenant c'est vrai qui y'en a qui font jamais de toilettes. Moi, ça me choque pas. Je trouve ça tout à fait logique. C'est un moment privilégié avec le patient. A ce moment-là, on peut apprendre beaucoup de choses. On peut discuter de tout et de rien. Comment ça se passe à la maison, si ils sont seuls ou si y'a des aides, ce qu'ils font. Ça donne des indices, surtout pour la suite, savoir si les gens peuvent retourner à domicile ou si il faut envisager un placement, des aides à domicile ou autre chose. »</p>	<p>« C'est au moment de la toilette qu'on peut apprendre beaucoup de choses. On peut discuter de tout et de rien, de comment ça se passe à la maison, ce qu'ils font. Ça donne des indices pour la suite»</p> <p>« Les deux vont ensemble. Parce qu'il faut du relationnel avant le technique. Faut d'abord bien expliquer avant de se lancer dans le soin en lui-même parce que sinon la personne qui est là dans son lit, elle sait pas ce qu'on va faire. C'est source d'angoisse pour elle. Elle se sent menacée. C'est sa vie...privée si on veut. Tout dépend du soin qu'on fait. Elle peut le sentir comme une invasion. »</p>	<p>« Si c'est une personne en fin de vie à qui on s'attache et puis après elle décède, c'est sûr, ça fait un petit peu quelque chose .Moi J'ai pas été confrontée non plus à ça C'est vrai qu'on a souvent des personnes à qui on s'attache, parce que souvent elles restent longtemps chez nous. Donc à force, on les connaît .Quand ils s'en vont après, on dit bon, voilà, c'est comme ça. »</p> <p>« Ben je pense qu'il faut garder une distance parce que si on s'identifie trop à eux, ou ça nous fait penser à quelqu'un de notre famille, alors on a plus notre place forcément, de soignant. Si on se rapproche un petit peu trop. Ça peut jouer après peut-être. »</p>	<p>« Les attentes ne sont pas les mêmes pour les personnes âgées qu'une personne plus jeune. La prise en charge est différente. Chez une personne âgée, ce sera plus au niveau soins de confort pour les personnes qui ont déjà de l'aide ou ce genre de chose. En principe, les personnes jeunes sont valides donc là y'a pas de besoin de notre aide. Bon, mais on intervient au niveau des soins infirmiers quoi. »</p> <p>Plus d'informations pour les premières, de soins de confort pour les secondes, qui en général sont valides.</p>	<p>« On est quand même assez dépendants des médecins je dirais. Mais y'a quand même aussi des choses qu'on peut faire sans eux. Tout dépend de la situation, mais la plupart du temps, c'est quand même eux qui décident. »</p>	<p>« Il faut garder une juste distance par rapport au patient. Si on s'identifie trop à eux ou que ça nous fait penser à quelqu'un de notre famille, on n'a plus notre place de soignant »</p> <p>« C'est plus difficile avec les jeunes parce qu'on se dit « ça pourrait être moi à sa place ». »</p>	<p>« Les personnes âgées qui ont toute leur tête, elles posent aussi beaucoup de questions. Elles veulent savoir. C'est normal. Mais les personnes jeunes cherchent beaucoup plus à savoir ce qui se passe et ce qu'on fait et pourquoi »</p> <p>«Souvent on a des appels dans la journée pour fixer un rendez-vous, un examen pour lequel le patient n'a pas été averti. Donc là, on arrive dans la chambre «<i>bon ben à telle heure, vous partez à tel endroit</i>». Ça les surprend. Plus, les personnes âgées à ce niveau-là parce qu'ils sont plus anxieux, ils savent pas comment ça va se passer. Donc là aussi la communication est importante. Il faut leur expliquer.»</p>
---	---	---	--	---	---	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med C.19.</p> <p>Ancienneté 8 ans.</p>	<p>« En maison de retraite, y'avait environ deux cent personnes à se partager chacune avec notre collègue. Ca faisait cent personnes chacune. On fonctionnait avec un système de bip dans les bâtiments. Après, on rentrait, on sortait et tout était vraiment calculé : pansements, médicaments et tout. C'était dommage, le temps court pour discuter avec les patients. Mais là-bas, on les connaissait au fur et à mesure parce qu'on avait pas le temps tous les jours de discuter. Ici, les gens sont plus de passage, mais y'en a qui reviennent, on reprend contact. C'était leur lieu de vie, tandis qu'ici, c'est pour se faire soigner. »</p> <p>(L'infirmière, c'est) « Celle qui soigne, s'occupe des personnes. Les gens, ça c'est toujours l'idéal. Prendre soin des gens parce qu'ils sont malades, qu'ils ont besoin de soins mais y'a pas que ça. C'est aussi leur offrir des petits plaisirs, au jour le jour, et pas se contenter des soins de nursing. Des petits trucs comme des tisanes par exemple. Y'a plein de petites choses toute la journée, autre que les soins. On essaie de contenter les gens comme on peut.»</p>	<p>« On a trop de paperasse. Je trouve qu'on en fait de moins en moins, du relationnel. Je vois par rapport au début de mes études, au début du travail, ça change de plus en plus, on a de plus en plus de paperasse à faire. Je trouve ça dommage. Et aussi des gens...des patients qui se considèrent...on parle de plus en plus de clientèle et pas de patients et je trouve qu'ils exigent plus de choses de nous. J'ai un patient qui m'a sorti une fois « <i>mais vous êtes là pour ça</i> ». Stop quoi. »</p> <p>« Nous, c'est des relations humaines, qu'on peut pas acheter. C'est pas la même chose »</p> <p>« On est plus proches des personnes qui travaillent dans le social. »</p>	<p>« J'aurais plus de mal si c'était quelqu'un de la famille hospitalisé. Je pourrais pas m'en occuper. Mais autrement non, j'ai pas eu de souci particulier. Peut-être une fois avec une dame qui me rappelait quelqu'un de la famille. J'étais en train de vivre la même situation, et là, j'ai dû lui mettre des règles. _ <i>Vous viviez la même situation dans votre vie privée ?</i> _ Je l'avais vécue et j'avais un peu de mal à me retrouver un peu en arrière quoi. Je prenais plus de recul, je m'attardais moins dans la chambre pour éviter certaines discussions ».</p> <p>«On a du mal à voir partir certains patients, mais c'est pour un bien»</p> <p>« Il faut quand même fixer des limites, pour éviter les habitudes, les familiarités, une trop grande curiosité du patient envers le soignant »</p>	<p>Cf colonne « place de l'information » : montée en exigences diverses.</p> <p>Besoin de sécurité</p> <p>Attention portée à l'autre</p> <p>Souci de son ressenti, de sa douleur</p>	<p>«Y'a des choses qu'on peut faire sans les médecins, des trucs de base ou quand le patient ne va pas bien. On dépend d'eux pour les traitements. On a des si besoin, mais y'a une prescription avant. On suggère quand on a de bons rapports, mais ça dépend. Je demande des explications, si ça peut aider à soulager, surtout en fin de vie. Si y'a pas ça, j'ai plus de mal. Les internes ont aussi peuvent pas faire ce qu'ils veulent. Donc il faut faire quand même, mais c'est dur. On y va on a mal au ventre avant d'aller en chambre, et puis on doit le faire quand même »</p>	<p>« J'ai peut-être plus de mal avec les personnes à problèmes psychiatriques. J'ai eu un souci un jour et ne pas savoir quelle attitude ça peut engendrer d'être renfermé, un coup de colère ou autre, je me méfie. Après ce que j'ai pu vivre, j'ai plus de mal à aller vers les pers. comme ça. Celles qui sont muettes, mais avec ce regard particulier. Là, je suis un peu plus distante. C'était une personne qui n'avait jamais eu de problèmes et qui un jour a pété un câble. C'est moi qui ai tout pris. Il a fait un délire et pour lui, j'étais la méchante. Depuis, avec ces personnes je me méfie. Je laisse la porte ouverte pour pas rester seule. C'est des choses qui vous marquent on va dire.»</p>	<p>«On parle de clientélisme, j'aime pas trop. Ca évoque des échanges, des dûs, des exigences de plus en plus fortes. Et puis jamais être tranquille, on a l'impression d'être toujours encore surveillés ou autre. Maintenant, y'a de plus en plus de contrôles. Je le comprends, mais il y a de plus en plus d'exigences. On entend des gens qui disent si ça va pas ce sera un procès. Ils surveillent plus, si un jour y'a une erreur de faite ou autre. J'ai l'impression qu'ils sont plus sur le système procès ou reproche qu'au début. On parle de ça, la qualité d'hôtellerie et autre. Ca change. Avant, on était là pour les soins et puis maintenant c'est il faut tout ça bien pour la qualité »</p>

<p>Med C 20.</p> <p>Ancien neté</p> <p>3ans</p>	<p>« Avant de faire les études, je pensais pas du tout qu'y avait autant de papiers. Pour moi, devenir infirmière, c'était faire des soins, être à l'écoute de la personne.</p> <p>Les prises de sang, les pansements, les perfusions aussi. Mais au niveau administratif, je pensais pas du tout qu'y en avait autant. »</p> <p>(Le soin infirmier, c'est :) « Des soins de confort, d'hygiène, de bien-être comme la toilette. Et c'est des soins <i>'un peu méchants'</i> comme les perfusions, les aiguilles, les soins douloureux. »</p>	<p>« On prend des fois plus de temps avec certaines personnes, après on fait plus vite, on fait des choix en fait. »</p> <p>« Bon, la personne en fin de vie déjà c'est dur, mais c'est, on peut pas laisser la famille, pour faire des soins faire sortir. Je sais pas trop quoi dire. C'est plus par rapport à ça que je me sens mal à l'aise. »</p> <p>« On a des fois pas trop le temps d'être à l'écoute des gens.</p> <p><i>_ Vous vous sentez empêchée de faire comme vous voudriez ?</i></p> <p><i>_ Ben des fois oui, très souvent, il faut être assez speed, ...surtout secteur deux. Je sais pas comment les patients le prennent. Des fois moi, j'aime bien raconter des plaisanteries, des fois on a pas besoin de rester très longtemps. On peut rester trois minutes et puis...Je sais pas comment elles le vivent. On se rend pas compte de comment on est. Mais bon, on est beaucoup à être speed dans l'équipe, on a pas trop le choix. »</i></p>	<p>« Ca m'est arrivé, enfin, de m'attacher je veux dire. C'était une personne que j'aimais beaucoup donc, qui était en fin de vie en fait. Elle est partie ensuite en soins palliatifs, elle est décédée après. Elle était toujours très gentille, enfin je l'appréciais beaucoup, ça m'a fait bizarre même si je savais qu'elle allait décéder. »</p> <p>«Ca facilite parce qu'on a la communication plus facile pour les soins, mais ça dépend peut être aussi de la pathologie de la personne. Parce qu'on peut s'attacher à des gens qui ont une pathologie... Qui vient pour une gastro par exemple, comme on peut s'attacher à d'autres comme la dernière par exemple, c'était un soin palliatif. On est plus à l'aise parfois par exemple avec les personnes qu'on apprécie ».</p>	<p>On se rend pas compte de comment on est et de comment les patients prennent le fait s'on est speed tout le temps</p> <p>Respect de l'autre, l'écoute</p>	<p>« Je me réfère beaucoup au médecin, heu sauf si c'est des personnes qui me demandent des sachets pour aller à la selle par exemple. Bon, ça je donne sans prescription. Sinon, des soins de bouche, des soins de confort ou comme ce matin j'ai mis en place un soin de bouche au monsieur du 12.»</p> <p>« Pour la profession d'infirmière c'est important de...ce fameux rôle propre. Mais bon par exemple, les toilettes ça fait partie du rôle propre, ici on en fait encore, mais y'a des services où l'infirmière n'en fait plus, par manque de temps ou, je sais pas. »</p>	<p>(durant la toilette) « Là, le rapport c'est un soin de confort, d'hygiène, de bien-être, alors que souvent, on est la méchante, les piqûres, les injections, les perfusions ».</p> <p>«Y'a pas longtemps, on a eu un patient, je sais pas si vous l'avez vu, très, très méchant, pas sympathique du tout. Il s'insultait avec le voisin. Il a dit <i>"je veux une chambre seul"</i>. Je lui ai dit <i>"ce soir c'est pas possible, mais demain, on change"</i>. Mais c'est le voisin qui a du être isolé, une infection urinaire. J'essaie de rester neutre et de calmer la situation. Sinon, la violence envers nous, ça arrive, des gens qui sont déments qui essaient de mettre des coups, comme le monsieur au 12 ce matin, qui a dit à midi, je sais plus quoi Sinon, j'ai pas eu trop ce genre de choses. »</p>	<p>« J'ai pris le secteur ce matin. On m'a transmis que ce patient était attaché. J'ai même pas...Je pense qu'il doit y avoir une prescription <i>« contention si besoin »</i> mais faudrait vérifier le dossier. Auparavant, ben j'ai bossé tout le week-end au secteur un et en fait d'après ce que les collègues disaient, il arrache sa couche, ses perfs, il dépiaute en petits morceaux sa couche et il donne des coups je crois aussi. C'est beaucoup tout ça. Bon, après je sais pas si ça a été prescrit ou pas, franchement. Peut-être oralement ».</p>
--	---	---	---	---	---	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
Med C.21 Ancienne té : 10 ans	<p>« Quand j'ai choisi mon premier poste, d'abord un service de chirurgie, je voulais beaucoup de soins techniques, style les piqûres etc. Plus les soins invasifs, pas tellement le côté nursing et relationnel.</p> <p>Le démarrage a pas été facile. La première toilette c'était pas évident. C'était une personne âgée et c'était la première fois que j'étais face à ce cas là, enfin au problème de laver quelqu'un. Par rapport au respect de la personne, à ma sensibilité, des choses comme ça...Pas le fait de...des trucs techniques. Plus le côté respect de la personne et ma personnalité quoi.»</p>	<p>« Le côté libre, c'est plutôt le relationnel. Enfin, ...oui, on peut se permettre entre guillemets, des libertés, mais bon, pareil, en restant quand même dans la norme ».</p> <p>« Les patients, ils ont leurs habitudes et c'est vrai que nous, on standardise, entre guillemets, un peu la toilette ici. Eux, ils ont leurs petites habitudes et nous on ne peut pas les satisfaire. On n'a pas les moyens. Donc il faut trouver un compromis. »</p>	<p>« Le côté affectif, ça passe ou ça passe pas, autant y'a des personnes où...ça passe pas. On décide pas (...) Ça facilite les soins parce qu'on a plus de facilité à aller vers la personne parce qu'on l'apprécie »</p>		<p>«On a plein de protocoles et puis tous les textes avec ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on peut déléguer. Le côté libre, c'est plutôt le relationnel. On peut prendre des libertés, mais en restant dans la norme. Donc, on ne peut pas parler de liberté en fait. Pour tout, les médicaments les soins, les toilettes, le nursing, y'a des protocoles. Donc non, on n'est pas libres. Peut-être dans l'organisation on peut prendre des libertés... sachant qu'on aura tel ou tel soin, décider alors de commencer par celui-ci ou celui-là. Et encore, y'a des priorités pour telle ou telle raison. Non, y'a pas tellement de liberté en fait. »</p>	<p>« S'attacher, oui bien sûr, ça m'arrive. On décide pas de ces choses là »</p> <p>« C'est plutôt facilitant pour les soins : le soignant va plus facilement vers ce patient qui lui accepte plus facilement le soin. »</p>	
			<p>« En ce moment, on a un patient qui est assez jeune, qu'on connaît parce qu'il vient régulièrement. Donc, il nous tutoie d'office. Et donc bon, on pourrait aussi. Enfin, je crois que ça le gênerait pas. Bon, moi j'ai choisi.</p> <p>Y'a des collègues qui le tutoient, moi par contre, j'ai choisi de pas le tutoyer. Après, y'a aussi une jeune fille qui tutoie aussi et puis pareil, y'a des collègues qui ont décidé de la tutoyer parce que ... je sais pas trop pourquoi? C'est pas un manque de respect, mais au niveau relationnel, je pourrais pas. »</p>	<p>Respect des habitudes de vie,</p> <p>Respect de la religion,</p> <p>Valeurs chrétiennes</p>			

<p>Med D.22.</p> <p>Ancienne té : 2 mois, (AS 9 ans)</p>	<p>(J'ai choisi d'être infirmière parce que) «J'aime bien la communication, le contact avec les gens. Je me sentais assez faite pour ça et ça s'est confirmé après.»</p> <p>«Je fais partie du comité de lutte contre la douleur, le CLUD. Si y'a vraiment quelque chose qui me déçoit, c'est ça. On est à la rue. »</p> <p>«Pour la famille bon, c'est compréhensible. y'a des gens qu'on peut plus garder à la maison, qui peuvent pas laisser quelqu'un qui a un Alzheimer à la maison, qui ferait n'importe quoi. Par le système aussi parce que tu te dis 'mon Dieu, y'a de plus en plus de gens âgés et qu'est-ce qu'ils vont devenir?' On en est arrivé à attendre que quelqu'un décède pour avoir sa place pour quelqu'un d'autre. C'est décevant mais c'est pas de notre niveau. C'est beaucoup plus haut qu'il faut travailler. Sur le lieu de travail, c'est surtout la prise en charge de la douleur et puis le manque de personnel. C'est du rabâchage mais c'est vrai. Tu essaies de faire au mieux ton boulot, mais tu ne peux pas faire le boulot de trois personnes. C'est frustrant, alors on fait notre petit burn-out de cinq minutes et t'enrages un peu, mais t'a beau parler et faire ce que tu veux... comme dit on ne peut pas mettre les gens dans la rue et dire 'votre problème médical est réglé, débrouillez vous!'»</p>	<p>« L'émotion est de l'ordre du psychique et y' a plus de diagnostics infirmiers qui sont de l'ordre du psychique que du physique, qui est souvent un problème médical,... Les émotions, les sentiments, c'est ce que te renvoie le patient, et c'est ce qui fait ta base et qui te permet de travailler aussi. On en a tous, des émotions, heureusement. Après, faut savoir les gérer. Mais c'est un outil de travail parce que ça permet aussi de, d'évaluer où en est le malade.»</p> <p>«On supporte des choses à des degrés de plus en plus intenses, mais je pense pas qu'on soit blindés. Le terme de 'client' j'aime pas trop. Ça m'évoque l'inhumanité. Et quand tu discutes avec des gens, même qui sont pas du tout de la profession, ils disent toujours "Toi tu peux tout voir, tu peux tout supporter, t'as tellement vu". C'est vrai que y'a des choses que je supporte mieux visuellement, que quelqu'un qui n'a pas l'habitude. Mais psychologiquement, c'est pas toujours facile».</p>	<p>« Je pense que c'est important de se fixer ses propres limites et la richesse de travailler en équipe, c'est que tu peux passer le relais. Mais devant le malade, il faut pas trop faire ressentir de distance parce que ça met une barrière à la relation aussi, ça va bloquer la personne pour s'extérioriser et si y'a des choses que tu peux plus entendre ou qui vont trop loin pour toi ben y'a peut-être quelqu'un d'autre dans l'équipe qui sera plus à même ou qui aura moins d'affects dans la relation. Mais je pense que c'est important de savoir où sont ses limites Je les ai jamais dépassées, mais j'ai dû les frôler : éclater en sanglots devant la personne, avoir une espèce de poids là dans la gorge. T'as moins envie de t'occuper de la personne, tu te sens moins la force d'y aller "aujourd'hui, j'aimerais bien que ce soit un autre qui y aille". Je dirais que ça se manifeste comme ça. »</p>	<p>Besoin d'être en confiance, de se sentir en sécurité.</p> <p>Besoin de trouver une place d'aval en hébergement,</p>	<p>«On a des médecins qui sont assez ouverts. Donc, ça se passe bien. Maintenant, t'as des choses de ton rôle propre que tu peux mettre en place sans l'accord des médecins. Je travaille beaucoup sur les massages et ce genre de choses. C'est une liberté que je me permets sans l'accord du médecin, mais en faisant attention qu'il y ait pas de contre-indication. Tout ce qui est thérapeutique, surtout la lutte contre la douleur, ici il faut réclamer pour obtenir quelque chose. On a des protocoles avant le pansement. C'est des choses que nous on met en place. »</p>	<p>«Ce qui est d'ordre psychique, par exemple la douleur, est pas dite textuellement, mais y'a des choses qui font que tu dois te rendre compte qu'il se passe quelque chose. Quand t'as quelqu'un qui va pas trop mal, et qu'il sonne toutes les cinq minutes pour x ou y raisons, déplacer le réveil de cinq cm, remettre le verre à trois cm de la table, il se passe quelque chose, il y a une détresse quelque part, pas physique mais plutôt d'ordre psychique. C'est vrai que c'est tout un travail. »</p>	<p>(Quand tu aimes bien la personne) «T'as plus de facilité parce que du coup la personne va être dans un climat de confiance et ce sera peut-être plus facile d'avancer avec elle parce qu'elle va te confier des choses, elle va être plus ouverte, elle va être plus à même de te dire quand y'a de la douleur, quand y'en a pas ».</p> <p>« C'est comme quand tu connais vraiment quelqu'un, quand tu as quelqu'un de proche ou que tu connais à l'extérieur, qui est hospitalisé. Je crois que c'est difficile de soigner quelqu'un...une connaissance extérieure. Nous, le parent d'un de tes amis, c'est difficile parce que déjà tu fais un peu le relais entre la famille et le malade donc tu es constamment dans les questions ».</p>
--	---	---	--	--	---	---	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med D.23.</p> <p>Ancienne té: 4 ans.</p>	<p>Elle a été hospitalisée à 14 ans. Qualifie les infirmières rencontrées de « très gentilles » et a souhaité leur ressembler. c'est un beau métier et que quand on voit la gratitude, qu'elle soit exprimée ou non, des gens, c'est vraiment une récompense.</p> <p>« Parfois, c'est moi qui me déçois moi-même ».</p> <p>Surtout en début de carrière où elle oubliait des choses et rappelait le service pour le signaler et s'excuser. Par exemple des transmissions incomplètes.</p>	<p>Pour elle, l'attachement est inévitable mais elle dit que personnellement, elle n'a jamais dépassé certaines limites. Est-ce que ça facilite les soins ?</p> <p>« Je sais pas, mais je vais aller plus facilement voir un patient auquel je me sens attachée » .</p>	<p>Elle reparle spontanément de Mr J. qui « m'a vraiment gonflé ce matin. Et puis aux transmissions, je me suis dit que je n'étais effectivement pas à sa place, que c'était sûrement dur pour lui et qu'il l'exprimait comme ça ».</p>		<p>« L'autonomie qu'on a, <i>elle me suffit</i>, je se sent assez libre de suggérer des traitements au médecin par exemple. »</p> <p>«parfois les médecins prescrivent de lever au fauteuil alors que nous on les trouve pas assez en forme" Il y a quelques temps, la communication passait mal avec un des médecins qui prescrivait beaucoup ce genre de choses et avec des points d'exclamation. A coté, il prescrivait des régimes sans sel avec 2grammes de sel à chaque fois et du pain salé! Il est un peu revenu sur ses prescriptions et dans le cas des infirmières, il ne le fait plus ».</p>	<p>Il faut mettre une barrière affective entre soignant et patient,</p> <p>« Bien sûr, c'est justifié. On doit faire la part des choses. Il y a une différence entre l'implication soignante – qu'on laisse en principe à la porte du service- et l'implication personnelle. »</p>	<p>« Les familles sont de plus en plus exigeantes : certaines nous disent : « <i>vous êtes là pour ça</i> » et certains patients aussi ».</p>

<p>Med D.24.</p> <p>Ancienne té : 5ans.</p>	<p>« Depuis l'enfance je pense à être infirmière en fait. J'ai toujours été attirée par le côté social, le fait d'aider, d'être au contact des gens, de pouvoir les aider. C'est quelque chose qui m'a attiré depuis toute jeune. »</p> <p>« l'infirmière eh bien c'est...c'est une personne qui est à l'écoute, qui soigne... parce qu'après on se rend compte que...on idéalise souvent, on se rend compte déjà par la formation que la réalité est pas toujours la même, que c'est pas toujours aussi facile de donner des soins. »</p> <p>« on parle dans l'équipe quand on a du mal avec un patient, un souci relationnel. Justement, on en parle beaucoup entre nous et c'est souvent au moment des pauses et ça permet de prendre du recul par rapport aux situations. Ou pendant les transmissions aussi. Ça permet de relativiser beaucoup de choses et de passer le relais. »</p> <p>« C'est quand même très gratifiant. C'est un beau métier je trouve, malgré les moments difficiles. Et puis la relation avec l'équipe soignante, c'est très important. Voilà, j'aime beaucoup. »</p>	<p>«On n'a pas toujours le temps nécessaire, surtout au niveau relationnel. On aimerait bien avoir plus de temps, mais on ne peut pas tout faire (...) Le relationnel, c'est la moitié du soin quand même. C'est quelque chose de très important, qui fait beaucoup dans la connaissance de la personne, dans le fait de pouvoir l'accepter dans la globalité, faut connaître le patient. (...) Quand on va faire un soin, on va en même temps parler avec la personne l'aborder, lui demander comment elle va, lui expliquer ce qu'on fait. On ne peut pas le dissocier je pense. »</p> <p>« C'est bien de connaître un patient pour adapter au mieux les soins. Après, y'a attachement et attachement. Y'a aussi différents degrés d'attachement. Mieux connaître le patient, son environnement, sa famille, je pense que ça peut aider à la qualité de soins. Le patient se sent aussi plus en confiance si ça se passe bien avec l'équipe. »</p>	<p>«Il faut se mettre des limites (...) c'est difficile à gérer, il faut garder notre côté de soignant. Il faut avoir ses limites sinon en rentrant chez soi c'est difficile. Il faut se protéger sinon...On a quand même des patients qui décèdent, donc il faut, c'est important».</p> <p>«Plus on les connaît, plus y'a un autre suivi. On est ...c'est différent. Je pense à un patient qui était chez nous très longtemps ben, c'était...ça devenait un peu le papy de tout le monde, un peu. Je pense que c'est un peu naturel ».</p> <p>«Avec l'expérience, on prend plus facilement du recul. Elève, j'étais trop impliquée, surtout lors de mes stages en psychiatrie. Pendant la formation, j'ai fait trois stages en psychiatrie et j'étais trop dedans, pas bien du tout, ...je me mettais trop à leur place, à imaginer ce qu'ils peuvent ressentir et de trop vouloir aider. Je ne prenais pas assez de recul. Je rentrais, je pleurais à la maison».</p>	<p>« Traiter la personne comme, la traiter comme une personne à part entière »</p> <hr/> <p>Il faut pas trop faire rentrer tes sentiments parce que ça peut être difficile</p> <p>« Le respect de la personne soignée, essayer d'effectuer les meilleurs soins possibles. Respecter la personne, être à son écoute, de répondre à ses demandes le mieux possible, selon la charge de travail...Traiter la personne comme, la traiter comme une personne à part entière.</p>	<p>«Je me sens assez libre quand même. On est limité, c'est vrai, par les médecins. Quand un patient a des douleurs par exemple, qu'on le signale, on est limité parce qu'on peut pas donner ce qu'on veut comme antalgique. On en réfère au médecin qui va pas lui mettre alors que nous on donnerait peut-être quelque chose de plus fort. C'est frustrant parce que parfois on voit quelqu'un souffrir et on n'a pas la réponse souhaitée par rapport au médecin. Par contre, ce qui est de notre rôle propre, on est assez libres quand même». .</p>	<p>«Je pense surtout aux patients qui restent plus longtemps. Ca je pense que c'est un peu inévitable, les patients qui restent chez nous deux ou trois mois. C'est quand même une relation qui s'installe. Mais s'attacher oui, mais faut avoir ses limites aussi. Après, faut pouvoir aussi en quittant le travail, faire abstraction.»</p> <p>« Ce qui est effectivement un peu difficile, c'est quand la famille attend, espère beaucoup de nous et qu'on ne peut pas faire grand-chose. On a des personnes en fin de vie, on sait que c'est la fin, on est là pour soulager les douleurs et que la famille espère plus, attend plus de nous et qu'on se sent vraiment impuissantes. »</p>	<p>« On parle alors beaucoup avec la famille, souvent le week-end en fait, parce que y'a beaucoup de familles qui viennent, qui posent des questions. Donc là oui, on parle beaucoup de tout ça. C'est une grande partie de notre travail. Leur expliquer, répondre à leurs questions. Discuter de leurs soucis aussi. Bon des fois ça se passe mal. Là c'est le médecin qui intervient ».</p>
---	--	--	---	---	--	--	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med D.25</p> <p>Ancienne > 4 ans.</p>	<p>Etre infirmière, « C'est de s'occuper un petit peu des autres (...) ça fait longtemps que je me disais que c'était un chouette métier. »</p> <p>« Je pensais qu'il y avait plus de respect vis-à-vis de l'infirmière. Je trouve que beaucoup les familles qui sont souvent très exigeantes – bon c'est normal, c'est leur proche et pour eux c'est l'urgence, c'est l'indispensable parce que c'est celui qui compte – mais souvent on est beaucoup dénigrées. Quand on nous dit qu'on est payé pour ça, et on ...Je m'attendais à ce qu'il y ait quand même un peu plus de respect vis-à-vis de nous. On est un peu...c'est vrai qu'on est au service des gens. Maintenant, y'a des limites parfois que les familles dépassent, qui sont... Et quand je dit « oui, je viens, je fais une chose après l'autre et je m'occupe de ça après », et que j'entends « Non, mais tout de suite, vous êtes payé pour ça, je paye la sécu, j'ai travaillé toute ma vie, j'ai droit à ça ». C'est vrai que ça, c'est difficile.. »</p>	<p>« Bon vous êtes en train de manger, mais c'est pas grave, vous supportez tout vous, avec le métier que vous avez. » Pour certains, des malades ou leurs familles, on n'est plus des personnes comme les autres à l'extérieur, on est une blouse blanche et on supporte tout.. »</p> <p>« Les gens arrivent avec...on est de plus en plus dans une société de consommation : je viens acheter un soin, acheter une guérison. Souvent c'est pas toujours le cas, alors ils sont déçus aussi mais ils sont beaucoup dans le « on paye ».</p> <p>« Après, ils sont beaucoup dans la demande de guérison, c'est normal, avec toutes les phases de deuil qui vont avec. Mais je trouve que ça change. Autant quand y'a des patients agressifs parce qu'ils vont mal, ils sentent qu'ils peuvent plus faire comme avant parce qu'ils vont moins bien, c'est bien plus supportable.</p>	<p>« Oui, il faut se protéger. Maintenant, je pense qu'à trop se protéger, on n'est plus assez proche du patient. »</p> <p>«L'autre jour par exemple, on a eu le cas d'un patient pour sa chimio. (voir journal de bord) Il est beaucoup dans la demande mais il est un peu angoissant : on ne sait jamais sur quoi on va tomber avec lui en fait. Il est critique, tout est...il est dans la colère encore en ce moment parce qu'il sait qu'il a un cancer, qu'il risque de pas s'en sortir. Les collègues ont vu son diagnostic. Je ne sais pas toujours comment réagir. J'ai essayé de lui expliquer qu'il n'était pas tout seul, que y'avait d'autres choses... qui font que ça va pas toujours comme il veut tout de suite. Et ça, il ne veut pas comprendre. Il est là, il veut son soin et c'est tout de suite. Et ça, je trouve ça angoissant.</p>	<p>« Le respect et essayer au maximum son confort et surtout le respect de sa parole »</p>	<p>« L'autonomie, ça dépend avec qui on travaille; si on arrive à former une équipe avec le médecin, et je pense que j'ai beaucoup plus d'autonomie avec notre chef de service parce que je peux lui demander son avis. Donc j'ai l'impression de faire mon métier pleinement. Avec un autre médecin, j'ai l'impression de n'être qu'une exécutante, ce qui est très frustrant. J'ai pas fait ce métier là pour être qu'une exécutante. Je pense devoir un minimum réfléchir à ce que je fais et prendre un peu d'initiatives. Ce médecin, elle ne veut pas de nous à la visite. Elle dit qu'elle n'a pas besoin d'infirmière. Donc, on fait ses prescriptions et c'est tout. On n'a pas besoin de réfléchir.</p>	<p>« On a eu une dame atteinte d'un cancer du pancréas avec qui ça collait bien. On a voulu l'envoyer en soins palliatifs mais elle n'a pas voulu. Elle a voulu rester chez nous. Et puis elle a été...on a réussi à l'accompagner et elle est morte sereinement. Et c'était...elle est morte une nuit où j'ai travaillé. Et je suis resté avec le sentiment du travail bien fait. J'étais contente de ma nuit, même si ma patiente est décédée. Parce qu'elle est décédée calmement, donc c'était bien. Ça veut dire que j'ai bien fait mon boulot. Je suis contente. »</p> <p>«Je me souviens de mon premier décès d'un patient en chimio. On avait l'habitude de le voir. C'est arrivé la nuit. J'étais avec une aide-soignante, une ancienne, qui travaille plus ici.</p>	<p>«On suit une dame qui a rechuté malgré le traitement. Elle, est en cours de chimio mais ça ne marche pas. Elle se raccroche à ce traitement, à ces prescriptions. Je ne vais pas forcément dans son sens parce que c'est pas la vérité ; c'est un peu ambigu. Maintenant, je pense que c'est son choix d'être dans le déni, c'est sa façon à elle de se protéger de ce qui lui arrive et c'est à respecter. Et je lui dit pas non, je ne lui lance pas la vérité en face parce que de toutes façon, elle ne l'entend pas. C'est à respecter. Je me dis que c'est son moyen de défense, je fais avec. »</p> <p>« J'essaie de lui expliquer que le traitement c'est important, d'aller dans le sens de la famille parce que, surtout chez cette patiente là qui a un handicap mental, ne pas aller dans le même sens que les</p>

	<p>« Des patients, je peux mieux le comprendre .Parce qu'ils sont malades. Mais parfois aussi...Je sais pas, un exemple tout bête. On met le bassin à quelqu'un, à une dame pour avoir des selles, et elle me dit « <i>non, mais vous pouvez rester là à côté</i> ». Plus ils sont âgés, moins ils ont cette pudeur vis-à-vis d'eux-mêmes aussi. Moi, j'ai pas forcément envie de regarder quelqu'un en train d'avoir des selles (...) En fait on n'est plus, on est un peu cachés derrière notre blouse, on est juste une blouse blanche finalement. On est censé tout supporter et puis « <i>maintenant vous faites ci, et maintenant vous faites ça</i> » etc. »</p>	<p>Mais quand ils sont comme ça, tout le temps dans la demande et dans le tout de suite et dans le maintenant parce que c'est comme ça et parce que partout ils demandent et partout c'est tout de suite et ils prennent pas forcément en compte qu'ils ne sont pas tout seuls et, parce qu'ils sont beaucoup <i>société de consommation</i>, je trouve. Ca me...ça me fait bouillir un peu c'est vrai»</p> <p>« Depuis que je suis maman, ça se passe mieux. Y'a quelque chose de plus important que mon boulot maintenant. Et du coup, ça me permet de prendre les choses avec plus de distance. Avant, je bossais à temps plein, à 150% même certains mois, et je m'investissais à fond, je prenais les choses à cœur. Mais j'ai jamais été jusqu'à pleurer à la maison. Une fois au service. Après, y'a des choses qui énervent parce que c'est pas juste ou qui prennent un peu plus parce qu'il a pas ceci, il n'a pas le traitement antalgique, il a pas cela. »</p>	<p><i>_ Comment tu fais alors?</i> <i>_ J'essaie de rester le plus calme possible, de dire les choses de la façon la plus calme possible et souvent j'explose un peu –enfin, j'exagère – je rôle quand on en discute entre collègues. C'est un peu la soupape de sécurité. On mime des fois ça pendant les transmissions ou le petit-déjeuner, les cinq minutes de pause comme ça entre nous, où on se décharge, on souffle »</i></p> <p>« <i>T'est-il arrivé d'éviter des patients ?</i> <i>_ Ca m'est arrivé une fois oui. Je pouvais plus rentrer dans la chambre, j'avoue. C'était un patient qui étouffait et malgré nos demandes, on a pas eu d'antalgique. C'était un patient en fin de vie, qui luttait beaucoup, .Y'en a qu'une encore qui a pu rentrer dans la chambre. C'était trop difficile de le voir. J'arrivais plus à rentrer en contact avec lui, même le toucher. En général, on rentrait à plusieurs »</i></p> <p>« Aux transmissions parfois on a l'impression d'avoir le jugement des autres, des fois, quand c'est un peu difficile. »</p>		<p>C'est difficile à vivre. »</p> <p>«Les médecins interviennent parfois dans le cadre de notre rôle propre. C'est toujours très mal placé mal venu. Par exemple, quand ils nous prescrivent de faire des soins de bouche avec trois points d'exclamation. Ils savent que ça fait huit jours qu'on fait des soins de bouche et qu'on fait de notre mieux. Ou encore "<i>a-t-elle été lavée ce matin?</i>" des choses qui dénigrent le travail qu'on fait. C'est toujours pour taper là où ça fait mal que c'est fait, chez nous en tout cas. En général, on répond à coté poliment et respectueusement, que ça a bien été fait tel jour ou que le soin de bouche a été fait.»</p>	<p>Elle avait toujours l'air très dur mais c'était un patient assez jeune, avec de jeunes enfants. Moi, je me suis d'abord retenue de pleurer même si la nuit y'avait personne d'autre. Je l'ai vue verser une larme et j'ai pas pu me retenir et ça nous a fait du bien je crois, de nous permettre ce moment toutes les deux. Ensuite, il faut aussi passer au-dessus. Les autres aussi ont besoin de nous. On peut pas pleurer sur tous les décès pendant trois jours quoi. »</p> <p>« Oui, il faut se protéger. Mais je pense qu'à trop se protéger, on n'est plus assez proche du patient. On est là pour soigner, accompagner de la meilleure façon possible. Mais on n'est pas là pour sauver le monde. Les gens meurent et voilà. »</p>	<p>autres, ce serait délicat. C'est un peu comme avec une enfant. Faut qu'on aille tous dans le même sens, qu'on la cadre tous dans le même sens, sinon, elle serait encore plus perdue que ce qu'elle n'est. C'est déjà déstabilisant pour elle de venir chez nous. »</p> <p>« Ca l'embête déjà beaucoup d'être piquée, d'avoir perdu ses cheveux. Moi, j'essaie avec douceur de lui dire que c'est important, que c'est comme ça, même si je trouve que c'est pas juste.»</p> <p>« On a beaucoup de personnes âgées qui sont démentes et malgré ça, y'a des choses qui sont lâchées et c'est pas pris en compte. C'est mis sur le compte de la démence et de l'âge. On essaie de préserver le respect de leur parole et de les toucher. C'est des gens qui sont plus du tout touchés alors que ça participe au soin et à l'écoute, selon la réaction du patient.»</p>
--	---	---	---	--	---	---	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>Med D.26.</p> <p>Ancienne : 2 ans</p>	<p>« moi ce que je recherchais avant tout, c'est de travailler au contact des gens, avec des relations et avec comme objectif de venir en aide, d'aider quelqu'un par quelque moyen que ce soit. Ou alors, c'était du social, ou alors du médical. Et le hasard a fait que j'ai fait le concours d'infirmière et ça s'est bien passé. Mais j'avais aussi passé le concours d'éducateur ».</p> <p>« J'arrivais pas vraiment à m'imaginer ce métier. C'est vrai qu'on la voit toujours avec la seringue, aussi bien dans les médias ou dans le commun de tout le monde. Mais ce que je cherchais avant tout, par infirmière, c'était la relation. C'était ce côté-là, le côté technique m'attirait pas trop, même m'angoissait. Mais j'avais pas de relation avec le milieu hospitalier donc j'ai pas vraiment eu une image. Juste quelques clichés par-ci par là. »</p>	<p>« Je pensais qu'on avait plus de temps relationnel. Bon, là c'est toujours pareil, on peut nous dire que on peut faire une injection et faire du relationnel, mais ça veut dire quoi ? Deux minutes ? Bon, ce sera jamais aussi important que pendant une toilette par exemple. Mais on est pas toujours là au bon moment. Au moment par exemple où je pose l'antibiotique, le patient voudrait me dire quelque chose et j'aurai pas forcément le temps à ce moment-là, même si je pourrai entendre une fraction et que je reviens le lendemain faire sa toilette. Mais c'est pas dit qu'il voudra dire la même chose, qu'on aura la même relation. »</p>	<p>« On nous a toujours dit à l'école, 'dans ton boulot, tes émotions tu dois pas en avoir, tu es soignant avant tout'. Oui, mais tu es un humain qui soigne. Tu peux pas être indifférente à des douleurs, à des joies, à toutes sortes d'émotions. Une main tendue, un visage crispé, ça communique, ça se transmet. On est plus réceptif quand y'a des situations difficiles. l'hospitalisation, c'est difficile pour tout le monde. Les situations douloureuses, des soins palliatifs, des choses comme ça, on est attentif aux émotions des familles ou des patients »</p> <p>«Intérieurement, tu t'attaches. Tu as...Je ne dirais pas de la peine mais, enfin, sentimentalement, ça te fait quelque chose. Et puis tu pars, j'en rêve la nuit parfois. Y'a des choses qui me manquent... Et puis pas forcément impliquée au niveau des sentiments... je veux pas dire que j'ai de l'amitié ou quoi, mais je me sens impliquée. »</p>		<p>« je pensais que les médecins collaboraient plus avec les infirmières, qu'on travaille en équipe. C'est en partie le cas oui, mais plus ou moins selon les personnes, selon les médecins, selon les infirmières aussi ».</p> <p>«L'espace de liberté, ça dépend pour quoi. Les antalgiques par exemple, et ça dépend des médecins. Par exemple, la pose d'une sonde nasogastrique, on propose d'abord de stimuler et des compléments enrichis ».</p>	<p>«La maladie, la dépendance, ça renvoie à beaucoup de choses. Je pense que j'ai pas assez de distance (...) ça peut avoir un impact sur moi, ça j'en suis sûre. Sur mes actes aussi. Je suis moins détachée, on a moins de distance, de réflexion sur l'acte et sur ce qu'on fait ».</p> <p>(Elle évoque une jeune patiente atteinte d'un cancer et qui est sous tutelle). C'est très difficile. Elle a un souci d'ordre psychologique. Elle réagit comme une enfant de dix ans, qui ne veut pas manger la soupe par exemple. Avec elle, c'est d'autant plus difficile parce que c'est comme une enfant, elle représente la naïveté et l'innocence. Mais c'est des soins agressifs. Elle est dans le déni, elle</p>	<p>«j'arrive pas à comprendre qu'on ne puisse pas donner l'information au patient. J'ai eu une formation au centre Paul Strauss, ils disaient bien qu'il faut répéter .C'est pas quand le médecin le dit que le patient voudra bien entendre. Ici, le médecin le dit une fois et le patient peut en discuter avec nous. On essaie même de tâter pour voir si y'a pas quelque chose de sous-jacent, une angoisse, des questions, par ex sur l'espérance de vie, mais c'est pas sur ma montre ». « Accepter, c'est un grand mot : acceptes que tu vas mourir! C'est pas une chose qu'on peut accepter. Parfois les familles disent 'ne lui dites rien, il faut préserver son état moral''. On l'entend, mais je pense que le patient s'en rend cpte. On tourne autour du pot, on fait des tas de prises de</p>

						<p>veut plus, elle exprime qu'elle en a assez, mais... C'est pas à moi de le décider. C'est pas facile parce que c'est pas une patiente qui est lucide à cent pour cent. Elle n'est pas responsable de décider de ses actes, de son devenir, tout ça. Mais je ne saurais pas dire si une autre personne peut mieux choisir qu'elle. C'est comme ça. Après, j'adapte les soins. Par exemple si je fais une prise de sang" je ne lui dit pas "<i>c'est pour voir les globules rouges dans le sang</i>", plutôt "<i>tu vois, je mets le garrot, ça va?</i>". J'explique pas trop le but de ce que je fais. Si je lui dis "<i>je pose une perf^o pour une transfusion</i>", elle en veut pas. En amenant comme un jeu "<i>on va mettre ça, le rose, ça va ?</i>", ça passe. C'est jamais dirigé vers la maladie».</p>	<p>sang. Ils sont pas dupes. Ils s'en rendent compte d'une façon ou d'une autre. Et le comportement des familles change aussi forcément. ».</p> <p>«En cas de refus d'un soin, j'explique le pour et le contre, et s'ils veulent pas, j'arrête. C'est le droit du patient. Je supporte pas quand le médecin m'a dit : "<i>Tu t'en fous, tu piques, c'est pas à elle de décider</i>". J'ai essayé de faire pencher la patiente vers la prise de sang, mais je trouve pas normal, on a le droit de décider. Le "<i>tu fais ce que je te dis et tu te poses pas de questions</i>" J'écoute qui là dedans ? »</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>MED E.27.</p> <p>Ancienne té : 14 ans</p>	<p>« Le bénévolat m'a donné la vocation de venir en aide aux personnes souffrantes, me sentir utile, aider l'autre à porter. Mais maintenant, je continue en étant rétribué pour cela. Le bénévolat a été une école de vie pour moi. »</p> <p>«C'est vraiment une vocation pour moi, ce métier. Vocation au sens large et spirituel. C'est rendre service à l'autre, et aider, venir au secours de l'autre, apporter ma contribution et appartenir à quelque chose, d'utile pour la société, mais en étant rétribué pour cela, pas comme dans le bénévolat ».</p> <p>(un problème est que) «Avec l'informatisation entre autre, les infirmières deviennent comme des secrétaires voire plus parce qu'il y a beaucoup d'administratif à gérer alors que les soins sont devenus beaucoup plus pointus (...) Alors, c'est plus les aides-soignants qui ont ce coté relationnel. Les infirmières ont de moins en moins de temps. Elles sont parfois gênées de ne pas pouvoir plus aider les aides-soignants dans le nursing. »</p> <p>« C'est à la fois une gêne de pas pouvoir aider, mais au-delà de l'aspect travail en équipe, il y a aussi que j'ai pas fait ce métier que pour faire technicienne. Je l'entends aussi beaucoup des</p>	<p>« Dans certains services comme en chirurgie où les gens viennent pour un problème particulier et souhaitent être guéris et rentrer le plus vite possible. J'ai vu que souvent c'est des relations 'abracadabra'. Je veux dire par là de tous les jours, cordial. Ça en reste là et le patient n'en demande pas plus. Et c'est à respecter aussi, ça dépend. Et c'est pareil pour les familles. Elles n'ont pas toutes besoin de parler »</p> <p>« De ma propre expérience, c'est le patient qui met parfois une limite à la relation, par sa manière de répondre par exemple. »</p> <p>« Parfois il faut aussi aller à l'encontre de ce que veut le patient, le stimuler et être un peu contraignant, pour l'aider à se rendre compte de certaines choses qu'il peut faire. »</p> <p>« Quand j'ai commencé à travailler dans ce métier il y a plus de 14 ans, on avait quand même un peu plus de temps pour s'occuper des gens parce que le métier était moins</p>	<p>«La relation à l'autre ne s'apprend pas. Je dirais, c'est quelque chose qu'on a en soi d'abord. Après, il faut le compléter par des formations, parce qu'on accueille tout type de personnes et aider une personne âgée démente par exemple, c'est différent. La bonne volonté ne suffit plus »</p> <p>«C'est la communication, apprendre à gérer ses émotions. Et apprendre à être vrai dans la relation. C'est vrai qu'il faut rester professionnel dans la relation. On peut pas toujours courir chez tout le monde, les embrasser (...) mais ne pas oublier que avant d'être des soignants on est des êtres humains. Rester naturel, avec ses valeurs, en gardant une certaine distance, mais ne pas cacher qui on est derrière le professionnel. C'est ce que j'appelle une juste distance. »</p> <p>« Le professionnel c'est 'voilà, j'accueille M X pour telle pathologie et je</p>	<p>Le respect du patient et de son identité, car l'hôpital la gomme.</p> <p>« J'avais appris à l'école que le patient, il faut lui restituer son identité et c'est vrai que l'hôpital, on est perdu, on perd son identité. Ils le disent parfois eux-mêmes.»</p> <p>Ouverture à l'autre, capacité d'écoute, empathie.</p> <p>Apporter le maximum de confort à la personne.</p>	<p>«Il y a de plus en plus de responsabilité soignante et médicale. On parle beaucoup de mettre le patient au centre, mais c'est des belles paroles. Ça voudrait dire se centrer sur ses attentes et sa maladie, mais il y a beaucoup d'autres préoccupations : bien administrer les traitements, du nouveau matériel qui arrive, faire attention à la performance, etc. On devient des techniciens je trouve. »</p>	<p>« Les patients sont touchés lorsque le soignant montre ses émotions, en gardant certaines proportions. On est dans le partage de quelque chose. Il ne s'agit pas que l'infirmière s'effondre non plus. Il faut rester professionnel et garder une juste distance. Mais lors d'un décès, je travaille surtout avec mes tripes, y'a plus de rôle professionnel et la famille peut être touchée de voir un soignant être touché. Montrer ses émotions, c'est important aussi. Mais il s'agit pas de crier ou de se rouler par terre non plus, mais la larme à l'œil, ok »</p> <p>« j'ai vu une collègue infirmière être agressée par une famille qui disait qu'on ne faisait rien pour sa mère. Je suis intervenu et j'ai dit</p>	<p>« Avant, les patients étaient, le mot est peut être fort, mais 'soumis'. Maintenant ils ont des droits, ils les connaissent et ils n'hésitent pas à demander, à exiger, à réclamer, par exemple leur dossier. C'est bien mais il ne faut pas que ça aille trop loin parce qu'on n'a pas tous les droits et on peut pas avoir tout, tout de suite. »</p> <p>« Ils veulent savoir ce qu'on leur administre, pourquoi, leur maladie, ils en parlent et posent des questions précises. Ils ont aussi des demandes un peu étonnantes comme d'aller dans un centre en Allemagne où on soigne par des piqûres d'abeilles. Le patient devient acteur de ses soins mais a quand même besoin d'être guidé. Ils voient des infos qui leur font peur ou leur donne de l'espoir mais ils ne savent pas forcément ce qui leur est</p>

	<p>collègues. »</p> <p>«J'aime bien le mot <i>bienveillance</i>, mais comment peut on l'employer dans une établissements pour personnes âgées où on met un seul aide-soignant pour quinze malades Alzheimer? Comment on peut placer un affichage dans la chambre d'un patient '<i>toilette à faire avec douceur et précaution</i>' alors que l'aide-soignant a quinze minutes pour la toilette à une personne grabataire?»</p>	<p>technique. Il l'était déjà, mais pas autant qu'aujourd'hui et le coté humain était plus mis en avant. Maintenant, le coté humain, on en parle beaucoup mais on informatise beaucoup. Y'a beaucoup plus d'administratif à gérer, de secrétariat alors que les soins de base, c'est les mêmes. Le travail était aussi beaucoup plus manuel. Quand j'ai commencé on faisait encore des '<i>poupées</i>', c'était des cotons qu'on faisait nous-mêmes pour les pansements. »</p> <p>« Jje suis là pour le malade mais tout ne lui est pas dû. Il peut réclamer des soins de qualité mais pas pour aller lui acheter des cigarettes par exemple. Mais celui qui n'a pas de famille, il faut parfois sortir du professionnalisme, mais sans créer des demandes ni verser dans un dû. »</p>	<p><i>fais tel et tel soin</i>". La juste distance, c'est entrer en relation, s'intéresser à l'histoire de sa maladie, et à sa vie sa maladie, mais pas questionner pour se faire plaisir. On reçoit des fois des choses qu'il faut pouvoir l'accueillir et montrer qu'on entend sans être trop intrusif»</p> <p>« Parfois, c'est dur d'entendre des paroles dévalorisantes sur son travail, des médecins ou des familles parfois. Et les aides-soignants sont encore plus touchés par des paroles parfois insultantes, comme « <i>ramasse-merde</i> », ça je l'ai entendu de la part d'infirmières dans un hôpital parisien. Ça m'a beaucoup choqué. »</p>			<p>qu'on la surveillait bien, en montrant les appareils, le thermomètre, le saturomètre, en donnant la dernière tension prise. J'ai ajouté : "<i>Elle a de la fièvre mais on hydrate et on surveille, on ne peut pas plus faire... Mais ON FAIT!</i>" »</p>	<p>applicable ou non. Autonome mais besoin d'être accompagné».</p> <p>«Parfois, ils demandent à voir la fiche d'accueil, ils veulent savoir combien ils ont quand on leur prend la température, la tension, etc. »</p> <p>« mais avec toutes ces informations qu'ils trouvent partout, cela peut leur donner de l'espoir mais aussi des peurs. Il faut les rassurer ou les informer de ce qui est possible ou pas, ou indiqué par rapport à leur maladie ou pas. Il ne faut pas laisser le patient sans réponse, mais il faut lui dire ce qui est possible ou pas. J'ai jamais vu qu'on fasse des choses alors que le patient a dit non mais on fait aussi des choses sans vraiment lui demander son avis.»</p>
--	--	---	---	--	--	---	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>MED E.28.</p> <p>Ancienne : 20 ans.</p>	<p>«Je veux être infirmière depuis toute petite : envie de soigner et d'aider et aller vers les autres. Mais aussi de sortir d'une certaine solitude car j'ai grandi dans une maison où on ne parlait pas. Donc l'autre est en demande de soin et moi aussi j'étais en demande de quelque chose au niveau de la relation à l'autre. Mais ça, je l'ai compris bien plus tard. »</p> <p>«Il y a eu un grand changement avec le SIDA, qui a beaucoup changé le regard des soignants et des médecins. Le malade est devenu beaucoup moins un objet. L'aspect social de la maladie est devenu plus présent. Les problèmes d'exclusion surtout. Avant quand y'avait un problème social, on signalait au médecin pour l'assistante sociale et c'était chacun qui s'occupait de ce qui lui revient dans sa profession. Là, on a commencé à suivre les malades ensemble au CIISI, médecins, infirmières, psychologue et assistante sociale. J'ai retrouvé ça en palliatif, le travail d'équipe.»</p> <p>«Etre au service du patient c'est donner le meilleur de moi au niveau professionnel mais ne pas faire tous les desideratas de la personne, ce qui était difficile pour moi pendant longtemps. Refuser un desiderata peut être aidant pour la personne. »</p>	<p>« Ça arrive que ça se passe mal avec un patient. Parfois je retourne alors le voir, si je sens que lui aussi est très mal. Si c'est la fonction qui est attaquée, c'est plus simple. Le plus souvent, j'ignore les remarques ou alors je discute avec le malade. Si c'est la personne, c'est plus compliqué, parce que tu ne sais pas si c'est quelque chose que tu as en toi ou que c'est quelque chose que le malade cristallise sur toi parce que c'est toi qui est là. Et là, c'est difficile de savoir mais ça m'est arrivé de revenir avec le malade sur ses propos. Mais il reste souvent une méfiance de part et d'autre. En tout cas, j'en parle beaucoup avec les collègues, quand j'ai ce genre de difficulté. »</p>	<p>« La relation à l'autre, oui ça s'apprend. On peut être fait pour ou pas, c'est une base. Après, il faut apprendre parce qu'il y a une façon de ne pas se projeter dans l'autre et de ne pas induire des choses chez l'autre. C'est d'abord l'expérience et les retours sur des expériences, et aussi les retours et les échanges avec les collègues, le travail en équipe ». «J'ai beaucoup appris aussi d'une formation sur l'hypnose : qui j'écoute quand j'écoute et qu'est-ce que j'écoute ? et qu'est-ce que j'en fais ? on analysait une relation passée avec un patient et comment chaque étape s'est déroulée. »</p> <p>«Quand la fille d'une patiente m'a hurlé dessus et m'a fait sortir de la chambre, je trouve que j'ai pas eu une réaction soignante. J'ai été très choquée. Mais j'aurais dû m'inquiéter de la dame, plutôt. En parler avec l'équipe, ça m'a permis de ne pas me sentir visée. »</p>	<p>Le besoin de sécurité: à l'ouverture d'un service où il était prévu que l'infirmière vienne «en civil », ça a été très, très mal vécu par certains patients. «Moi qui ai fait dix ans de libéral, ça me choquait pas, mais c'était plus difficile pour des collègues qui ont travaillé qu'à l'hôpital. Et surtout, des patients ont mal réagit: "Mais qui vous êtes, pourquoi vous touchez à ces perfusions, vous savez qu'il faut attendre 4 heures avant la prochaine?"</p> <p>Je suis sortie remettre une blouse. J'ai appris qu'il sortait de réa, d'où sa crainte de voir des soignants en civil. Et donc, on a repris l'uniforme. On voulait un rapprochement de personne à personne mais c'était trop déstabilisant pour les patients.»</p>	<p>Les dix années passé en libéral, où la prise en charge est pas la même et le contact avec le patient très différente parce que c'est son lieu de vie.</p> <p>Elle insiste beaucoup sur l'importance du dialogue et du travail en équipe, et sur la responsabilité collective pour avancer dans la meilleure prise en charge pour le patient.</p> <p>La compréhension globale d'une situation et la perception d'un résultat après une réflexion d'équipe est très satisfaisante et permet de situer son action dans un ensemble.</p>	<p>«Il arrive que des patients se montrent méprisants à l'égard de mon travail, mais c'est souvent alors l'expression d'une détresse ou d'une image personnelle très dévalorisée ».</p>	<p>«L'introduction de la personne de confiance a fait que les patients se disent "c'est moi qui dit que, c'est mon dossier, c'est moi qui désigne". Certains deviennent plus acteurs et c'est bien. Ça oblige aussi les soignants à prendre en considération des éléments comme 'attention, il faut savoir qui est la personne de confiance' et de prendre plus de précautions avant d'agir. Il faut demander au patient et avertir, stopper avant d'agir, revenir faire signer. C'est un plus parce qu'on demande au patient quelle est sa parole et je le note. Après, ça induit aussi des conflits, entre le patient, l'entourage, l'équipe, le médecin. On est plus précis mais quand le patient est influençable ou confus, c'est aussi plus de difficultés»</p>

								<p>« La transparence amène une certaine simplification mais aussi plus de conflits. Un patient a presque été ' mis en demeure' de se prononcer sur le choix de la personne de confiance, tant la relation avec ses deux sœurs devenait conflictuelle. »</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>MED E.29.</p> <p>Ancienne té : 35 ans.</p>	<p>«La manière d'exercer qu'avait ma mère, qui était aussi infirmière, ça m'avait beaucoup intéressé, et son approche de la santé ».</p> <p>«On est là pour le malade, ce qui importe c'est ce dont il a besoin et ce qu'il veut. La notion de service est bien belle mais c'est dangereux de faire croire qu'on peut tout apporter et qu'on doit se plier à toutes les demandes. Je préfère dire qu'on est là avec le patient plutôt qu'à son service (...) On ne fait pas toujours comme le patient souhaite. Si ce n'est pas faisable ou pas raisonnable par rapport à l'état de santé ou par rapport à ce que permet l'organisation du service, c'est à discuter ensemble. Quand tu arrives dans un service, j'ai vécu ça comme patient et comme famille, tu ne sais pas où sont les limites du service, ce que tu peux demander, les horaires et tout. L'hôpital peut être infantilisant. Parfois, tu te fais remballer par les soignants sans savoir pourquoi. Tu demandes à voir le médecin et on te répond sèchement <i>qu'il passe tout à l'heure</i> ou bien <i>'mais de toute façon il va passer'</i>. Si tu demande à chercher une carafe d'eau <i>'vous n'avez pas le droit d'entrer dans la cuisine'</i>. Les consignes, tu les apprends</p>	<p>«Le patient n'est pas vraiment lui-même à l'hôpital. Il laisse quelque chose de lui-même à l'entrée, une fois qu'il met la blouse ou le pyjama. Qu'est-ce qui se prête à ce qu'il reste lui-même dans les services et que les soignants s'y intéressent, avec le travail à l'acte? On peut passer complètement à côté de la personne. Mais c'est pas qu'une question de temps, c'est déjà se voir, se présenter. Aller d'une chambre à l'autre, c'est très réducteur de la relation. Ce n'est pas seulement une question de temps, mais aussi de se voir, se regarder, s'entendre, si la personne va bien se présenter, demander si elle a besoin de quelque chose. Il y a beaucoup de distance dans les services, beaucoup de méconnaissance de l'autre. Et une application infantilisante de protocoles et de routines. C'est prescrit, on applique. J'étais étonnée en tant que famille, de voir que c'est encore l'agent de service qui connaît le mieux le patient, qui s'intéresse à savoir si le repas était</p>	<p>« La relation au patient, ça devrait s'apprendre, notamment en allant au domicile systématiquement et pas que en hospitalier. Mais après c'est beaucoup une question de capacité de la personne et de maturité, pas forcément d'âge. Ça se travaille ensuite par l'expérience à condition de se laisser ouvrir et bousculer. Et aussi par les transmissions et les échanges avec les collègues. Quelquefois, c'est très pauvre, très fonctionnel, mais quand on dépasse le côté médical. Puis par les formations. »</p> <p>«J'ai l'impression qu'il y a plus de distance entre patients et soignants. Et puis c'est des grandes équipes, les gens tournent, ne restent pas longtemps au même endroit, patients et soignants à la fois. D'où aussi ce manque de dialogue. On applique le protocole sans rien connaître de l'autre. On passe</p>	<p>Besoin de pouvoir parler, d'être entendu.</p> <p>Respect à avoir du cadre dans lequel il est.</p> <p>Etre professionnelle c'est : la Responsabilité, la compétence, une prise de recul par rapport à une situation, ne pas faire l'amalgame avec sa propre histoire.</p> <p>Ecouter pour être au plus juste de ce que vit l'autre.</p>	<p>« En travaillant de nuit, je sentais plus ma responsabilité. On est seule bien sûr, mais c'est aussi qu'on a plus de temps de connaître les patients, qu'on se penche sur les dossiers et qu'on reprend l'ensemble de la situation parce que beaucoup d'infos ont tendance à nous échapper. Et puis on a plus d'espace pour observer les symptômes, vérifier l'efficacité des <i>'si besoin'</i>, chercher des alternatives. Le rôle infirmier est moins morcelé»</p> <p>« La prise de décision est un chemin de croissance à faire avec les gens. Cela peut prendre trois semaines un mois de décider d'une hospitalisation en soins palliatifs.</p>	<p>«C'est difficile d'envisager que des discours contraires peuvent être tous vrais, parce qu'il y a de l'ambivalence et parce qu'il y a une évolution dans les demandes du patient et les interlocuteurs n'ont pas mis en communs les informations divergentes qu'ils ont pu recueillir, et avec beaucoup de projections».</p> <p>«Quand tu as vu une émission à la télévision ou que tu as cherché sur Internet, tu es persuadé qu'il y a une réponse quelque part, et tu questionnes pourquoi tu pourrais pas en bénéficier de tel médicament ou de telle opération».</p>	<p>«C'est difficile de tirer un bénéfice d'un traitement ou d'un soin si t'es pas convaincu ou pas rassuré, si tu sais pas ce qui se passe. Je percevais vraiment des soignants qui savent et des patients qui sont là comme patient. Et si tu demandes pas, tu sais pas et si tu demandes c'est le malaise aussi ».</p> <p>Y'a du monde dans les services, mais tu sais pas qui fait quoi ni à qui ou quand poser des questions. Le fonctionnement du service est déjà difficile à comprendre. »</p> <p>« L'évolution des droits du patient, ça a fait évoluer ma pratique dans le sens d'une plus grande liberté de décision. La vie du patient lui appartient. Mais ça se traduit aussi par des revendications de droits et d'exigences, de vouloir être entendu</p>

	<p>parce que t'es déjà allé trop loin»</p> <p>« Je pense qu'aucun soin n'est dévalorisant, mais des collègues peuvent porter un regard dévalorisant, ou le sentiment d'être dépassé par les évolutions techniques ».</p> <p>« Le rôle infirmier est souvent très morcelé : suivi des prescriptions, soins techniques, données administratives, etc. pour ça, le travail de nuit est assez intéressant. »</p>	<p>bon».</p> <p>«Un patient que j'ai suivi à domicile a été hospitalisé en unité de soin. J'étais vraiment très contente qu'il ait eu une place parce que c'était très difficile à domicile. Lors d'une visite, il m'a reçu avec beaucoup de colère parce qu'il réalisait aussi autre chose. Je n'avais vu que le coté soignant et j'étais contente de moi. Sa réaction m'a tout à fait pris au dépourvu. J'ai expliqué que ce serait mieux pour son confort, mais il criait que c'était pas de ça dont il avait besoin. De mon point de vue, c'était bon pour lui mais il n'en était pas du tout là. Et je suis passé à coté de ça».</p> <p>« Comme famille accompagnante, j'ai vu des endroits où il y a des soignants qui savent, qui appliquent les protocoles d'un coté, et des patients de l'autre, qui sont là comme patients. Et ils hésitent à poser des questions, comme s'ils dérangeaient. Et on en sait pas à qui s'adresser, à qui poser des questions.»</p>	<p>vraiment à coté de quelque chose alors et on est très infantilisant».</p> <p>« Les collègues, c'est important pour prendre du recul avec sa propre histoire, surtout quand on vit quelque chose de difficile avec un patient. Le regard des autres, ça interpelle mais ça peut aussi être inconfortable parce que ça nous remet en question dans notre perception de la situation. Mais je pense que plusieurs perceptions peuvent être vraies. C'est parfois un reflet de l'ambivalence du patient qui dit une chose à quelqu'un et une autre à un soignant différent. Et le patient peut évoluer, tenir un discours à un moment et cheminer et s'exprimer autrement ensuite ».</p>		<p>Les patients ont parfois des demandes déraisonnables. Il faut aussi les entendre et en discuter même si on ne peut pas faire ce que le patient veut. »</p>		<p>et pas seulement comme malade. Ça se traduit aussi par des difficultés d'accepter les limites d'un service. »</p> <p>«L'information est souvent partielle et théorique, et surtout elle vient confronter le malade à ses peurs et il a besoin d'un interlocuteur pour en parler. Sinon c'est une angoisse énorme Ça suffit pas. Je me souviens d'un patient qui recherchait la moindre information pour comprendre l'évolution de sa maladie. Il s'accrochait à ses documents, ses pages d'internet, très angoissé. Mais c'était plus la question pour lui. Il était surtout en train de réaliser que sa maladie évoluait. Internet ne peut pas répondre à son angoisse et à ses choix d'avenir. Etre informé, c'est pas comme être écouté ou être entendu».</p>
--	--	--	---	--	---	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>MED. E.30.</p> <p>Ancienne té : 4ans.</p>	<p>(Devenir infirmière) «Pour moi c'était "me mettre au service de", "mettre mes compétences au service de" pour soigner la personne. C'est différent, car le second obéit à des symptômes, des diagnostics, pas répondre à toutes les demandes mais celles en adéquation : le type de demande parfois sous-jacente, le besoin, à différer ou pas.»</p> <p>«Les termes de client ou d'utilisateur, me mettent mal à l'aise car j'ai l'impression d'être un prestataire de service, et ça décale un peu ma fonction dans d'autres exigences. Ça implique que je suis à son service. C'est un cadre de prestation, mais y'a un filtre professionnel. C'est maîtriser dans le sens où y'a besoin d'une limite, qui est structurante. Le patient, on lui propose de faire comme ceci ou cela, parce qu'on sait, on est professionnel. C'est sécurisant pour lui et ça nous permet de nous respecter en tant que soignants aussi. »</p> <p>« La bienveillance me questionne car ses principes de base sont le cœur de ma profession déjà. Est-ce qu'on a besoin de ça en plus pour « être humain vis-à-vis d'un autre humain » ? Je trouve un peu effrayant que ce terme existe. »</p>	<p>«La relation pour moi, ça renvoie à une attente. Pour mon équilibre, je préfère ne rien attendre de l'autre et ne pas perdre alors ma distance professionnelle. Je ne suis pas en attente de quelque chose, c'est l'autre qui est en attente de quelque chose de moi par les soins.»</p> <p>«Je crois de plus en plus à l'intuition soignante. Elle permet de mettre en œuvre des choses qui vont correspondre au besoin de l'autre. J'apprends aussi à être authentique, par des choses simples comme se présenter, et aller au-devant des familles, dire ce que je fais pour le patient. Ça crée la confiance. S'il y a un 'élan naturel' dans le soin, c'est l'humanité, c'est le fondement du soin. »</p> <p>« Plus j'acquiesce de professionnalisme, moins j'ai de recettes toutes faites. Souvent je pensais que l'écoute, la présence c'est bon pour la personne. Mais peut-être que ça l'est plus pour moi et que je ne suis pas attentive à lui en fait.»</p>	<p>«La relation devrait se poser par des outils, comme en formation initiale, des outils dans la communication. Avoir de solides éléments de ce qui peut se passer, ça permet un bon positionnement de ma communication ».</p> <p>«Quand qq chose de fort se vit, alors souvent je fais 'intérieurement, un pas en arrière' et ça me permet de renvoyer des questions à l'autre 'qu'est-ce qui vous inquiète ?' par exemple»</p> <p>«A l'école, on apprend surtout des règles presque de savoir vivre : toquer à la porte, se présenter Des techniques d'écoute aussi, mais c'est peu développé. C'est plus l'expérience de terrain qui le permet»</p> <p>«'Prendre du recul' c'est comme une bouteille avec de la terre et de l'eau. L'émotion mélange les 2 et avec le temps, la terre se redépose. Là où je suis soignante, c'est là où l'eau est claire ».</p>	<p>« Le patient est plus dans une exigence d'être soigné, dans un dû, que dans une reconnaissance d'être soigné. La difficulté est aussi pour eux de passer par plusieurs services, par un parcours complexe et souvent difficile, avec qui on se situe d'emblée dans un rapport de force avec les soignants du service suivant, qui rend difficile l'accueil. Au début pour moi, le patient c'était 'le client est roi'. Mais ensuite, je me suis dit que le statut de malade ne donne pas tous les droits »</p> <p>Humanité, disponibilité, écoute</p>	<p>« Le fait d'être là pour accomplir une prescription me donne aussi une certaine autorité. Je suis là pour faire ce qui a été prescrit. Le fait d'être responsable des patients, me donne aussi une autorité. Ici, c'est moi qui sait ce qu'il faut faire pour éviter que le patient ou sa famille, le mette en danger. »</p> <p>« L'expérience me donne de l'assurance, pour interpeler les médecins par exemple. Au début, j'étais surtout dans l'application des prescriptions. Maintenant, j'ai besoin de comprendre et j'investis plus mon rôle propre»</p>	<p>« Ma façon équilibrée d'être soignante, c'est de ne pas attendre de retour, de gratification. Je craindrais une relation de dépendance, mettant à mal ma distance professionnelle. Avec les familles, j'ai plus de difficultés à ne pas être tout de suite dans l'émotion».</p> <p>« La cohérence d'équipe, c'est pas être dans l'autorité, mais d'offrir un cadre sécurisant. On sait ce qui est bon à un moment où le patient ne le sait plus. Pour moi, le patient, la personne malade qui a besoin de soins ne sait pas forcément ce qui est le mieux. »</p> <p>« Quand on dit 'je comprends' mais qu'est-ce qu'on comprend exactement ?! »</p>	<p>«Je trouve qu'on est passé d'un extrême à l'autre. Y'a internet et l'accès à une information médicale large, et des droits nouveaux qui sont donnés au patient. Les familles connaissent beaucoup de choses aussi. Mais je ne saurais pas dire s'ils sont plus responsables. Plutôt les familles qui sont comme des infirmières et qui suivent le patient à domicile. Alors, j'ai le sentiment qu'ils nous testent ou qu'ils cherchent à confirmer des choses qu'ils savent ou qu'ils font déjà. (...) parfois au contraire, y'a plus de méfiance et ils regardent tout ce qu'on fait, ils nous surveillent.</p>

<p>CHIR F.31.</p> <p>Ancienne té : 15 ans</p>	<p>« il y a quelques temps, la cadre sup avait envisagé de nous faire suivre les patients une fois qu'ils sont au service. -Comment elle envisageait cela ? -Ben, elle voulait qu'on suive les patients en cours d'hospitalisation, qu'on aille les voir, qu'on évalue leurs besoins. Mais je ne vois pas comment elle voulait qu'on fasse ça. Et puis je me dis, l'infirmière qui est au service est quand même la mieux placée pour connaître les besoins du patient. »</p>	<p>« Souvent les patients se demandent pourquoi on leur pose un tas de question à l'admission. Parce que eux, ils fonctionnent étapes par étapes, et là pour la chirurgie, ils se demandent pourquoi on leur demande tout ça. C'est seulement après l'opération, quand ils sont fatigués et tout, qu'ils comprennent pourquoi on les a questionné sur leurs conditions de vie, et tout. »</p> <p>« -Est-ce qu'ils posent des questions sur le pronostic, sur la gravité de leur maladie ? -Non, jamais. Je crois qu'ils sont en confiance en fait. Le Pr T. ou bien le Dr B. leur expliquent assez bien et je crois qu'ils savent bien les mettre en confiance. -Pensez-vous qu'ils viennent vérifier l'information sur la gravité de leur état, auprès de vous ? -Non, même quand la maladie est grave, ils ne demandent pas. Ils sont en confiance, je pense. Ils ne parlent jamais de la mort. »</p>	<p><i>Non abordé</i></p>	<p>« après l'opération, quand ils sont fatigués et tout, ils comprennent. Ils ne posent pas de questions sur le pronostic, sur la gravité de leur maladie. Je crois qu'ils sont en confiance en fait. Les patients ne demandent rien. En fait c'est nous qui parlons et qui leur posons des questions pour s'assurer de ce qu'ils ont compris. Ensuite, on remplit cette grille. »</p> <p>« les médecins ici disent toujours la vérité. Ils disent toujours quel organe est touché et comment, et ce qu'on peut faire. »</p>	<p>« Les patients ne demandent rien. En fait c'est nous qui parlons et qui leur posons des questions pour s'assurer de ce qu'ils ont compris. Ensuite, on remplit cette grille, on coche les croix pour préciser si le médecin a parlé de tumeur, de cancer, si le patient a vu une psychologue. Ils refusent presque tous, ou une assistante sociale, pour envisager les conditions du retour à domicile.»</p> <p>« C'est assez frustrant de ne pas savoir comment l'hospitalisation se passe pour eux. Souvent, le soignant qui accueille le patient devient une sorte de référent pour lui. Etre en dehors du service est difficile, de ce point de vue. »</p>	<p>« Les pathologies les plus simples, ça, ça va. Les opérations plus spécifiques, moins. Le Pr T. fait toujours un dessin, dont il joint un double au dossier, mais pour les gens, c'est pas toujours facile de s'imaginer....Les patients qui ont un cancer, en général ils ont été bien renseignés. Et puis, il note toujours aussi les risques. Bon, il se couvre aussi. -Est-ce parce qu'ils ont vu d'autres médecins ? -Oui, ils ont déjà fait un parcours. Des médecins, des examens, souvent aussi de la radio ou de la chimiothérapie»</p>	<p>« Les pathologies les plus simples comme les hernies, les appendicites, ça va. Pour des opérations plus spécifiques, moins. Le Pr T. fait toujours un dessin, dont il joint un double au dossier, Mais pour les gens, c'est pas toujours facile de s'imaginer. Les patients qui ont un cancer, en général ils ont bien été renseignés. »</p> <p>« Avec Internet, je les mets en garde les patients sur ce qu'ils ont lu en cherchant des informations générales sur leur opération. Quand ils vont sur les blogs, je leur dit 'attention, y'a à prendre et à laisser'. Quand ils demandent à quelqu'un qu'ils connaissent qui a eu la même chose, je leur dit 'attention, vous êtes une personne unique, et pour chacun ça se passe différemment'.»</p>
--	---	---	--------------------------	--	---	---	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
CHIR F. 32 Ancienne >30 ans.	<p>« les réformes, les réorganisations... Et puis l'histoire des pôles...Ils avaient dit que les personnels ne seraient pas touchés, mais c'est faux. Enfin, moi, je n'y ai jamais cru. Et maintenant, on fait deux jours par ci, dans telle unité, et trois jours par là, dans une autre. Je suis là cet après-midi et demain aux soins. Et la semaine prochaine à l'autre étage. C'est pas possible de suivre les patients comme ça.</p> <p><i>-C'est ce qu'on vous demande, de suivre chaque patient ?</i></p> <p><i>-En tout cas, il faudrait tout savoir sur eux. Moi, j'ai dit à la collègue tout à l'heure, aux transmissions : « <i>laisses, me donne pas les antécédents. Je suis là que cet après-midi</i> ».</i></p> <p>En fait, on demande de plus en plus ça (elle mime des poses de perfusion à des potences) Comme des machines ! »</p>	<p>« C'est devenu impossible de s'occuper d'un patient de A à Z. Il y a une organisation qui s'est faite presque naturellement. Aujourd'hui par exemple, impossible d'aller avec l'aide-soignante faire les lits ou voir les patients. Les après-midi, on ne voit les gens qu'après 15 heures les après-midi ou après 7h30 le matin. Au début, j'ai continué à faire la tournée d'après-midi avec l'aide-soignante, mais je prenais beaucoup de retard ensuite. Quand j'ai demandé alors à mes collègues comment elles faisaient, elles m'ont répondu que ça faisait longtemps qu'elles avaient arrêté de faire la tournée les après-midi parce qu'elles y arrivaient plus. »</p>	<p><i>Non abordé</i></p>	<p>Sécurité, Suivi par la même équipe</p>	<p><i>Non abordé</i></p>		
			<p>Adaptation Rigueur Engagement</p>				

<p>ONC G.33.</p> <p>Ancienne té : 13 ans.</p>	<p>« Ce que je recherche pour moi dans ce métier, c'est une satisfaction de toujours mieux faire, et pouvoir donner de moi, mais sans que ça m'envahisse au niveau personnel, comme certaines collègues. »</p> <p>« On manque de temps mais tu peux quand même mettre une relation en place. C'est peut-être très dérisoire mais tu entres dans la chambre, tu fais un sourire, tu demandes au malade comment ça va. C'est déjà un minimum mais c'est tout simple.»</p>	<p>« La possibilité d'une prise en charge globale des patients, c'est quelque chose de motivant : relationnel et la technique ensemble. Je pense que la première est privilégiée en oncologie par rapport à d'autres services».</p> <p>Le mot « <i>technicienne</i> » : « C'est atroce ! Je ne comprends pas qu'on puisse dire ça ! C'est hyper vexant d'être réduite à ça. Ça me choque qu'on puisse dire ça. La relation c'est même avant le reste, surtout chez nous parce que avant de mettre des perfusions, c'est d'abord expliquer. La relation fait partie du soin, intégralement. C'est même la première chose que tu fais. Les malades renvoient plutôt des choses de ce côté là plus que sur la technique.»</p>	<p>« La relation, c'est quelque chose que tu as d'abord au fond de toi. Tu viens pas dans ce genre de service par hasard.</p> <p>La relation, c'est déjà entrer dans la chambre et faire un sourire. Les techniques comme la verbalisation qu'on apprend à l'école, ça m'a aidé au début mais ça te met dans un carcan très vite. Ensuite ça vient plus naturellement. »</p>	<p>« Je trouve les patients de plus en plus exigeants. Et pas tellement au niveau de la relation, plutôt au niveau de l'hôtellerie. Par exemple la chambre, quand ils ne peuvent pas avoir une chambre seul, ils sont déçus. Mais on n'est pas dans le privé. »</p> <p>« Je trouve que les familles sont aussi de plus en plus agressives, comme si on leur servait d'exutoire. On est là pour soigner mais pas pour qu'ils puissent se défouler par rapport à leur deuil. Mais ils nous en veulent pour tout et n'importe quoi. Par exemple après l'annonce d'un diagnostic grave, on s'est fait crier dessus. Bien sûr y'a une phase de colère dans le processus de deuil mais on leur demande souvent de nous parler autrement. »</p>		<p>« Chez nous, les patients viennent régulièrement, donc on les connaît par cœur et ça c'est vraiment bien.»</p> <p>« Ok, y'a de la colère mais on n'a pas à tout accepter. On est là pour les soigner. »</p>	<p>« On n'a pas à accepter ce rôle là. Ils nous en veulent pour tout, des choses qui ne sont pas notre faute, comme l'annonce d'un diagnostic. »</p>
--	---	--	--	--	--	--	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>ONC G.34.</p> <p>Ancienne : 4 ans.</p>	<p><i>Non abordé</i></p>	<p>« C'est gênant de devoir accueillir certains patients dans la salle de repos, mais dans l'ensemble, les gens comprennent pourquoi on fait les soins dans cette salle et dans ces conditions. Et puis comme ça, ils sont pris en charge tout de suite. Souvent, c'est plus difficile d'expliquer aux patients sortants, qu'ils doivent ranger leurs affaires et parfois passer un peu de temps dans le couloir avant qu'on vienne les chercher.</p> <p>- J'avais abordé cette question avec la cadre du service, qui me disait que c'était aussi une question éthique pour elle: prendre en charge plus de patients, plus rapidement, mais dans des conditions d'accueil et de confort parfois limites. »</p> <p>« Le PAC, c'est vraiment un grand confort pour les patients, parce qu'on doit les piquer tous les jours ou presque. »</p>	<p><i>Vous avez donc un groupe de parole ?</i></p> <p>« Oui, au départ il venait une fois par mois, mais on trouvait que c'était... trop fréquent. Y'avait pas lieu. Alors depuis, quand on a besoin, on le dit au cadre et il fait venir le psychologue qui anime le groupe.</p> <p>Mais souvent il s'en doute parce qu'il est assez investi dans la prise en charge des patients. Ensuite, avec la psychologue du service, on parle souvent des soins des patients avec elle et ça aide aussi pas mal. »</p> <p>« Y'a quand même des chambres où on entre avec un peu plus de plaisir. »</p>	<p>De l'écoute, parce qu'ils sont beaucoup en souffrance.</p>	<p><i>Non abordé</i></p>		

<p>ONC H.35.</p> <p>Ancienne té : 4ans.</p>	<p>« Ce qui me plaît ici, c'est qu'il n'y a pas de routine, les situations sont complexes. Y'a une bonne entente dans l'équipe et le cadre est très investi dans la prise en charge. »</p>	<p>« On a aussi un psychologue qui vient au service quand on a besoin d'en parler. »</p>	<p>« Ce qui est le plus difficile à supporter ici : la douleur, la dyspnée. C'est difficile parce qu'on n'a pas beaucoup de moyens pour les soulager. On se sent assez impuissants. Comment on gère...ben déjà, on peut ne pas s'en occuper plusieurs jours d'affilée. On travaille en secteurs et le plus souvent on garde le même d'un jour sur l'autre, mais si une fois on veut changer parce qu'on n'en peut plus d'un patient comme ça, c'est toujours possible. Bon sinon, on peut demander au médecin de prescrire un protocole d'hypnotique, parce que la dyspnée, c'est souvent très angoissant. Maintenant, y'en a plusieurs dans l'équipe qui supportent pas et qui demandent, ...on va dire trop facilement... un médicament pour faire dormir le patient. Moi je trouve. Je veux dire que c'est plutôt elles qui supportent pas, plus que le patient. Je trouve que c'est parfois trop rapide parce que le patient a rien demandé. Après, s'il est angoissé, c'est autre chose ».</p>	<p>- De quoi les patients se plaignent le plus ?</p> <p>« De l'absence de nos chers médecins. Bon, dans l'ensemble, c'est vrai qu'ils sont assez présents, mais les patients ne les voient pas assez, n'ont pas la possibilité de leur parler comme ils voudraient. »</p>	<p><i>Non abordé</i></p>	<p>« Depuis que je suis là, on a eu il me semble qu'une seule patiente qui est venue pour bilan et qui voulait se faire traiter seulement par des plantes. Elle venait pour des examens mais elle ne voulait pas de chimiothérapie. Bon, après une semaine, elle a fini par accepter de se faire traiter. A part ça, non, je me souviens d'aucun patient qui aurait refusé de se faire traiter. Sans doute qu'ils se sentent déjà assez mal quand ils arrivent ici. »</p> <p>-comment est-ce que vous gérez les décès de patients ?</p> <p>« Pour moi non. J'ai remarqué que ça se passe souvent en série. Comme en ce moment par exemple où on a une série de patients pas bien du tout, et souvent des jeunes dans ce cas-là . »</p>	<p>«Les patients qui viennent pour des bilans, c'est parfois difficile. Ils se doutent que c'est pour un cancer qu'ils viennent, et d'autres ne savent pas du tout. Ils voient l'écrêteau du service et parfois, ça les angoisse. Ils cherchent à en savoir plus et ça peut mettre mal à l'aise parce qu'on n'a pas à prendre le rôle, à faire le médecin. 'qu'est-ce que je leur dis déjà?' Ça dépend de la manière dont ils ont tourné la question ? Ensuite, je dis 'oui, vous êtes dans un service de pneumologie. On traite beaucoup de cancers, mais aussi d'autres pathologies »</p> <p>« Les médecins attendent d'avoir tous les éléments, d'avoir fait tout le bilan avant de leur annoncer, pour pouvoir anticiper les questions sur les traitements à proposer avant de dire quoi que ce soit.»</p>
---	--	--	---	---	--------------------------	--	--

							<p>« Mais parfois c'est difficile. Les examens peuvent durer dix jours et c'est parfois dix jours d'angoisse pour le patient, qui attend d'avoir une réponse. D'autant que souvent, ils sont autonomes et disent qu'ils auraient pu les faire chez eux, en ambulatoire. On ne peut rien dire même s'ils se posent pas mal de questions. Par contre, je trouve que souvent ensuite, le traitement intervient très vite, parfois trop vite. Ça m'est arrivé de venir poser une chimiothérapie l'heure juste après l'annonce du diagnostic ou dans l'après-midi alors que l'annonce avait eu lieu le matin. Le patient était assez interloqué, disant <i>'mais on vient à peine de me dire que... et maintenant vous venez me poser ça, j'ai à peine eu le temps de m'y faire'</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>« Y'en a plein qui vont sur Internet. Je me souviens d'un patient qui était venu avec un dossier épais comme ça. (elle montre quelques centimètres d'épaisseur avec ses deux doigts). Je leur dis : « <i>JETEZ TOUT ! on va reprendre à zéro</i> ».</p> <p>Un autre est venu après le diagnostic, pour sa première cure de chimio, en me montrant des statistiques et me dit : « d'après ce que j'ai, il y a 60% de mortalité à un an et x% à 5 ans. Ça veut tout dire, hein ? Autant dire que c'est fichu pour moi, non ? J'étais bien embêtée pour lui répondre. »</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>ONC H.36.</p> <p>Ancienne té : 3 ans.</p>	<p>« Je suis contente d'avoir connu l'ancienne organisation. On avait moins de patients, sept ou huit par secteurs alors que là, c'est tout de suite treize. Et puis, c'était une petite structure. Tout le monde connaissait tout le monde. Ici, ça fait plus usine. Je suis contente d'avoir eu une première expérience d'avant. »</p> <p>« C'est un service très stressant, mais intéressant et complexe. Si je devais aller ailleurs, comme pas mal d'anciennes qui sont parties, je ne saurais pas où je voudrais aller. »</p> <p>« -Qu'est-ce qui est difficile ici ? -L'état des gens, c'est impressionnant (...) Ce qui est difficile aussi, c'est la charge de travail, et puis les décès, souvent des jeunes. Ensuite, ce qui fait tenir, c'est qu'on s'entend bien dans l'équipe, on est soudé. Et puis on a affaire à des pathologies complexes et intéressantes...j'adore ! Le contact aussi avec les patients et tout ! Mais bon après, c'est aussi que tu ne peux pas faire toujours du bon boulot et c'est frustrant. »</p>	<p>« Entre les patients qui savent bien et ceux qui sont dans le déni, c'est quand même plus facile avec ceux qui savent. -Comment percevez-vous qu'un patient est dans le déni ? -Ben par exemple, un patient qui était venu pour sa première cure de chimio et tout de suite après, il a dit: "Aah, je me sens mieux, je crois que je vais guérir". Et ce patient, il connaissait son pronostic. »</p> <p>'Quel est l'enjeu pour le patient, de savoir tout ?' -Ben heu, en fait, y'en a pas beaucoup. -est-ce que ça te met mal à l'aise ? -Non, pas particulièrement En fait, ça change pas grand-chose pour moi. Je me dis que les gens réagissent comme ils peuvent. Apprendre une telle maladie, c'est quand même super dur(...) Mais ils sentent très rapidement qu'ils sont malades. Je n'ai rencontré qu'un seul patient qui m'a dit qu'il n'était pas malade.</p>	<p>« Le grand père de mon compagnon, on cherche chez lui un probable cancer. Bon, la grand-mère est inquiète et c'est moi qui ai parlé la première, de tumeur. Et elle a dit 'oui, c'est ça'. Bon après, quand on vient d'une famille où y'a beaucoup de cancers. On voit aussi les choses autrement hein. Moi par exemple, j'ai beaucoup de cancers dans ma famille et souvent je me dis que moi aussi, ça m'arrivera sûrement (rires) ! Bon, je dis ça en plaisantant, mais j'y pense quand même. »</p> <p>« les patients sont souvent jeunes ici, et ça c'est dur. Mr M. par exemple, il avait 44 ans seulement. Je suis étonnée que ça soit allé si vite ».</p>	<p>«Quelles relations vous avez avec les familles ? - Je préfère pas leur parler directement. Je laisse faire le médecin, au cas où elles ont des questions à poser. -Comment ça s'est passé avec l'épouse de M.S.? -Ben, elle a appelé la veille pour dire qu'elle venait le lendemain parce qu'elle a pu avoir un jour de congé. Mais elle a dit qu'elle appréhendait beaucoup de le voir. Je lui ai dit de passer par la salle de soin avant d'aller dans la chambre, et que je l'accompagnerais. Elle est venue et elle lui a parlé un peu dans la chambre. Quand elle lui a dit qu'elle allait partir et qu'elle reviendrait d'ici quelques jours. C'est là qu'il est décédé. Je suis resté avec elle quand elle est sortie. Elle n'a plus voulu rentrer dans la chambre. »</p>	<p>Non abordé</p>	<p>« Ce qui est le plus difficile à supporter: la douleur, la dyspnée chez Mme C. par exemple, c'est vraiment la douleur, surtout quand t'es là, et que tu peux rien faire. Là, je lui ai fait un <i>bolus</i>, mais je sais que ça va pas l'aider. On se sent impuissant en fait. Bon, maintenant la dyspnée, c'est difficile aussi, c'est surtout le sentiment d'impuissance hein. Les PSE d'hypnotique, c'est aidant, ça peut apaiser les patients. Mais c'est important aussi d'adapter les débits par exemple. »</p> <p>« Les problèmes de douleur ? -ben, moi je suis référente douleur depuis peu de temps. Et je pensais pouvoir faire bouger un peu les</p>	<p>« Certains patients viennent en sachant ce qu'ils ont, et d'autres pas du tout. Comment tu gères quand les patients ne posent aucune question ? -Ben, surtout quand c'est la première cure de chimio, je vais comme on dit 'à la pêche', pour savoir où en est le patient, ce qu'il sait, ce qu'il a accepté ou non, etc.. - Et ceux qui savent ? - ils cherchent à en savoir plus et ça peut mettre mal à l'aise parce qu'on n'a pas à prendre le rôle, à faire le médecin. Qu'est-ce que je leur dis déjà? Ben déjà, ça dépend de comment ils ont tourné la question ? Ensuite, je dis oui, vous êtes dans un service de cancérologie et on traite beaucoup de cancers, mais on traite aussi beaucoup d'autres pathologies. Ben en plus, c'est la vérité » «Pour se battre, il faut savoir contre quoi exactement, on</p>

		<p>Mais ça, c'est parce qu'il était encore bien, physiquement, je veux dire. Mais je dirais que quand même, pour se battre, il faut savoir contre quoi exactement, on se bat.»</p>				<p>choses. Mais la dernière réunion, j'ai pas pu y aller puisque j'étais d'après-midi, mais j'ai entendu que ça a pas fait avancer les choses. On nous demande d'abord de lister tous les soins qu'on fait et qui sont douloureux. »</p> <p>« Hier soir, on a eu une admission à coté de Mme B. Elle est assez jeune et voir cette petite dame toute recroquevillée dans son lit, avec le masque de <i>VNI</i>* sur le nez, elle s'y attendait pas. Elle a tout de suite demandé si c'était cette nuit qu'elle allait mourir. Qu'est-ce que tu veux répondre à ça ? Ce qui est difficile aussi, c'est la charge de travail, et puis les décès, souvent des jeunes. »</p> <p>*Ventilation non invasive</p>	<p>se bat. Par ex, Mr A. qui vient d'arriver pour une chimio adjuvante. Le médecin nous a dit que quarante ganglions sur cinquante sont atteints mais il lui a dit '<i>ça s'améliore un peu au dernier scanner</i>' alors que la maladie progresse au contraire ! Il est dans l'espoir, il a repris un peu le sport alors, peut-être que ça a été trop difficile de lui dire la vérité. Elle le fera par la suite, je pense. »</p> <p>« -Quelles questions posent les patients en général ? -des questions, plutôt sur les <i>chimios</i>, sur des points de comparaison avec d'autres patients, et sur les effets secondaires des <i>chimios</i>. Des fois je prends même le protocole pour leur expliquer. Mais les questions sont plutôt détournées, jamais directes sur le pronostic ou sur la mort. »</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>«Quand le patient accepte le diagnostic, les hospitalisations se déroulent quand même beaucoup mieux, avec l'équipe et tout. Mon père, par exemple, est décédé il y a quelques mois d'un mélanome malin. Il n'a pas accepté, et il a passé beaucoup de nuits dans l'angoisse.</p> <p><i>-Pourquoi le déni est-il important à remarquer?</i></p> <p>-Bon, chacun vit l'annonce de la maladie comme il peut. Si ça l'aide de rester un peu la tête dans le sable, à la rigueur pourquoi pas? Après, la famille parfois, ne veut pas qu'on leur dise certaines choses. Le cancer mais pas les métastases par exemple.»</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

	Description du rôle infirmier et de celui des aides-soignants	Le vécu de la relation entre infirmier et patient au quotidien	L'apprentissage de cette relation et le travail émotionnel	Les besoins des patients et les qualités requises par l'infirmier	Le vécu de l'autonomie professionnelle	Les émotions dans la relation entre infirmier et patient	La place de l'information et le rôle infirmier
<p>ONC. 37.</p> <p>Ancienneté : 2 mois</p>	<p>« j'étais venue ici en stage en seconde année et j'en avais gardé un bon souvenir. Mais je m'apercevais pas alors, de comment c'était speed. Maintenant, je le sens autrement. »</p>		<p>« Ce qui est le plus difficile ? Ben un peu de tout en fait. C'est surtout la vitesse à laquelle les patients se dégradent. C'est dingue ça ! Et puis, souvent ils sont jeunes, la quarantaine, la cinquantaine. Je veux pas dire que les vieux, c'est pas grave, mais c'est plus dur à supporter quand c'est des jeunes.»</p> <p>« Chez Mme U. par exemple, c'est vraiment la douleur qui est difficile à supporter quand t'es là et que tu peux rien faire. Là, je lui ai fait un <i>bolus</i>, mais je sais que ça ne va pas l'aider. On se sent impuissant, en fait. Bon, maintenant la dyspnée, c'est difficile aussi, c'est surtout du sentiment d'impuissance. C'est aidant, ça peut apaiser les patients, les médicaments qu'on donne pour faire dormir. Mais c'est important aussi d'adapter les débits par exemple. »</p>			<p>« Par exemple Mr C.. Il avait une SNG* et il s'est dégradé très vite. Il est mort il y a deux jours, sa femme était dans le couloir. Il avait très mal le matin, et le médecin n'est même pas venu le voir. Mais j'ose trop rien dire parce que je suis nouvelle mais de plus en plus les infirmières, elles gueulent....parce qu'il y a trop de choses qui sont pas normales ! »</p> <p>*Sonde naso gastrique</p>	<p>« Est-ce que les patients parlent de leur maladie ?</p> <p>-Non, pas directement...Assez peu en fait, ou alors de manière détournée. Bon, quand ils n'ont pas compris quelque chose, il y a des annonces infirmières qu'on peut leur proposer. Ou bien encore quand ils sont dans le déni...</p> <p>-A quoi vous percevez que le patient est dans le déni ?</p> <p>-Ben ça... Par exemple, ils disent 'Je suis pas malade', c'est la phrase type ?</p> <p>-Et quel est l'enjeu qu'ils ne soient pas dans le déni ? -</p> <p>Pourquoi doivent-ils être lucides ? Ben ça...je saurais pas répondre comme ça...Euh, le traitement, qu'ils ont, il faut qu'ils soient coopérants... »</p>

Annexe 3.b

Entretiens avec des cadres de santé en 2011

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
<p>Cadre 1</p> <p>Ancien-Neté</p> <p>>15ans</p>	<p>- C'est l'évolution de la société. Y'a beaucoup plus d'exigences de la part des patients, plus de confort hôtelier. Ils aiment bien avoir peut-être des choses qu'on ne peut pas offrir au niveau de la fonction publique. Par exemple la chambre individuelle et tout ce qui est téléphone, télé. Ils l'ont mais c'est très cher donc pour certains patients, c'est difficile de se les payer pour tout le séjour. Et d'une qualité de repas qu'on ne peut pas offrir aujourd'hui.</p> <p>Il y a des choses qu'on peut plus faire comme donner un traitement sans dire ce qu'on va faire. Au début de ma carrière, on disait pas la maladie et le traitement.</p>	<p>« Il y a beaucoup plus d'actes prescrits, beaucoup plus de choses à faire et plus de surveillances mais y'a aussi que on prolonge la vie, on prolonge la maladie, on traite de plus en plus longtemps, de plus en plus loin la personne. Moi j'ai vu, quand j'ai commencé on faisait une cure de <i>chimio</i>, une lignée, peut-être une deuxième, mais on avait rarement une troisième lignée. Là on a une troisième, une quatrième parfois on a même une cinquième. La personne qu'on va accueillir alors, elle a des tuyaux partout, des complications, un alitement, des difficultés pour bouger, pour parler, des problèmes de douleur et donc une image de la fin de vie très différente et une prise en charge plus lourde aussi pour l'infirmière. »</p> <p>« Et il y a aussi beaucoup plus de problèmes sociaux que le soignant doit aussi régler parce que beaucoup de gens sont seuls ou en difficulté socialement. On parlait beaucoup de la douleur, on parlait de la souffrance en fin de vie... »</p>	<p>« Dans la consultation d'annonce, il a un plan personnalisé de soin donc, suite normalement suite à une réunion de concertation, entre les chirurgiens, les oncologues ou les hématologues, et les radiothérapeutes, à partir du moment où... à ce colloque, on va décider d'une stratégie de prise en charge et ça va être écrit et ça c'est quelque chose qui va être proposé au patient comme plan de soin personnalisé. »</p> <p>« L'hôpital n'est pas un service public comme un autre. Y'a de l'humain derrière, même si des fois il a du mal à percer. »</p>	<p>« Je sais pas si ça s'apprend. Je pense que c'est un savoir-être, avant tout. Je pense que c'est quelque part, ... plus... c'est assez personnel. Alors c'est vrai que dans certains services, alors comme les nôtres, où le savoir être est capital. Les personnes qui viennent travailler ici, c'est déjà pour, on va dire la plupart du temps, c'est des choix, où elles savent très bien ce qu'elles vont rencontrer dans les services, donc c'est souvent des choix professionnels et c'est déjà des personnes qui ont déjà cette sensibilité un petit peu plus développée et après c'est toute la notion de groupe, d'équipe qui va faire que ben on va avoir tous la même façon de faire un peu.</p>	<p>« Patient : je préfère mais ça fait « le patient il est là, il patiente ». mais non, c'est quelqu'un qui est malade et pour lequel on va apporter des soins. Il va peut-être en consommer. »</p> <p>« Usager : j'aime pas. usager, bon alors moi je vois usager... usager de la SNCF, comme l'usager du tram, comme l'usager de... moi ça me choque un petit peu ce mot de usager hein. C'est pas qu'une boîte mécanique comme le tram, l'hôpital, y'a de l'humain, qui a du mal justement, à percer. Je reste toujours, c'est mon côté soignant, donc je reste toujours à patient, je pense qu'il est plus trop malade. »</p>	<p>« Les patients ont plus de connaissances et plus de moyens en fonction du traitement d'aller vérifier ce qu'on va leur faire par rapport à leur pathologie. »</p> <p>« L'annonce du diagnostic je pense que tout ça c'est fait. On peut plus aujourd'hui traiter par des chimiothérapies sans en avoir parlé au patient, ce qui était le cas avant on disait «on va vous faire un traitement» mais on disait pas trop ce qu'on allait faire. Aujourd'hui on est quand même plus précis dans ce qu'on dit et puis ce qui est de toute façon c'est que le patient doit signer son traitement en accord avec le médecin. »</p> <p>« Le patient, quand il a sa consultation d'annonce, il signe</p>	<p>« Dans 99 % des cas, on a une personne de confiance. C'est rare qu'on n'ait pas, que la personne ne veuille pas en désigner. On leur explique, quand c'est une première fois et qu'on fait signer cette feuille, à quoi ça sert. Parce que je pense que quelque part c'est aussi leur expliquer que si un jour ils sont moins bien, les décisions seront prises par quelqu'un d'autre. Ça, il faut aussi qu'ils en soient conscients et qu'ils désignent la bonne personne. Mais ils ne mesurent pas forcément les enjeux, c'est difficile. »</p> <p>« Après on a plus le souci quand on a une famille recomposée. Alors il peut y avoir des changements d'une hospitalisation à l'autre ou au cours d'une même</p>

<p>Il y a plus de connaissances et à partir de là, y'a un meilleur regard sur ce qu'on leur fait. Ils sont aussi attentifs à ce qu'on leur fait. Avant le patient, on disait pas grand-chose et on faisait beaucoup de choses. Aujourd'hui, on peut quand même pas faire ce qu'on veut. y'a l'information au patient, y'a toute cette prise en charge, y'a la connaissance et effectivement, aujourd'hui ils sont peut-être un peu plus demandeurs mais en termes d'information mais aussi en termes de confort. Hein, ils aiment bien aussi le confort hôtelier. C'est vrai que le patient, il va peut-être avoir des exigences mais il va pas les écrire. Alors on n'a pas beaucoup de retours, de questionnaires de sortie des patients. Alors c'est vrai que on est encouragé au niveau du pôle, à ce que les patients écrivent leur ressenti de séjour.</p>	<p>mais maintenant on a des gens qui sont alités qui peuvent plus parler, qui peuvent plus bouger, qui ont des tuyaux partout. Donc on a encore une autre image de la personne aujourd'hui, donc ça c'est aussi, plus on traite loin dans le temps, plus on a de complications liées aux organes qui vont être touchés. Donc c'est quand même pas mal. Donc beaucoup de sondes gastriques, beaucoup de sondes urinaires. Ils ont le cathéter ou la chambre implantée, ils ont de l'oxygène, ils ont beaucoup de tuyauterie et l'image aussi qu'à la personne elle-même, de sa fin de vie, n'est pas réjouissante du tout. et même pour l'infirmière du coup. On a plus de prescriptions et on a une prise en charge qui est beaucoup plus lourde en fin de vie... puisqu'ils ont beaucoup plus de complications. »</p> <p>« la culture orale par rapport à la culture écrite... Oui, je pense que quelque part, on est toujours encore centré sur l'acte, dans ces transmissions, même écrites, hein. Et à l'oral, il va se dire peut-être plus de choses et qui sont,... sont pas forcément d'ordre personnel mais qu'on</p>			<p>Après on a, je dirais, tous sa propre personnalité pour le faire, mais on va tous aller dans le même sens » .</p> <p>« Le patient doit se prendre en charge, demander de l'information -Le patient doit respecter les personnes, se conformer à l'organisation de l'institution. »</p> <p>« En consultation infirmière, il va surtout poser des questions sur la douleur, sur la poursuite de son activité professionnelle, sur les effets indésirables et les représentations de la chimio, sur le coté esthétique (perte de cheveux, de poids, etc.), le régime alimentaire, les précautions contre les infections Y'en a qui vont pas poser de questions et c'est ...effectivement ces personnes qui vont être un petit peu dans le déni »</p>	<p>« Client : ça fait assez clinique privée et on utilise des expressions comme « le client est roi, a droit à... » Mais le patient aussi, il a des droits. »</p>	<p>son traitement. Ça veut dire qu'il en a été informé, mais est-ce qu'il a tout bien compris, c'est pas le cas forcément hein ? Là c'est en général l'annonce d'un diagnostic qui est grave et après derrière, y'a des questions...mais pas tout de suite. Des incompréhensions, et c'est pour ça que ces patients ont ensuite une consultation d'annonce avec une infirmière qui permet de rediscuter du traitement et de faire visiter les locaux quand c'est surtout en hôpital de jour. Quand c'est du conventionnel, ça va se faire un peu plus sur le terrain. Le patient va arriver pour un traitement et tout va se faire dans les 3- 4 heures qui vont suivre son arrivée. Donc c'est parfois difficile, l'infirmière a beaucoup de travail après derrière pour de l'écoute et rassurer et répondre aux questions. »</p>	<p>hospitalisation en fonction de l'évolution de la maladie. »</p> <p>« Si on va vers quelque chose de plus grave, on peut avoir un changement. On peut avoir des mariages, on peut avoir des tas de choses. D'où des changements parfois. C'est très souvent le conjoint, sauf dans des situations un petit peu particulières, ça peut parfois être les enfants, ce qui n'est pas forcément évident pour les enfants. »</p> <p>« L'autre souci, c'est aussi avec les gens du voyage et on doit faire le gendarme et dire qu'on ne transmet d'infos qu'à la personne de confiance. Et ils sont souvent très, très nombreux. »</p>
--	---	--	--	--	---	--	---

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
<p>Cadre 1</p> <p>Ancien-Neté</p> <p>>15ans</p>	<p>« Alors on n'a pas beaucoup de retours de questionnaires, mais on a parfois quelques remarques sur le manque d'informations qui est donné aux familles et aux patients quand il y a une altération de l'état général. »</p> <p>- La plainte est-elle une solution ? « C'est souvent un conflit de personne, mais ça touche à toute une qualité des soins, qui met en cause toute une organisation. C'est un peu dommage. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - non respect de règles d'hygiène, - intervention de l'infirmière «c'est deux à trois fois par jour» non acceptée. - non prise en compte de la douleur. On avait répondu et on a rencontré la famille pour des explications ». 	<p>pourrait noter sur des transmissions.</p> <p>Je suis persuadé qu'il y a une partie d'information qui n'y est pas. Alors c'est toujours, quand ça se passe d'infirmière à infirmière »</p> <p>« L'infirmière, elle a plus de responsabilités et c'est bien mais quand il y a un trou dans la prise en charge parce que ce groupe d'infirmières est en congé et que c'en est une autre, y'a une info qui n'est pas passée.</p> <p>C'est sûr, on n'écrit pas encore suffisamment toutes ces perceptions des choses, c'est plutôt encore centré sur l'acte.</p> <p>Beaucoup de situations d'incompréhension ou d'agressivité, arrivent en pratique mais ne sont pas transcrites. »</p>		<p>« Et cette prise en charge, et là c'est plus difficile pour nous parce qu'il faut un peu les repérer ces gens qui ne posent pas de questions. Ils en ont mais ils les posent pas. C'est qu'ils n'ont peut-être pas encore accepté leur maladie et là, c'est d'autant plus difficile parce qu'il faut les déceler, faut déjà un peu avoir rencontré ce type de patient...un peu renfermé. Et les faire parler, c'est pas évident.</p> <p>Parfois c'est seulement après la deuxième ou la troisième chimio qu'ils s'ouvrent un peu. Quelque part, c'est une fuite le déni. C'est aussi... autant le déni est quelque chose où la personne se renferme dans autre chose. Mais il ne vit pas le quotidien de sa pathologie, de sa propre maladie. Il vit une maladie, mais pas la sienne».</p>		<p>- L'informatique et Internet, les patients vont parfois faire des recherches poussées, voire demandent traitements qui sont pas encore disponibles en France.</p> <p>- On a deux types de patients, celui qui prend l'info et qui se contente de ça et celui qui va pas s'en contenter mais qui va vraiment aller chercher très loin. Et donc là, on est un peu inquiets parce qu'ils peuvent induire alors des réactions suivant les effets secondaires qu'ils auront lus.</p> <p>En même temps, ils sont désinformés, parce que l'info est disponible mais ne concerne pas forcément leur cas à eux. c'est difficile, de ramener le patient vers son cas à lui, sa pathologie, son degré d'évolution. Il vit alors une maladie mais pas la sienne.</p>	<p>« Des fois, on a l'impression qu'on n'est pas dans le même discours, surtout quand on va vers des stades terminaux. On a parfois des familles qui sont pas en accord avec ce qui se passe sur le terrain et ce qu'ils ont compris. J'ai un exemple y'a pas si longtemps où le papa d'une dame qui avait quand même cinquante ans, était en rébellion parce qu'il n'a pas compris le sens des mots qu'on a utilisé pour dire qu'on allait vers une fin de vie. Il était fâché parce qu'il pensait que qu'on avait traité, qu'on avait encore fait de la chimiothérapie. On était dans une phase palliative de la maladie et pas dans une phase curative.</p>

	<p>« La famille des patients peut parfois être plus dans la revendication, allant jusqu'à des violences, pour exiger tel soin ou accuser les soignant de laisser mourir le proche sans rien faire. Quand on reçoit, ça, il faut reprendre le dossier avec l'équipe ce qui s'est passé. Tout le monde ne se prend pas en charge. »</p>					<p>« Je pense que toute l'équipe doit recadrer un petit peu et remettre en fonction de ce que nous on fait et de nos pratiques. Des fois ils préfèrent croire ce qu'ils ont lu. Ils n'acceptent pas, subissent la maladie. »</p> <p>« Il a peut-être pas tout compris. Il sait pas peut-être tout ce que ça engage. - ça ressemble aussi à toutes les feuilles qu'on fait signer maintenant, pour le consentement. y'a cinq pages à lire et je pense que tous les patients ne les lisent pas. C'est pour ça que je pense que quelque part, quand il revoit l'infirmière en consultation, c'est un moment important ...heu... beaucoup posent d'autres questions, sur leur travail sur le social. »</p>	<p>Les gens n'arrivent pas à comprendre qu'on fasse encore de la chimiothérapie alors qu'on va vers une fin de vie. »</p>
--	---	--	--	--	--	--	---

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
<p>Cadre 2</p> <p>Ancien-Neté</p> <p>>10 ans</p>	<p>« La première demande du patient, c'est d'être soigné correctement. Ils observent beaucoup plus ce que les soignants font. Et ils comparent aussi entre les soignants, comment ils font. Et les pratiques aussi d'une hospitalisation à l'autre parce qu'ils reviennent assez souvent. »</p> <p>« Mais aussi, de l'empathie, des sourires, de l'attention. La présence des soignants est plus souvent écrite dans les courriers de remerciement, bien plus que les <i>perfs</i> qui ont fini à l'heure. Demandes de transcription de ce qu'a dit le médecin, dans des mots plus simples. »</p> <p>« Ils ont d'abord un devoir de courtoisie et de respect. Le patient surveille beaucoup ce que les soignants font. »</p>	<p>« Le travail infirmier est d'abord un travail, pas une vocation qui envahit toute l'existence. Mais on a un métier dans lequel on s'occupe de personnes et on peut pas savoir ce qui va se passer, pas comme une secrétaire qui peut reporter des choses. La RTT permet de passer + de temps à la maison et aux loisirs. »</p> <p>« Pour les jeunes diplômées, je remarque qu'elles viennent au service pour travailler, on sent beaucoup moins le côté vocation. Elles préfèrent squeezer la pause, alors que c'est important pour l'équipe, on échange entre collègues mais finir à l'heure et entrer le travail dans leur créneau horaire. On fait son travail correctement et puis on tourne la page. Et du coup il y a des conflits entre les anciennes et les plus jeunes. Les plus anciennes. »</p> <p>« Il y a un vraie difficulté à assumer son rôle propre dans un service très technique. »</p>	<p>« Je ne sais pas si c'est lié à la maladie grave ou à sa chronicité, mais je trouve qu'il y a une prise en charge holistique en médecine qu'on trouve moins en chirurgie. »</p> <p>« J'ai aussi une hiérarchie qui surveille les heures sup et me prévient qu'elles risquent de ne pas être payées. »</p>	<p>« Il y a parfois tellement de lien entre soignant et soigné que de part et d'autre, ils repèrent des choses et l'état d'esprit de l'autre ou le conflit avec une collègue. Ils observent beaucoup et sont très sensibles. Par exemple, c'est souvent le premier soignant qui accueille lors de l'annonce de diagnostic. Et le soignant doit alors faire bien attention. On parle souvent de limite parce que ce sont des patients qui « pompent » de l'énergie. Et puis on le voit arriver bien puis beaucoup moins bien, en cours de traitement ou à cause d'une rechute et jusqu'à l'accompagnement de fin de vie. La durée de séjour est très variable, selon le traitement. »</p>	<p>« Je ne fais pas trop attention. Pour moi, c'est un patient qui est malade. Dans ma fonction de cadre, on a de plus en plus à gérer des clients parce qu'on (DSS et direction administrative) nous parle de rentabilité comme une entreprise. Mais pour moi ça reste un patient pour qui on doit faire le maximum pour que son hospitalisation se passe bien et que les soins soient efficaces. On doit être conscient des chiffres liés à l'occupation des lits et la durée d'hospitalisation, mais il faut faire attention aux conditions dans lesquelles le patient rentre malgré la rentabilité à avoir en tête. »</p>	<p>« On essaie de les rendre autonomes par rapport à tel protocole et c'est quelque chose qui est apprécié. On a écrit des éléments sur le traitement ou l'alimentation stérile. Ça ne remplace pas l'info orale mais ça aide à cibler les questions. Certains ne peuvent pas se prendre en charge, pour des problèmes de capacités intellectuelles ou ce sont des signes de dépression ou que ça ne va pas. »</p> <p>« Il y pas beaucoup de temps pour informer correctement. Or, il y a beaucoup de précautions et de protocoles à transmettre. Les médecins les mettent en garde contre Internet. Certains viennent avec beaucoup de feuilles, disant « j'ai ça, il va m'arriver ça »</p>	<p>« C'est rare que le patient ne désigne pas de personne de confiance. Soit ils on personne soit ils ont du mal à l'envisager, mais c'est très, très rare. C'est très souvent le conjoint ou les enfants qui sont désignés. »</p> <p>« Parfois la personne de confiance n'est pas la personne à prévenir, comme l'époux ou l'épouse et ça peut donner des conflits. »</p>

	<p>« Les conflits sont le plus souvent liés à la colère liée au diagnostic de la maladie ou des incompréhensions. »</p>	<p>« L'agressivité entre collègues soignants, dont on m'a parlé au retour d'une formation à la gestion de l'agressivité. Mais je n'ai pas eu à gérer cela en tant que cadre. Ici, on travaille dans le respect de l'autre et ça vient aussi de l'impulsion de l'équipe médicale. Si l'ASH est entrain de nettoyer, le Pr X va aller dans une autre chambre par exemple. »</p>		<p>« Le patient a d'abord un devoir de courtoisie et de respect envers le patient. »</p>		<p>« Ils ont une connaissance assez étendue de leur pathologie et donc ils savent aussi ce qu'on leur donne et pourquoi. »</p>	
--	---	---	--	--	--	--	--

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
<p>Cadre 3</p> <p>Ancien-Neté</p> <p>>30 ans</p>	<p>« Les demandes des patients sont aussi liées au nombre d'agents dans le service, en nombre suffisant ou non. Il remarque très vite s'il y a une désorganisation, une agitation. »</p> <p>«Ils veulent tout, tout de suite. Ils font des procès facilement. Le procès permet aussi de se dire, d'attirer l'attention sur leur propre malheur, leur maladie. Ils revendiquent beaucoup de droits mais ils estiment qu'ils n'ont pas de devoirs. »</p> <p>« Par exemple un procès pour pertes de cheveux. Ou encore, voilà deux courriers de plainte: l'une décrit une organisation subie, qui la réduit à un <i>paquet</i> qu'on pose d'un service à l'autre. L'autre lettre concerne l'annonce de diagnostic qui aurait été faite à une épouse par téléphone »</p>	<p>« On doit tracer en Données- Actions-Résultats. Avant, les transmissions se faisaient par objectifs. On notait beaucoup plus de choses comme les visites. Vous ne pouvez pas le formaliser en DAR. Donc c'est un système qui appauvrit l'écrit. On n'y note plus que le faire et la technique, qui a été fait, alors qu'on raisonne en projet de soin. Et le temps de transmission est passé de trente à dix minutes ».</p> <p>« Le fait de passer d'un secteur à l'autre, voire d'un service à l'autre, rend difficile le suivi du patient. Même chose quand le patient change de secteur, il change de PH. Ça peut créer des tensions entre collègues. »</p> <p>« Les patients sont de plus en plus lourds avec des problématiques de plus en plus complexes. Les sensibilités des IDE d'onco ou d'hémato sont différentes mais dans le fond des questions, le discours ne change pas, mais elles ne vont pas l'exprimer de la même façon. »</p>	<p>« Le livret d'accueil, je ne sais pas du tout dire quel nombre de patients le lit. Même chose pour des documents élaborés en interne. La stratégie de remise de ces documents est importante: entre l'annonce par le médecin et la consultation IDE. «On peut laisser le choix des heures de repas, favoriser les liens avec la famille, le wi-fii pour les chambres en isolement. Des conflits sur le terrain comme entre la personne de confiance et le conjoint du patient, ne sont pas du tout envisagés par la direction des soins. Les questionnaires de satisfaction sont remplis prudemment car les patients vont revenir plusieurs fois au service et ils ne vont pas <i>se couper l'herbe sous le pied</i>. La parole peut se libérer après le décès et souvent de personnes qu'on n'a presque jamais vu au service»</p>	<p>« Ce qui a le plus changé dans cette relation c'est de l'ordre de la revendication, et parfois pour peu de choses. Et il y a aussi une augmentation des revendications quand le patient s'achemine à la fin de vie. Par exemple le récent suivi d'une famille depuis 5 ans. La patiente aborde la fin de vie et la situation a dégénéré en violences et destruction de meubles. Ils étaient tous informés, avec des niveaux d'éducation à bac+5. » « Assurer un temps de présence, qu'il y ait ou pas un problème à résoudre, est important. Les patients sont plus globalement satisfaits de l'information reçue de l'infirmière que de celle du médecin, mais il faut relativiser par rapport à la spécialité médicale»</p>	<p><i>Non abordé</i></p>	<p>« On se demande comment l'information est reçue en amont, en particulier sur la fin de vie. Elle est seulement entendue comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre. La consultation d'annonce prend de quarante à cinquante minutes, mais ça ne résout pas tout. Tout ce qu'on dit n'est pas entendu. La relation de confiance pas encore établie à la première rencontre, des défenses sont là et ne cèdent pas tout de suite. »</p> <p>« Les patients font de plus en plus de recherches par eux-mêmes. Mais ils ne savent pas qu'ils ne savent pas et vont chercher à rétablir une position symétrique par rapport au médecin. Une fois en confiance, ça se passe autrement. Souvent, ils disent qu'ils le font pour se prendre en charge».</p>	<p>« La personne de confiance, c'est un garde-fou parce que si toute la famille vient demander des conseils et des infos, on est vite débordés. Maintenant, il y a parfois des conflits induits par la désignation. En particulier quant la personne de confiance n'est pas le conjoint. C'est un problème pour l'équipe aussi : à qui donne-t-on l'information ?ça peut aller loin dans le conflit intra-familial. Les enjeux sont expliqués et certains refusent de remplir la feuille puisqu'ils ont un conjoint. La non- désignation concerne plus de patients qu'on ne croit : deux dossiers sur dix tirés au sort, ne comportent pas de personne de confiance. Il n'y a pas de problèmes jusqu'à ce que la maladie soit très avancée et invalidante. »</p>

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
<p>Cadre 4</p> <p>Ancien-Neté</p> <p>>30 ans</p>	<p>«Nous avons reçu une lettre de plainte reçue d'une famille à propos de la présentation qualifiée de <i>choquante</i> : elle avait la bouche ouverte. Autre lettre a été envoyée par une patiente. Elle s'y plaint de l'ensemble des soins. Elle les a estimé violents. Cette patiente était non observante, avec des antécédents d'éthylisme, sous Subutex, ne supportant aucune contrainte horaire. »</p> <p>« J'ai d'autres exemple comme le refus d'un patient d'être opéré par des chirurgiens apprenants ou le refus d'un patient de subir un prélèvement veineux par un stagiaire.</p>	<p>« La professionnalisation de l'infirmière consiste à savoir gérer ses émotions de manière à rester professionnelle quelles que soient les circonstances. Notamment en situation de stress afin de procurer le même accueil à chaque patient même si les conditions de travail sont difficiles. »</p> <p>«Il est actuellement proposé aux équipes, une formation sur le professionnalisme, d'abord les anciennes. Les plus jeunes dit-elle, ont déjà intégré les récentes contraintes du milieu hospitalier puisqu'elles n'ont en fait rien connu d'autre ».</p> <p>« En particulier, les infirmiers devraient prendre acte des droits du patient, et les laisser être non observant, juste le tracer dans leur dossier de soin. »</p>	<p>« Les questionnaires de satisfaction sont rarement remplis car ils ont peur que ça se retourne contre eux, mis à par les repas et ce qui est d'ordre architectural, pas orienté vers les personnes, l'équipe.»</p> <p>Maintenant, est-ce qu'ils sont vraiment représentatifs de l'opinion des patients ? Il me semble que ce sont surtout les mécontents qui trouvent là un moyen de s'exprimer. Les plus satisfaits ont plutôt tendance à le dire spontanément aux soignants et aux intervenants et lorsqu'on leur présente le questionnaire, ils ont tendance à répondre :</p> <p>« mais pas besoin de ça, je vous l'ai déjà dit ! » »</p>	<p>«Je dis régulièrement aux équipes : « non vous ne pouvez pas les forcer, mais tracez ce qui est fait et dit ». Certaines ne veulent pas le voir et restent dans la maîtrise du patient un peu comme un enfant. Certaines m'ont dit que j'étais trop du coté des patients ! Parce que je leur disais de respecter quand ils ne voulaient pas d'un soin. »</p>	<p><i>Non abordé</i></p>	<p>« Les patients sont globalement devenus plus exigeants. C'est un mouvement à l'œuvre depuis trente ans. Ils étaient plus <i>dociles</i> avant. »</p> <p>« Les questionnaires rapportent surtout des plaintes concernant les repas, malgré une prise en charge personnalisée. Viennent ensuite la prise en charge de la douleur puis l'information et l'attente. »</p> <p>« Il y a des journées d'information presque toutes les samedis pour les médecins. La dernière a été faite par un avocat. Les procès, il y en a toujours un en cours.</p>	<p><i>Non abordé</i></p>

	<p>Il existait auparavant un formulaire informant les patients qu'en choisissant l'hôpital public, ils seraient susceptibles d'être soignés par des apprenants : internes en médecine, étudiants en soins infirmiers. Est-ce qu'il faudrait alors le réactiver ? »</p>	<p>« Les conditions de travail actuelles se sont globalement dégradées, depuis plusieurs années, pas seulement pour les infirmières. D'ailleurs.</p> <p>Il y a une grève, prévue le 28 avril prochain. « C'est un mouvement national, pas seulement ici donc, qui veut protester contre le gel de salaire des fonctionnaires. public, qui demain va redevenir l'hospice. »</p>	<p>« Les situations des moyens déployés à l'hôpital, sont de plus en plus inégalitaires, je trouve. A l'avenir, je pense qu'il y aura des services de pointe avec de gros budget d'un côté, et l'hospice de l'autre. Les autres activités, protocolisées et qui rapportent, iront au privé. »</p>			<p>La dernière plainte concerne une famille mécontente de l'accompagnement d'une patiente décédée, pas suffisamment informée et leur prise en charge. Ce n'est plus tant un risque dont il faut se prémunir. C'est une réalité avec laquelle il faut composer, maintenant. »</p>	
--	--	--	---	--	--	--	--

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
<p>Cadre 5</p> <p>Ancien-Neté</p> <p>>10 ans</p>	<p>« En Belgique, la loi sur l'euthanasie oblige à une recherche du consentement. Le soignant doit se soumettre à la volonté du patient. Le risque est grand de ne pas questionner la demande du patient et son refus de soins. »</p> <p>« Il y a la possibilité de laisser des directives anticipées. Mais en réalité, cela est très peu utilisé. Il faut pouvoir imaginer les conditions de sa fin de vie. »</p>	<p>« Il y a un manque de reconnaissance du travail de soin de confort, du rôle propre et du travail aide soignant. Son importance n'est pas assez comprise de la part des soignants eux-mêmes. Il y a du coup, un manque de créativité dans ce rôle propre. »</p> <p>« Actuellement dans les soins, la valeur de bienfaisance est placée au dessous de l'autonomie. Le soignant a la fausse croyance de devoir se plier, se soumettre à l'avis du patient et s'effacer devant un refus. Et là on est mal dans cette hiérarchisation des valeurs. Le soignant est en souffrance. Mais le refus de soin est d'abord à questionner. Il est contextuel, pas immuable non plus. Etre au service du patient d'accord, mais dans un respect réciproque. »</p>	<p>« La bienveillance renvoie aux besoins de l'autre dans le respect de l'autre dans ses convictions, ses habitudes. C'est un idéal de soin vers lequel on tend. Elle est unique pour chaque patient. Mais c'est difficile de l'atteindre avec toutes les contraintes rencontrées »</p>	<p>« La relation est la première motivation pour choisir ce métier. L'aspect paramédical peut servir de tremplin à la relation. Il y a une fibre naturelle et une motivation qui se développent par des formations et par l'expérience au quotidien. Maintenir la relation doit parfois passer avant le respect de certaines valeurs soignantes. Mais il faut avoir envie de risquer de s'exposer pour vraiment accompagner. »</p> <p>« Bien sûr, on est au service des gens, mais la relation de soin doit être la plus symétrique possible. Il faut un respect réciproque. Il faut avoir l'envie de cette rencontre car le soignant s'expose à l'autre et peut rencontrer un sentiment d'impuissance face à la détresse d'autrui. »</p>	<p>« Patient : ce terme est passif. Il renvoie à la situation asymétrique avec le soignant. »</p> <p>« Client : dans mon travail de cadre, je l'utilise plus souvent. Je ne fais pas de différence avec 'malade' car on l'emploie couramment en Belgique. Il rétablit une certaine symétrie dans la relation. »</p> <p>« Usager : ça ne me convient pas trop parce que ça rejoint celui qui utilise un service, se rapproche de l'expression « être au service de ». C'est très français, on l'entend peu en Belgique. C'est une réalité ici, mais ne correspond pas à mon idéal soignant. Position de revendication car il paie pour tel ou tel service. »</p>	<p>« Le savoir du soignant, voulant s'imposer au patient et/ou à la famille, peut provoquer une rupture de la relation. Le refus du patient a des conséquences autour de lui, dans la transmission de maladies par exemple. »</p> <p>« Le patient qui arrive au service est souvent fatigué d'avoir à donner son consentement, et a souvent envie de s'en remettre au médecin et le soulager d'une sorte de décision. L'esprit des lois sur les droits des patients est de lui permettre d'exercer son autonomie. Mais en contexte de fin de vie, elle est plutôt exercée par la famille que par la personne malade, qui a du prendre déjà prendre tellement de décisions. Il y a très peu de directives anticipées »</p>	<p>« De plus en plus, patients et familles se comportent en clients. Par exemple en Belgique, nombre de proches revendiquent un droit de mourir pour leur proche. Elles pensent être dans leur droit. Cela oblige les équipes à informer très tôt les patients. Les familles, plus que le patient, sont dans une demande d'éradication totale de la souffrance. Elles sont parfois plus dans l'exigence, ce qui ne favorise pas l'expression du patient en fin de vie. »</p>

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
Cadre 6 Ancien-Neté >10 ans	<p>Le By-pass, c'est souvent comme une planche de salut. Beaucoup ont essayé plein de régimes et de techniques différentes, sans résultats. Ils mettent beaucoup d'espoir dans cette opération. Ils disent eux-mêmes qu'ils n'ont pas la volonté de se limiter dans leur alimentation et ils préfèrent alors miser sur une contrainte extérieure qui les oblige à se limiter. Ils voient surtout le bénéfice immédiat qui est la perte rapide de poids. L'aspect irréversible est au second plan. Il y a un manque de recul par rapport à cette chirurgie. Ils changeront peut-être d'avis dans quinze ans. Mais là, ils ne voient que leur mal-être et leur corps qu'ils veulent changer. »</p>	<i>Non abordé</i>	<p>Elle écrit constamment de multiples mails en direction de la cuisine mais « la chaîne froide est complètement extériorisée par un prestataire. « C'est de la cuisine assemblage ! j'encourage les patients à remplir les questionnaires de satisfaction. Je me dis que le seul moyen que les choses s'améliorent, c'est que les patients eux-mêmes s'expriment et fassent remonter leurs plainte ».</p>	<i>Non abordé</i>	<i>Non abordé</i>	<p>Les patients ne demandent pas grand-chose en fait. Nous avons écrit des fiches-aliments et des conseils diététiques pour un certain nombre d'opérations. Nous les remettons aux patients, mais c'est rarement pendant l'hospitalisation que les patients se posent des questions. C'est plutôt une fois rentré et comme ils doivent faire à manger, qu'ils se posent des questions. C'est pour ça qu'on laisse toujours le numéro de téléphone du service diététique sur ces feuilles, pour qu'ils sachent directement où appeler</p>	<i>Non abordé</i>

	Evolution des patients	Evolution de la profession infirmière	Evolution de l'institution	La relation entre patient et infirmier	Sur les termes de patient, client	Information et savoir du patient	La personne de confiance
<p>Cadre 7</p> <p>Ancien-Neté</p> <p>>10 ans</p>	<p>« Ils y a de nombreux intervenants chez le patient. Ils le disent eux-mêmes et s'en plaignent 'mais c'est quel médecin qui s'occupe de moi finalement ?' »</p> <p>« Malgré tout ce contexte qui est difficile actuellement, je dirais qu'il y a beaucoup de patients qui nous écrivent pour nous remercier du travail qu'on fait auprès d'eux. Et puis une petite partie - enfin je dis des pourcentages comme ça, mais c'est pas vérifiable- une petite partie qui font des courriers pour se plaindre de la prise en charge à tous les niveaux, du manque d'information notamment ».</p>	<p>« L'évolution de la profession ? Ben moi au départ, je fais les choses tout simplement. Déjà être professionnel au quotidien. Ça veut dire déjà en étant rigoureux dans son travail et pertinent dans la prise en charge du malade. Quand je dis être professionnel, tu vois comme je disais à l'infirmière ce matin, c'est penser à mettre la date sur une <i>perf</i>. Ça semble être un détail, mais non, c'est important et pour la personne qui va venir après et pour le médecin qui va entrer dans la chambre, qui va vouloir voir si le patient a eu son <i>hydrat'</i> ou pas. Et si y'a pas de date, il va se demander de quand elle date la <i>perf'</i>. Et donc être professionnel au quotidien et rigoureux, pour être crédible face aux autres, et notamment face au médecin heu... être professionnel dans ses observations, dans son travail technique, dans ses transmissions. Pour moi le professionnel déjà il commence déjà là. .. Etre rigoureux et crédible. Donner les bonnes informations. Et puis parce qu'on sait faire quoi! on sait faire mais pas l'écrire ! »</p>	<p>« L'organisation hospitalière n'est pas suffisamment adaptée aux besoins de la population. On ne peut pas programmer toutes les admissions et dire en cas d'urgence <i>On vous rappellera la semaine prochaine</i> quand on aura une place. C'est quand même pas très rassurant pour le malade de lui dire ça. Tu peux pas toujours refuser des malades qui ont besoin d'être pris en charge. On sent derrière qu'il y a une politique de valorisation de l'activité. Ça c'est plutôt bien de limiter les frais le plus possible pour trouver un équilibre. Mais je trouve qu'on le paie cher au quotidien. J'ai jamais entendu autant de malades se plaindre. On est dans un système qui est de plus en plus tendu. La direction des soins, je trouve qu'il faudrait presque enlever le mot « soins ».</p>	<p>Moi je rencontre presque tous les jours des gens qui se plaignent. Alors moi j'essaie de mettre un peu de ... mesure, parce que derrière la plainte y'a des fois aussi de l'angoisse, de l'impatience, ... c'est pas que un déficit dans la prise en charge.</p> <p>ce que j'entends le plus souvent, c'est le manque d'information.</p> <p>Mais comme dit, les malades font rarement des plaintes écrites. Mais au quotidien, tu entends beaucoup de choses.</p>		<p>ce que j'entends le plus souvent, c'est le manque d'information... c'est le manque d'information. Alors soit le manque d'information médicale, soit le manque d'information parce que on va les prévenir à l'arrache que y'a un examen, ils auraient voulu le savoir avant, ... voilà, le manque d'information, c'est ce que je perçois le plus, enfin c'est ce que j'entends le plus au niveau des patients et des familles.</p> <p>.</p>	

			<p>« Moi, je n’entends plus aucun message, plus aucun discours ou très peu, tellement peu... et on vient pas nous voir, nous demander nos difficultés. On nous parle surtout de budget, de déficit, de comment on va faire pour réduire le déficit, et il ne faut pas qu’il y ait moins de qualité ». C’est un ... un discours de fou ! La tarification à l’activité, la nouvelle organisation en pôles et tout, on est..... le nez dans le guidon comme jamais. »</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

Annexe 3.c
Entretiens avec des représentants
d'usagers en 2011

	Evolution des patients	Rapport à l'institution	Relations avec IDE	Place de l'information
<p>RU 1.</p> <p>Coordinateur d'une association Contre Le Cancer</p>	<p>« Les mesures du Plan Cancer, toutes les personnes hospitalisées n'en bénéficient pas et que tous les établissements ne l'ont pas mis en place. En tant que coordinatrice des aides au domicile, je rencontre les patients chez eux. Une centaine bénéficie des mesures de ce plan, sur les trois cent sont suivis par nous. Et moins de la moitié des patients ont pu bénéficier d'une consultation d'annonce.</p> <p>Il y a beaucoup de services différents pour les patients, mais ce qui manque, c'est la coordination entre ces aides. La situation s'est améliorée depuis quelques années et on constate moins de disparité de traitement entre les différents établissements. »</p> <p>« Le patient veut bien être patient, mais ne pas être réduit au cancer, à la maladie dont il est atteint. Le cancer stigmatise encore beaucoup ceux qui en sont atteints. Il y a par exemple encore une peur de la contagion. »</p> <p>« De plus en plus d'usagers sont conscients de leurs droits mais souvent, trop fatigués pour s'occuper des aspects administratifs (mutuelle, par exemple.). L'intimité et leurs droits, c'est aussi celui de refuser les visites par exemple. Parfois aussi, ces droits passent par la possibilité de refuser les soins. C'est très difficile d'entendre qu'on a un cancer. Beaucoup de personnes pensent alors qu'elles n'ont plus que quelques mois à vivre. Souvent, au début de la maladie, elles ont le sentiment d'être condamnées. S'ils refusent de faire traiter leur maladie, c'est parfois aussi une façon de se rebeller.</p> <p>De l'extérieur, on se dit : « il refuse la maladie, il va souffrir », mais de quel droit lui dire de se faire soigner ? Si j'étais à sa place, comment est-ce que je réagis ? »</p>	<p>« Souvent, la sortie des patients est insuffisamment préparée. Il faut alors mettre en place des aides dans l'urgence. »</p> <p>« Il y a surtout à la base une grande contradiction entre le projet qui est d'informer et de prendre en charge les patients de manière globale, et à côté de cela, une réduction de plus en plus, des moyens alloués. Par exemple, il y a beaucoup de médecins étrangers, de plus en plus. Et ça peut poser des soucis en termes de niveau d'études, de langage, et de confiance dans la qualité des soins donnés.</p> <p>Comment ensuite, dire à l'hôpital ' <i>vous ne respectez pas les droits des usagers</i> ', alors que les moyens ne sont pas suffisants pour cela ? »</p>	<p>« Souvent, ils sont satisfaits de la relation avec le personnel soignant. Avec le cancérologue, c'est parfois différent, souvent plus difficile. Ils trouvent qu'il n'est pas assez proche.</p> <p>Avec les infirmières, le contact est assez bon, ils disent qu'elles sont gentilles mais elles ont trop de travail et pas assez de temps à leur consacrer pour discuter avec eux, ni pour faire les soins. Les patients ne les condamnent pas, mais se plaignent de ce manque de temps. »</p> <p>« L'infirmière est surtout identifiée par rapport aux gestes techniques, moins pour le nursing parce qu'elle a un manque de disponibilité, dont les patients souffrent, comme je le disais. »</p> <p>« Il y a d'abord une grande souffrance du patient par rapport à son état, y compris psychologique, qui est parfois prise en compte, mais souvent pas ou pas assez, le plus souvent par un ou une psychologue, à l'hôpital ou à domicile. »</p>	<p>« L'information est là, mais souvent peu comprise et non reprise avec les médecins. Les patients ont le sentiment d'être anonymes, d'être comme des numéros, dans les services hospitaliers.</p> <p>Il y a le problème de la « grande visite » hebdomadaire dans les chambres. Souvent, jusqu'à 9 personnes, médecins et externes, viennent visiter les patients, qui vivent cela comme une intrusion, une atteinte à leur intimité. En tout cas, ils nous en parlent comme ça. Comment peut-on poser des questions au médecin dans ces circonstances-là ? »</p> <p>« Il y a une demande d'information, mais il y a aussi beaucoup de patients qui disent préférer faire confiance et sont, dirais-je, « <i>bien, dans l'ignorance</i> ». Ils restent alors dans une relation paternaliste. Vous savez, être pleinement conscient de la maladie et refuser certains soins, cela fait beaucoup souffrir. »</p> <p>« Est-ce qu'on va parfois trop loin dans l'information ? Certains patients ne peuvent</p>

	<p>« C'est aussi une évolution normale par rapport à la politique mise en œuvre et à l'information qui augmente sur les procédures et les façons de déposer une plainte. On va facilement vers la plainte aussi parce qu'on sait qu'on va être entendu. La plainte n'est pas toujours légitime mais on vit aussi dans une société de consommation, qui permet cette logique là. On porte facilement plainte et on cherche à être indemnisé pour cela. Les droits du patient sont une chance et la société du 'j'ai droit à' permet que la plainte soit plus facilement entendue. »</p>			<p>parfois pas entendre certaines choses.</p> <p>Il y a aussi une sélection de la mémoire. La sur-information n'est pas nécessairement une bonne chose, mais cela dépend surtout de la capacité du patient d'entendre et d'accepter cette information.</p> <p>- Comment les soignants peuvent-ils alors apprécier ce niveau d'information ? « C'est difficile en effet. Et certains patients sont déroutés et préfèrent éviter de multiplier les intervenants, en particulier à leur domicile. Il y a la fatigue, le problème des rechutes, ... et j'ai parfois beaucoup de difficulté à faire accepter les aides à domicile. Le patient, au milieu de beaucoup d'interlocuteurs, informé de ses droits, on ne peut pas parler d'échec de cette politique, mais cela augmente les demandes. Tout va plus vite aussi de nos jours, on consomme tout, y compris dans la santé. »</p>
--	--	--	--	--

	Evolution des patients	Rapport à l'institution	Relations avec IDE	Place de l'information
<p>RU 2.</p> <p>Fonction territoriale Représentant A la CRU Pendant 4 Ans</p>	<p>« Les rapports sur les plaintes, on ne les a que depuis 1 an environ. Une quarantaine de dossiers sont sur la liste de l'an passé. C'est nous qui avons demandé qu'on nous les transmette et pour voir comment ils ont été abordés par l'établissement ».</p> <p>On ne peut pas les examiner tous à fond car cela prendrait tout le temps des réunions, donc on se centre sur les plaintes les plus complexes. Il y a une réunion par trimestre, ce qui est trop peu selon moi. Par exemple je me souviens d'une histoire d'une personne de confiance qui n'a pas été consultée. En fait, une dame s'est fait opéré et c'est le fils qui a donné le feu vert. Mais c'est la fille qui était personne de confiance et qui avait les instructions de sa mère. Et cette personne ne voulait pas se faire opérer. Et cela a donné lieu à une plainte. »</p> <p>« Globalement, on est bien pris en compte avec la direction. On n'ose pas trop s'exprimer sur l'aspect médical des choses. Et les patients craignent d'être identifiés et d'être mal vus s'ils se prononcent sur des aspects médicaux. Ils ont peur du retour de bâton si jamais ils doivent être réhospitalisés. Ça, c'est clair et net.</p> <p>Les soignants le disent aussi, que les gens n'osent pas et du coup ils se reportent plus sur des choses du quotidien, comme les repas ou les horaires des repas. C'est quelque chose qu'on a d'ailleurs réussi à faire bouger.</p> <p>En tant que représentant d'usager, on essaie de se mettre à la place des personnes hospitalisées, et la soirée est terriblement longue quand le repas est servi à 17 heures. L'horaire a été décalé à 18h-18h30. »</p> <p>Mais pour le reste, un malade ne peut pas vraiment évaluer la qualité de son traitement. »</p>	<p>« Cette fonction de représentant d'usagers n'a pas vocation à être en contact direct avec des patients, de manière individuelle. Ce n'est pas comme ça que je vois cette fonction. Mais être à coté du collectif, connaître les associations, réfléchir au moyen de mettre en œuvre les droits des patients, pour moi c'est ça un représentant des usagers. Tous les représentants ne sont pas de cet avis, certains estiment devoir assister les patients dans une plainte individuelle.</p> <p>Comment faire en sorte que l'usager devienne un vrai acteur de sa santé, à travers la prévention, la prise en compte par l'hôpital ?</p> <p>Je crois que peu de personnes hospitalisées osent dire le mal être qu'ils vivent. »</p> <p>« Les plaintes permettent de faire avancer les choses. Il ne faut pas que ce soit mal vécu par les équipes. Ce serait bien de présenter le rôle de la plainte autrement.</p> <p>Comme la co-construction par le consommateur dans l'entreprise. Mais dans l'acte de consommer, on répète</p>	<p>« Les gens ne comprennent pas quand on leur demande <i>'dites-moi quelle est votre souffrance sur une échelle de 1 à 10' ?</i> ou qu'ils se font rétorquer <i>'ne vous plaignez pas, y'a des gens qui ont plus mal que vous!'</i></p> <p>Alors, il faudrait savoir si on veut que les gens s'expriment ou pas ».</p> <p>« les plaintes envers les paramédicaux, quantitativement, c'est moins important, mais il y en a un peu dans les autres plaintes aussi. Et c'est toujours une personne en particulier.</p> <p>Quand on lit les courriers, les représentants savent de qui il s'agit. C'est pas le collectif qui est visé, c'est toujours une ou deux personnes bien déterminées. Et quand une infirmière est en cause, c'est surtout le versant relationnel.</p> <p>Les infirmières sont moins visées dans leurs compétences que les médecins mais c'est aussi, je crois, parce qu'on les perçoit moins comme vrai acteur. Le cancer, c'est vraiment très technique comme prise en charge et les infirmières sont en première ligne.</p>	<p>« Les problèmes d'information, ce n'est pas récurrent à la CRU. Le format du livret d'accueil n'est plus adapté. Je ne sais pas combien de patients prennent le temps de le lire. Et les durées d'hospitalisation font que ce n'est pas la bonne manière d'informer sur l'établissement. J'ai proposé un écran qui fait défiler des informations, dans une salle d'attente.</p> <p>J'imagine pas le patient sur son lit entrain de le lire avant qu'on lui fasse des examens des prises de sang ou avant qu'on l'expulse le soir parce que maintenant on garde plus les gens très longtemps ».</p> <p>« Le volume d'information en général est tellement large que ça n'a pas de sens. Souvent c'est le patient qui réclame qu'on l'informe sur sa maladie mais un devoir du patient serait peut-être d'accepter de s'informer sur sa maladie et son traitement et éviter d'accuser le personnel soignant »</p>

	<p>« On sait que les problèmes sont fréquents parce qu'on connaît aussi des personnes hospitalisées et ce qu'ils en disent. Une amie proche a récemment renoncé à faire une lettre suite à une hospitalisation à Paris. On peut pas dire que c'est de la maltraitance, mais c'était pas bien traitant non plus».</p> <p>Un autre exemple, qui m'avait surpris : une famille s'est plainte que leur proche ait été hospitalisé à côté d'une personne d'une différence. Et ils se sont fait rabrouer quand ils ont dit que ce n'était pas normal. Ça a dégénéré en propos racistes entre les deux patients. C'est exagéré parce que l'établissement est d'abord laïc. La plainte était dirigée vers la gestion des admissions. »</p> <p>« Ce n'est pas que les demandes sont infondées, c'est que certains usagers pensent avoir plus de droit que de devoirs et qu'il faut mettre ça en balance avec les possibilités des services. Il y a des devoirs comme accepter certaines contraintes et rythmes de l'hôpital, qu'il fait partie d'un collectif. Et y'a des gens qui ont besoin de 5 min et d'autres 35. Les soignants présentent des fois les choses de manière mathématique, un peu trop rigide : « j'ai tant d'heures de travail, tant de patient, ça fait tant de temps par patient ».</p> <p>« Après toute une période où le patient n'avait pas de droit, n'était pas considéré comme acteur de sa santé, j'ai le sentiment que maintenant il n'a plus que ça qui passe. Et la façon de s'exprimer, est plus sur l'accusation. Alors qu'il a aussi des devoirs, de s'exprimer en contribuant à quelque chose, en étant constructif. Mais il faudrait que la relation soit plus détendue des deux côtés parce que toute remarque, ben le personnel en face, réagit fortement ».</p>	<p>l'acte et on se renseigne parce que ça risque de revenir. Alors qu'à l'hôpital la personne n'espère qu'une chose : ne pas revenir et que l'évènement se répète pas».</p> <p>« La maladie renforce l'individualisme et ça va pas profiter au patient s'il s'implique. On pourrait réfléchir à quelque chose avec les personnes en dialyse par exemple, plutôt. »</p> <p>« Je suis très inquiète de l'évolution de la santé. Bien sûr il faut se préoccuper des chiffres, mais gérer l'hôpital comme une entreprise, ça m'inquiète, surtout par rapport aux contraintes qui pèsent sur le personnel soignant et sur les moyens donnés à la santé, comme dans l'éducation. Je pense que c'est notre rôle de militer pour que les patients soient bien soignés et je pense que ça va aider aussi les soignants. C'est comme ça que je vois les choses. Par exemple de dire qu'on ne veut pas être renvoyé chez soi sans préparation après une opération du genou alors qu'il n'y a personne à la maison. L'utilisateur, s'il exige des choses, forcément il faudra des moyens derrière».</p>	<p>« Comment critiquer du côté des compétences ? En se référant à quoi ? Qu'une infirmière ait piqué de travers ? Les erreurs avec séquences, c'est plutôt les médecins qui sont visés. »</p> <p>L'image de l'infirmière, le sujet n'est pas vraiment abordé en CRU. Il y a les médecins d'un côté et le personnel non médical de l'autre, qui est plutôt un tout. L'infirmière est plus liée au bien-être et le médecin au traitement. Mais je ne suis pas sûre qu'elle soit perçue à sa vraie place, comme un vrai acteur de santé.»</p> <p>Technicienne...oui, pour le cancer, peut-être. Mais j'ai toujours eu le sentiment que c'est un personnage clé du bien-être, qui n'est pas focalisée sur la maladie. C'est celle qui comprend qu'elle a une personne en face d'elle. Mais c'est un rôle très ingrat. Il demande beaucoup d'investissement mais peu de compensations. . »</p>	
--	---	---	---	--

	<p>« Et j'ai l'impression que souvent c'est le patient qui demande. Il a l'impression que tant qu'il ne l'a pas eu, il n'a pas été bien traité. Le diagnostic clinique ne suffit pas. Mais j'ai l'impression que les deux sont complices dans l'affaire. Le patient qui demande pourquoi il n'a pas eu de scanner et le médecin qui se dit qu'il ferait bien d'en faire un, si des fois il se trompe, au moins l'imagerie pourra dire qu'il y avait rien. Et puis les jeunes médecins sont formés dans cet environnement là aussi».</p>	<p>« Par exemple, quand j'étais au CLIN, on a eu à examiner les projections du plan grippe, avec les entrées séparées, les équipements en tentes. Et dans tout ce plan, y'avait pas de budget pour acheter les masques adéquats pour les soignants. C'était une dépense dérisoire par rapport aux autres sommes engagées et c'était absurde comme économie. J'en ai parlé et la ligne a été ajoutée».</p>	<p>« La relation est toujours asymétrique. Je suis pas une théoricienne de la relation et je connais mieux le contrat de travail. Et le pouvoir est toujours du même côté. La personne hospitalisée est toujours vulnérable, donc la relation est forcément asymétrique. Mais le médecin devient aussi vulnérable, avec l'obligation de résultat. Il se couvre beaucoup par des examens complémentaires. Et pour ça, c'est regrettable ».</p>	
--	---	---	---	--

	Evolution des patients	Rapport à l'institution	Relations avec IDE	Place de l'information
<p>RU 3.</p> <p>Professionnelle de santé. Représentant à la CRU pendant 8 ans</p>	<p>« C'est difficile d'évaluer le nombre des plaintes, leur évolution et encore plus la satisfaction, via les questionnaires de satisfaction de l'usager. Les retours sont évalués à 4%, peut-être moins. Mais leur dépouillement permet de réfléchir à des thèmes prévalent. Il y a des courriers qui sont directement traités par la direction et d'autres qui sont plus complexes. »</p> <p>« Par exemple sur l'information, sur les rapports avec les médecins et les soignants, mais aussi la logistique comme le téléphone ou la télévision qui ne fonctionnent pas. Et puis aussi le respect de l'intimité, de la dignité. Beaucoup de situations sont décrites. La CRU est un bon baromètre des dysfonctionnements. Ce qui est décrit ce sont des insatisfactions comme le temps d'attente aux urgences. L'usager voit un tas de blouses blanches et ne comprend pas pourquoi on ne le prend pas en charge plus tôt. »</p> <p>« La sortie en fin de semaine, qu'elle apprend le matin même, sans qu'un relai soit prévu au domicile. C'est très insatisfaisant aussi. Et la question de la relation qui n'est pas bonne, les réprimandes sur l'occupation d'un lit dite maladroite. »</p> <p>« Certaines choses sont constantes dans le temps : l'attente, la relation qui se détériore avec le personnel soignant. Les attentes sont restées les mêmes et la posture professionnelle est à travailler pour donner l'information en restant courtois. Mais aussi, la « clientèle » change. Il y a des exigences différentes de la part de la jeunesse.</p>	<p>Entre 2006 et 2010 à la CRU et entre 2002 et 2006 en tant que représentant de la commission du service infirmier. Il y a tout le vocabulaire de la qualité qui s'est ajoutée.</p> <p>« Pas de lien direct avec le plaignant. Il passe toujours par un médiateur »</p>	<p>« Ce que le patient voit chez l'infirmière, c'est aussi une charge de travail qui pèse sur l'infirmière et qui la rend moins disponible pour lui. Ils l'écrivent parfois aussi dans leur courrier ».</p> <p>La représentation de l'infirmière est encore datée : c'est l'infirmière dévouée. Ils ne voient pas du tout le champ d'activité de l'infirmière, ni la réforme des études. Pour eux c'est la représentation sociale de l'infirmière qui prime: dévouée et à l'écoute. Mais c'est une image favorable des infirmières. Malgré une citation d'une personne, qui ne reflète pas l'ensemble d'une équipe. «</p> <p>« Je préfère parler de rôle autonome que rôle propre pour l'infirmière. Ce relais là est peu visible de l'usager lui-même car elle est plus investie par les tâches techniques. Dans la nouvelle formation* l'enjeu est de se questionner, être un « praticien réflexif » et raisonner plus en termes d'activités et de compétences transposables dans des situations qui changent très vite. Ça aura une incidence sur la manière de recevoir les personnes. ».</p>	<p>« L'information est un thème prévalent dans les lettres de plainte. Il y a une information, qui est donnée mais ce qui pose difficulté c'est la manière dont elle est véhiculée et entendue. Informer, c'est aussi réfléchir à la démarche et l'attente de la personne, ce qu'elle recherche comme information. D'où l'importance de la reprise de cette information, qui demande une disponibilité et une écoute de ses besoins. Et le contexte n'est pas évident pour cela : turn-over des équipes, temps de transmission trop rapide. L'information entre la définition du professionnel et l'attente du patient ne se rencontrent pas toujours. Le médecin se situe dans le registre des faits. »</p> <p>« Ce qui revient aussi, ce sont les contradictions dans les informations données, ce qui pose le problème de la coordination des soins ».</p>

	<p>Pour les personnes âgées, c'est plus la famille qui va porter plainte de ce qu'elle a vécu, au nom du parent âgé. Par exemple le change imposé. Mais c'est une situation d'aliénation à repenser par rapport au contexte du service ».</p> <p>« Il y a ensuite des retours vers les services infirmiers pour vérifier ce qui est dans le courrier. Des réalités comme : une infirmière, une aide soignante pour 12-13 personnes et pas un seul soignant comme c'est écrit dans la lettre. Donc il faut être prudent sur l'interprétation de ce qui est relaté dans le courrier »</p> <p>« Il y a aussi la peur des représailles en envoyant un courrier. On peut lire aussi en filigrane dans ces courriers, un malaise professionnel qui s'exprime en se répercutant sur l'utilisateur, sous forme d'agressivité par exemple. »</p> <p>La logique des pôles n'aide pas à fixer une bonne relation. Ce qui est beaucoup pointé, c'est le nombre de personnes différentes qu'il voit par jour, au moins quinze souvent, sans personne référente. Ça renvoie à la continuité des soins et la construction de la relation qui deviennent problématiques. Les personnes sont souvent déplacées et ça peut avoir des incidences sur la prise en charge des patients. On est dans une société de l'instantané, mais la personne qui a mal et qui arrive à l'hôpital, elle se retrouve alors dans un autre temps et voit beaucoup de gens qui bougent et elle aimerait qu'elles prennent un peu plus de temps avec eux. »</p> <p>Cf dossier de presse du 24 février, rapport sur « l'année des patients et leurs droits » (édité par le Sec. d'Etat à la Santé)</p>		<p>« Il faut sortir de la croyance du spontanisme relationnel. La relation ne s'improvise pas. Le professionnel doit avoir des compétences relationnelles, pour discerner la demande du patient : dialogue, reformulation, expression d'une crainte, etc. Le manque de naturel fait qu'ils ont l'impression de jouer un rôle. Ça se travaille la posture professionnelle. Les programmes de 78 et 92 ont donné une plus grande place aux sciences humaines, mais il faut que les étudiants assistent aux cours aussi. Le relationnel est un mot très galvaudé et les étudiants qui disent « je fais ce métier pour le relationnel » sont beaucoup attirés par la technique et après des cours sur la relation d'aide, ils disent « mais on n'est plus dans la spontanéité ».</p> <p>* Référence au programme de formation de 2009 .</p>	<p>« L'utilisateur se situe dans le registre des émotions. Mais y'a pas eu d'étude sur l'information que l'utilisateur souhaite. De quelle information il a besoin ? peut-être de savoir que le médicament en perfusion va l'obliger à rester au lit, ou va l'aider à se sentir mieux au bout de tant de temps. L'infirmière est trop calée sur le modèle médical quand elle informe le patient. C'est une relation qui ne s'improvise pas du tout quand on a une vraie démarche de réflexion sur l'information au patient. L'information paramédicale est tributaire de l'information médicale et la posture est difficile quand on ne sait pas ce qui a été dit. Mais c'est parfois un faux problème et la personne a surtout besoin de reformuler ce qu'elle a entendu. Il y a un clivage générationnel fort dans la recherche d'information à travers les nouvelles technologies ». Un questionnaire de satisfaction a été travaillé avec quelqu'un de l'école de Management pour cibler rapidement les problèmes et s'en saisir plus vite. Le questionnaire initial était plus long ».</p>
--	---	--	---	---

	Evolution des patients	Rapport à l'institution	Relations avec IDE	Place de l'information
<p>RU 4</p> <p>Bénévole en milieu associatif</p> <p>Représentant à la CRU pendant Plus de 10 ans</p>	<p>« Le passage des droits du malade à ceux du patient est une période qui vient le considérer comme une personne à part entière, qui a des droits mais aussi des devoirs, comme celle de prendre sa santé en main. Mais on se rend compte de l'importance de sa santé surtout quand on est malade. »</p> <p>« Il y a un certain nombre de litiges, la plupart sur le confort, sur la nourriture, qui est assez complexe à analyser : problème de goût, de régime inadapté. Mais plus de 90% des patients sont satisfaits selon la dernière enquête. Il y a eu beaucoup de changements suite à des accords avec le prestataire. Ou c'était plutôt la présentation que le contenu. C'est aussi une question de génération selon moi. »</p> <p>« Un autre exemple de réclamation : une dame âgée qui n'a pas accepté le décès de son mari en chirurgie et a écrit que cela n'aurait pas dû arriver. Au plan médical, c'est difficile pour la CRU de dire quoi que ce soit, si l'accident était possible ou peu fréquent. Bon, c'est parti en médiation et avec les enfants et la dame et y'a quand même eu deux ou trois réunions et cela a abouti à ce que cette dame qui était très choquée par le décès de son mari, comprenne que l'accident était possible vu les antécédents »</p> <p>«Autre exemple : un accouchement qui se serait mal passé, alors que les horaires avancés dans le courrier ne collaient pas avec la réalité. Il écrivait qu'il n'y avait personne à cinq heures du matin et tout.»</p> <p>« Ce qui revient aussi beaucoup discuté aussi, c'est le passage d'un poste à l'autre, difficilement vécu par des patients, surtout âgés. Le changement de soignant. Et puis aussi le manque de préparation avant le passage en maison de retraite. C'est souvent brutal, pas anticipé. »</p>	<p>« A la commission de l'hôpital, le dialogue est difficile. Les réponses étaient toujours « on va voir. On vous tiendra au courant ». On a discuté de l'anesthésie, si l'anesthésiste doit être ou pas là après le réveil et là, les médecins présents me sont rentrés dedans. Mais j'ai toujours pas de réponse. Ailleurs on voit l'anesthésiste après l'opération. Y'a peut-être des raisons mais là, en plus y'avait un dépassement d'honoraires de soixante euros. Y'a des choses qui ont beaucoup évolué dans l'institution pour recueillir l'évolution des droits, la satisfaction. Mais je suis pas sûr que ça améliore l'exercice des droits du patient. C'est pas la paperasse qui va donner plus de droits au patient J'ai vu une évolution similaire dans le domaine du logement : multiplication des lois, des normes de plus en plus strictes, mais rien qui évolue sur le terrain. Des logements pas rénovés, des sans logis, des ascenseurs pas rénovés,...Le logement et la santé, c'est des secteurs qui ont été appauvris et des contournements de lois, des changements de financement.</p>	<p>« Le manque d'infirmières scolaires et le manque de présence des médecins à l'école rend difficile l'éducation à la santé. Il y a eu un débat entre les infirmières et les médecins sur ce qu'elles ont le droit de dire ou pas. »</p> <p>« Je me souviens dans les années 70 on parlait de la disparition des infirmières de l'hôpital moderne. Mais tout le monde sait que sans infirmières, ça marche pas ! les cycles de piqûres les machins. A l'époque, on pensait qu'il n'y aurait que des médecins, des chirurgiens et des aides soignantes. J'ai l'impression que leur rôle est mieux reconnu. Elle est quand même plus souvent là et peut mieux recueillir la confiance du patient. Elle doit être capable d'informer le malade : expliciter l'opération qui a été faite. C'est l'intermédiaire entre le médecin et le malade pour expliquer ce qu'on ne comprend pas. »</p>	<p>« L'obligation de recueillir le consentement ne va pas toujours de pair avec plus de demandes d'informations de la part des patients. Et c'est encore la majorité des patients qui est comme ça. Parfois ils préparent même les questions, mais ne les posent pas. Les médecins sont pas préparés non plus à les bousculer pour poser des questions. »</p> <p>« L'information est donnée mais on va pas rechercher si le patient a compris. »</p> <p>« Par exemple sur un questionnaire en chirurgie, on me demande si l'anesthésiste a informé des risques. Alors oui. Et avez-vous vu l'anesthésiste après le réveil ? là on me dit qu'il n'est pas là. Et donc j'ai écrit qu'il n'est pas possible de répondre à la question. »</p> <p>« Les patients savent pas grand-chose, mais ne demandent rien non plus. Ils souhaitent savoir mais n'ont pas posé de questions. C'est un problème de manque d'intérêt pour sa maladie et pour sa santé, et un manque de connaissance. »</p>

	<p>« Souvent, les plaintes ne vont pas plus loin qu'un premier entretien de médiation avec un médecin.</p> <p>« Il n'y a pas assez d'éducation à la santé. Par exemple les crédits consacrés à l'éducation à la santé à l'école, ont été supprimés. Les actions de prévention sont pas nombreuses non plus. Donc, c'est beaucoup l'éducation à la santé qui manque et le droit du malade ne peut se vivre que s'il a été éduqué par rapport à sa santé. Les retraités par exemple, ne font pas de bilans de santé alors que c'est gratuit. On fait de la prévention au primaire et chez les étudiants, mais c'est difficile ».</p> <p>« Plus de droits aux patients implique forcément la prévention et l'éducation à la santé. Les budgets pour des réunions publiques et des centres de soin, ont été rayés par la sécu. Je me fais taxer de « monsieur de l'éducatif » par les responsables de l'ARS* mais je crois que les droits des malades commencent par l'éducation à la santé. Et le citoyen n'est pas prêt à prendre sa santé en main. Il faut un effort personnel et collectif sur la santé pour s'approprier ces droits. Tout le monde ne peut pas être infirmière ou médecin mais tout le monde devrait avoir des connaissances de base en santé. »</p> <p>« Les attentes des patients ont changé et en même temps pas. Ils veulent être guéris, rassurés, mais aussi mieux soignés. Ça veut dire plus de confort, de meilleurs repas. Mais il ne faut pas réduire l'image de l'hôpital public au manque de confort alors qu'on a des soins de qualité. »</p> <p>* Agence régionale de Santé</p>	<p>A l'époque des Etats généraux de la santé, quand Kouchner est venu avec son discours, les médecins le sifflaient. C'est aussi une question de génération ».</p> <p>« Il y a un gros problème sur les dépassements d'honoraires. Par exemple en anesthésie : soixante euros pour m'expliquer les risques et me faire signer le papier et soixante autres après la radio. On a fait un dossier pour recenser les différents dépassements mais les malades veulent rien signer non plus pour dire combien ils ont payé par peur de devoir changer de médecin si ensuite s'ils ont un pépin... »</p> <p>Du côté des grandes cliniques privées, c'est difficile. Une dame que je connais, a vécu des choses effarantes: personne la nuit, des douleurs pas traitées, on ne sait pas à qui on a à faire, tout change tout le temps. Une fois sortie, elle a demandé des explications sur ses soins et la facturation. On lui a pas vraiment répondu : « nous avons les directives de notre centrale parisienne. Si vous voulez poursuivre, il faut vous adresser à eux et aux représentants des usagers ». et les gens n'osent pas le combat».</p>	<p>Aucune plainte connue contre une équipe de soin ou des infirmières en particulier.</p>	<p>« C'est une étape par laquelle il faut passer. Et les médecins actuels sont beaucoup plus ouverts. Pareil du côté infirmier ».</p> <p>« Le patient passe par un moment où il est informé mais il est aussi désarmé, se sent obligé d'attendre, sans rien demander même en étant opéré, sans demander d'explications. Le patient qui vient à l'hôpital, c'est un dépendant. Il fait confiance d'abord. Mais ils ne sont pas préparés, ils s'attendent pas à la maladie. »</p>
--	--	---	---	---

Annexe 3.d

Observations de terrain en 2006 et 2011

2006	Déroulement du travail infirmier observé	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et conditions de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée	Dénomination des patients	Dossiers infirmiers et transmissions	Relation à l'institution
MED A	<p>1^{er} jour, matin : 3 infirmières, 2 aides-soignantes. Une infirmière s'occupe de 'la technique', qui regroupe : la prise de rendez-vous pour des examens, la préparation de perfusions. la seconde traite les relevés de prescriptions et médicaments oraux et aide pour les toilettes des patients. La troisième ne fait que des toilettes en binôme avec une AS.</p> <p>2^e jour : 2 infirmières et 3 aides-soignantes ce matin. L'infirmière qui est « devant » c'est-à-dire en salle de soin, est chargée de la gestion en quelque sorte, du service ce matin : mouvements des patients prise de rendez-vous. Elle répartit aussi le travail entre les collègues en fonction de ces données. Elle remarque un</p>	<p>2^e jour ; 2IDE et 3AS, contentes parce qu'elles ont presque terminé les 18 toilettes du matin. De nombreuses portes de chambre restent ouvertes durant les soins du matin. Les soignants en prennent conscience quand je reste devant la porte. Une AS m'a dit d'entrer parce que je la regardais faire une toilette.</p> <p>Le temps est très inégalement réparti entre les patients. Le critère est d'abord le temps que nécessitent le soin et l'état du patient (par exemple, la pose d'une voie veineuse chez un patient agité a duré plus de 15 min, une aide à la toilette chez un patient sans problème particulier dure 10 min.</p>	<p>Deux services de médecine, sur deux étages. Chacun a environ 30 lits, les chambres étant réparties sur un seul couloir. 4 praticiens hospitaliers et plusieurs internes.</p> <p>Le matériel. Discussion entre deux infirmières : « on doit mendier pour des chemises d'hôpital, pour du matériel de perfusion »</p> <p>L'équipe d'après-midi discute organisation des soins et se plaint de la multiplication de la paperasse et du recopiage qu'il faut et que c'est une perte de temps. Revient aussi le problème des soins en série et du « saucissonnage des gens » auquel cela oblige Le travail en binôme est vu positivement mais la répartition des tâches ne change quand même pas.</p>	<p>Transmissions du matin à l'interne, sur la douleur d'un patient, les problèmes sociaux d'un autre. « <i>parles moi de quelque chose qui peut m'intéresser. Ce qui est important pour toi ne l'est pas forcément pour moi.</i> »</p> <p>Le chef de service désapprouve les horaires d'administration des produits de chimiothérapie. C. ne dit rien mais parle surtout du manque de personnel infirmier pour pouvoir les respecter.</p> <p>Un des médecins félicite une infirmière pour le bon déroulement d'une saignée sur un patient difficile à piquer. J. se plaint d'un manque de</p>	<p>Une patiente âgée demande si elle va aller mieux. C. la rassure, mais me dit qu'elle n'y croit pas. elle n'y croit pas « <i>je fais de laréassurance</i> » - La famille d'une dame âgée qui vient de faire un AVC lui demande si elle va récupérer. C. lui conseille de voir le médecin et « <i>ne pense pas tout de suite au pire. On a le temps</i> ». puis elle me dit qu'il y a peu de temps kiné et qu'il vaudrait mieux que cette dame aille ailleurs pour faire de la rééducation. - Demande d'une famille de savoir si leur proche peut boire. C. les suit en chambre et fait un essai avec un verre d'eau. « <i>ça va, la dame ne fait pas de fausses route. Vous pouvez lui donner à boire</i> ». - demande d'une dame de garder un peu plus longtemps un patient car elle s'en occupe au</p>	<p>Aux transmissions, les soignants utilisent différents vocables pour désigner les patients : Il y a « les colos », « les chimio », qui sont souvent en hospitalisation de jour. Terme plutôt anonyme. Il y a les Mme X et les Mr Y, qui sont là depuis quelques jours ou plus, avec qui le contact est plus prolongé. Il y a des patients qui ont un surnom, qui sont là soit depuis plusieurs semaines, soit qui sont hospitalisés de manière répétée dans le service.</p> <p>Présentation des nouveaux patients, admis ce matin, dont une dame qui a un prolapsus utérin, ce qui entraîne des manifestations de dégoût de la part de l'équipe d'après-midi. Transmission</p>	<p>Les cibles « <i>angoisse</i> », « <i>agitation</i> » et « <i>anxiété</i> » reviennent souvent. Elles décrivent alors le comportement du patient de façon très générale, reprennent un peu le discours des patients. Peu d'action en regard ou parfois, des actions non directement en rapport et qui laissent aussi transparaître un affect du soignant. Par exemple: « <i>personne retrouvée souillée</i> », « <i>on a dû lui faire un brancard-douche</i> ».</p>	<p>Les soignants semblent globalement peu informés des différentes commissions et de l'organisation administrative de l'établissement. Ainsi la commission repas ou la commission soin. Ils sont étonnés quand le cadre propose d'y participer.</p>

<p>oubli dans les prescriptions et le signale à l'interne : « <i>Chef, t'as oublié ça</i> ».</p> <p>C'est un travail stressant car tout peut changer d'un moment à l'autre : annulation d'un examen, reprogrammation, demandes d'informations des patient et des familles car elle est toujours en salle de soin. Une IDE dira à plusieurs reprises : « je suis épuisée » en fin de matinée.</p> <p>Les soins s'organisent aussi durant les pauses, comme à 11h30 ou à 18 heures, où il est possible de « <i>débrief</i> » sur la situation de certains patients et de parler de ce qu'il reste à faire et par qui. Par exemple, M. préfère faire la tournée changes avec l'AS, pour voir les patients. N. reste « devant » avec l'étudiante infirmière.</p>		<p>Le soir, l'infirmière fait le Lovenox à une personne qui est sur le bassin parce qu'elle fait sa tournée Lovenox et qu'elle arrive à sa chambre. Sa collègue réinstalle les personnes avant le repas. Elle a du mal à remonter une dame dans son lit, s'énerve mais n'appelle personne. L'infirmière qui distribue les médicaments répond qu'une collègue va passer, à une dame qui lui demande le bassin.</p> <p>Les IDE disent que c'est plus fatiguant d'être « devant » que de réaliser les toilettes. Le suivi des patient au long cours est difficile aussi car ils reviennent parfois aussi pour « fin de vie ».</p> <p>trois admissions ce matin. L'infirmière centralisatrice » dit « je suis épuisée » à trois reprises. Une collègue lui propose de prendre le relais pour ce matin. Une quatrième admission,</p>	<p>dialogue et d'information de la part des médecins. Les IDE ne participent plus aux visites hebdo des médecins. C'est perçu de deux manières:« <i>on est juste bonnes à porter les dossiers et à chercher les radios</i> ». Mais « <i>c'était intéressant, on avait plains d'infos et on comprenait le pourquoi des examens et les diagnostics. Si on veut de l'info maintenant, il faut aller la chercher.</i> » «<i>Avant, il y avait une réunion de staff une fois par semaine vers 11 heures et on avait un retour. Maintenant avec l'endoscopie, les médecins sont trop occupés.</i>» Le dossier médical se trouve dans un chariot séparé des dossiers infirmiers. Les rapports avec le chef de service semblent assez distants. Les</p>	<p>domicile mais elle va se faire opérer bientôt. J lui répond de voir avec le médecin. Elle me dit «<i>y'en a bien qui restent des mois !</i>». - Demande d'une dame de déplacer son frère dans une chambre seul pour éviter les odeurs « <i>infestantes</i> » du voisin. L'équipe du matin répond qu'elles vont voir ce qui est possible. « <i>Il faudrait que les chambres sentent bon et que ce soit de l'eau minérale gazeuse qui coule des robinets</i> », «<i>Ils veulent des chambres seul qui sont réservées aux patients présentant des problèmes médicaux particuliers</i> » -La patiente âgée, qui lui demande « <i>est-ce que je vais mourir ?</i> » alors qu'elle lui prend la tension. Elle lui répond de ne pas trop s'inquiéter. Dans le couloir, elle me dit que les croyances des patients sont respectées dans le service. Un aumônier peut intervenir. Sa collègue ajoute que</p>	<p>d'un manque d'hygiène de la part de cette dame : elle se mettrait du sang sur les mains alors que sa profession est de vendre des fruits et légumes. (à comparer avec les soins sales et les normes d'hygiène qui pèsent aussi sur les soignants).</p> <p>Ce qui a trait à la sexualité, comme la pathologie ici ou une patiente accusée de porter une tenue trop sexy, est tabou, rejeté par les soignants.</p>		
--	--	---	---	--	---	--	--

			<p>des urgences, est demandée. L'interne la décale au début de l'après-midi. L'infirmière le remercie.</p>	<p>infirmières lui parlent peu, et sur un ton neutre. Le rapport est plus direct avec les internes. Elles les taquent fréquemment, se permettent de répondre à leurs remarque, voire de les « remettre en place ».</p> <p>Un patient se trouve est placé en isolement mais sa famille n'a pas été prévenue. Les infirmières reprochent au médecin de ne pas les avoir informés. Elles leur explique les précautions à prendre. Elles restent vagues sur le traitement prévu pour l'infection et les orientent vers le médecin pour ces questions.</p>	<p>cette dame a posé la même question hier mais qu'elle a surtout besoin de réassurance.</p> <p>- pose d'une voie veineuse à un patient âgé, confus et un peu déshydraté. Le soin est difficile, il se débat.</p> <p>- « <i>vous êtes payés pour ça</i> » répond une famille à une AS qui leur proposait d'aider son proche à manger. Cette remarque est prise comme un manque de reconnaissance de leur travail.</p> <p>-Tournée du soir : elle pose des questions sur : le moral du patient supporte le traitement, s'il mange, comment il dort, s'il a mal et parle des fleurs dans la chambre ou du programme télé ..</p>			
--	--	--	--	---	---	--	--	--

2006	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée	Dénomination des patients et autres.	Dossiers infirmiers et transmissions	Relation à l'institution
MED B	<p>Deux unités de 27 lits d'hospitalisation chacune. Il y a également deux unités plus petites dont l'une de soins continus, fermée pour l'été.</p> <p>Les infirmières se répartissent les chambres en trois secteurs, les deux aides-soignantes sont affectées à un secteur mais viennent aider au troisième si nécessaire. Les pauses se prennent que rarement en commun, les transmissions sont séparées, chacune à un bureau, devant le planning mural de son secteur.</p> <p>Les soignants de chaque secteur se succèdent pour faire les transmissions à l'équipe de nuit. Ils posent aussi des questions comme : Une patiente est en fin de vie, où en est la famille ? Comment ils le vivent L'infirmière a beaucoup parlé avec</p>	<p>La durée moyenne de séjour des patients est de douze jours. C'est une durée qui s'est beaucoup réduite ces dernières années.</p> <p>Tournée avec B. à 8h Pour elle « on ne s'occupe pas du patient, on a un peu plus le temps le matin, mais l'après-midi, y'a tous les papiers et l'administratif à faire, alors on les voit moins »</p> <p>Une IDE qui travaille habituellement dans un autre service, dit : « aux soins intensifs, on connaît mieux le patient, plus dans sa globalité ». Les toilettes ne sont pas à laisser à l'aide-soignante.</p> <p>Elle trouve que les jeunes infirmières ou les stagiaires ne veulent pas faire de toilettes, qu'elles se comportent comme</p>	<p>Une infirmière avec 14 ans d'expérience trouve qu'il y a beaucoup de changement avec les jeunes infirmières. Elles viennent « juste travailler ». « Nous, on avait le feu sacré ». « Les soins sont plus longs, les effectifs de plus en plus réduit ». Elle ne faisait pas de toilettes, alors qu'ici, elle doit faire aussi le « travail aide-soignant ». Elle pouvait suivre la visite des médecins, était mieux informée sur les patients, connaissait leur « diagnostic, leur créatinine. Maintenant, si on veut une info, il faut la chercher ».</p> <p>15h :La fille d'une patiente en fin de vie est en larmes dans le couloir. Une infirmière l'emmène à la salle de bain est le seul endroit du service où elles risquent le moins d'être interrompues. Il y a du passage partout ailleurs. Le</p>	<p>Un interne discute avec une infirmière concernant une prescription qui n'a pas été appliquée. L'infirmière est visiblement embarrassée et dit qu'elle va aller vérifier sur leur planning. Deux internes en discutent entre eux de F., qui n'a pas voulu répondre à une de leur demande (mais je ne sais pas laquelle). « On peut pas discuter avec cette infirmière ».</p> <p>Une infirmière trouve positif qu'elles soient souvent consultées par les médecins sur l'état général des patients, les plaies et leur évolution, mais jamais sur les traitements envisagés par exemple, alors qu'elles se posent</p>	<p>- réfection d'un pansement d'ulcère variqueux chez un monsieur qui connaît des complications de son diabète. Des échanges sur le ton de l'humour ont lieu pendant le soin. Il demande s'il va se faire opérer. L'infirmière répond qu'elle n'en sait rien et qu'il faudra demander au médecin au moment de la visite. Nous échangeons autour du risque d'une amputation dans le couloir, qui ne fait aucun doute pour elle..</p> <p>- une infirmière partage sa difficulté avec une collègue sur la prise en soin d'un patient douloureux, difficile à soulager. « Tous les soins lui font mal ». L'autre lui propose de faire le soin avec elle.</p> <p>- Aide au lever très difficile et effectué de force chez une dame âgée désorientée. G. lui explique que c'est</p>	<p>Les médicaments sont déposés en parlant de « hors d'œuvre », d' « apéro », de « bonbons ». Durant sa tournée, B, réponds aux questions, demande aux personnes si elles ont besoin de quelque chose.</p> <p>-« hospitalisme » : désigne le comportement de patients ou de familles qui viennent demander plusieurs fois la même chose à plusieurs personnes différentes dans l'équipe.</p>	<p>Transmissions de la mi-journée : un patient héroïnomane va arriver. Il faut le perfuser cet après-midi. « Ca va être la misère ! » dit l'infirmière en poste l'après-midi.</p> <p>« La patiente anorexique a encore perdu du poids, elle est à 31 kg. Mais pourquoi elle est pas dans un service plus adapté ? »</p> <p>Une dame âgée a fait sous elle au fauteuil. « Elle nous a fait partout ce matin. Et en plus elle m'a fait une hypo! »</p> <p>Il y a une grande différence entre le discours pendant les soins et le discours aux transmissions, qui font office aussi de défouloir. Je me dis que ce n'est pas qu'une information qui est transmise,</p>	<p>- « Le turn-over des patients est bien plus rapide ces dernières années. Le service social s'est amélioré et explique aussi cela. »</p> <p>Dialogue avec la cadre de l'unité : - « le cadre a une position privilégiée pour apporter un débat et favoriser un dialogue entre les équipes médicale et paramédicale ». Souvent, elle prend la balle au bond de faire émerger une discussion, en entendant les infirmières évoquer leurs difficultés ou émettre un questionnement sur un patient. « Parce que aussi les niveaux de discussion vont être différents, entre des médecins se posant la question d'un traitement et</p>

<p>une de ses filles cet après-midi. J'accompagne B. dans sa tournée, la première de la nuit, qui lui sert à « <i>prendre le pouls du service</i> » comme elle dit : voir les admissions, veiller à l'installation, donner les médicaments du soir, etc.</p> <p>Les infirmières utilisent un chariot pour chaque type de tournée : constantes, changes et réfection de lits, prélèvements capillaires, distribution des médicaments, etc.</p>	<p>« <i>des petits médecins</i> ». Pour elle, ce changement est dû en partie à l'image de l'infirmière dans la population, image de technicienne, de piqueuse, à laquelle les jeunes infirmières sont plus sensibles.</p> <p>Une infirmière me disait en entretien qu'il y a peu de temps pour dialoguer dans l'équipe sur les prises en charge. Je lui demande s'il existe des groupes de supervision dans le service. Elle semble prendre la question de haut : « <i>trop de travail, après y'a ceci et cela à faire, le relevé de la visite, la relève, les transmissions, et après on a envie de partir, on a des obligations familiales aussi,....</i> »</p>	<p>service ne dispose pas d'une salle pour accueillir les familles.</p> <p>16h30 une note de la direction enjoint tous les services de fermer les volets à cause de la chaleur. L'infirmière me dit : « <i>ils décident des trucs pour dire qu'ils décident des trucs. Mais c'est pas à 16h30 qu'il faut faire ça, c'est déjà à 10h du mat' ! et puis les personnes de ce service sont adultes, elles sont assez grandes pour prendre leurs responsabilités et baisser leur volet.</i> » Le cadre précise que la commande de brumisateurs est « <i>seulement pour les patients</i> ». Réplique d'une aide-soignante « <i>Et les soignants alors !</i> ».</p>	<p>souvent des questions sur la possibilité ou l'opportunité de tel traitement. Pour plusieurs infirmières du service, les médecins ne voient qu'un côté, plutôt biologique, mais que elles voient que le patient est de plus en plus mal à chaque fois qu'il vient pour une chimio par exemple.</p> <p>Certaines ont déjà été en désaccord avec des décisions médicales. Elle en a alors parlé avec le reste de l'équipe soignante puis avec les médecins, « <i>mais ils ont le dernier mot</i> ». Mais l'application est faite « <i>même si on est pas d'accord, ça n'interfère pas avec les soins</i> ».</p>	<p>mieux pour le dos et les fesses, pour la respiration aussi. Puis elle répète que « <i>c'est très important</i> », que « <i>c'est le médecin qui l'a dit</i> », que « <i>c'est pour dix minutes seulement</i> ». Devant le refus de la patiente, elle appelle une collègue et la lève. La dame se laisse glisser au sol. G. menace de la renvoyer à la maison de retraite si elle ne veut rien faire ici.</p> <p>- les situations de violence sont toujours mal vécues, mais relatées comme si cela faisait partie du travail « <i>On m'a jamais frappée vraiment, parfois des griffures, mais c'est tout. Et il s'agissait de patients éthyliques, déments ou douloureux</i> ».</p> <p>- information à une patiente sur la gastroscopie prévue le lendemain. La patiente semble affolée quand l'infirmière F. lui en parle.</p>		<p>c'est aussi de son ressenti du soin, dont l'infirmière n à ses collègues. La façon dont le ou la soignante l'a vécu.</p> <p>Un quart d'heure pour transmettre les informations concernant huit patients. Elles s'attardent un peu plus sur certains, comme « <i>la mamie qui ne mange presque plus</i> », ou un problème relationnel entre un mari et son épouse hospitalisée. « <i>Il parle beaucoup. Il vit très mal que sa femme soit de plus en plus désorientée</i> ».</p> <p>Un patient est à transfuser cet après-midi mais les RAI** dataient du 17/07. Le médecin a dit que c'était bon « <i>mais le CTS*** aurait refusé la commande, alors j'ai piqué des RAI, c'est 3 jours normalement</i> »</p>	<p><i>les infirmières se questionnant sur l'évolution d'une plaie en refaisant le pansement. Le cadre peut faire se rencontrer ces niveaux de raisonnements par exemple.</i> »</p> <p>- Lors d'une pause d'après-midi : discussion à propos d'une patiente que les soignants enferment dans sa chambre. Elle est très désorientée et présente un risque de fugue. Les soignants s'interrogent sur la capacité de l'hôpital d'accueillir ce type de patient.</p> <p>- En salle de soins, les trois infirmières lisent une note de service rappelant la manière de préparer une perfusion de Perfalgan. Cette note fait référence à une embolie gazeuse qui s'est produite</p>
---	---	--	---	--	--	--	--

				<p>« Vous devez être à jeun à partir de minuit. Ils vont vous faire avaler un tuyau pour regarder ce qui se passe dans votre estomac ». La dame répond : « mais je veux pas ça!». F. sort de la chambre et me dit : « De toutes façons, les gens ne nous écoutent pas. Je reviendrai chez elle plus tard lui réexpliquer. Et puis je suis là demain matin, j'aurai le temps »</p> <p>- une dame qui touche à son PSE* se fait réprimander par F. « vous ne devez pas toucher aux boutons, c'est dangereux pour vous. Vous risquez de vous injecter plus de produit que ce qui est prescrit. Il ne faut pas y toucher !»</p> <p>* Pousse Seringue Electrique</p>		<p>** recherche d'agglutinines irrégulières, test sanguin effectué obligatoirement avant une transfusion.</p> <p>*** Centre de Transfusion Sanguine</p>	<p>récemment chez un patient dans l'établissement. Elles comparent alors leurs pratiques et se demandent si elles sont conformes «En tout cas, j'aimerais pas causer une embolie gazeuse ».</p> <p>- l'équipe note souvent une incompréhension du travail de terrain par l'institution.</p>
--	--	--	--	---	--	---	---

2006	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée	Dénomination des patients et autres.	Dossiers infirmiers et transmissions	Relation à l'institution
MED C	<p>- Le pôle est composé de 2 services, sur deux étages. Le service du rez-de-chaussée comprend 30 lits, dont 6 chambres seuls. Les autres comportent deux lits. L'équipe est jeune, presque tous entre 20 et 30 ans, avec un turn-over assez rapide 5 ans d'ancienneté dans le service au maximum. La diversité surtout, attire le personnel. Des jeunes en particulier, « <i>parce qu'on apprend beaucoup</i> », dit l'un des infirmiers. Mais « <i>la charge de travail importante fait qu'on ne reste pas.</i> »</p> <p>- Une réunion de synthèse a lieu une fois la semaine pour chaque service. Le jeudi au rez-de-chaussée et le mardi pour le service du premier étage.</p> <p>- Ce matin, deux infirmières et trois aides-soignantes travaillent. Les</p>	<p>Le temps des soignants et celui des patients sont différents.</p> <p>Une fonction « bureau » est assurée en alternance par les infirmières. L'infirmière-bureau gère tout l'administratif, les prises de rendez-vous des patients pour des examens, le remplissage des dossiers d'admission, des bons de labo, etc. Cette fonction est qualifiée d'« <i>ingrate</i> » par les infirmières, peu l'apprécient. En effet, <i>il faut faire face à l'agressivité parfois des interlocuteurs au téléphone. C'est un relais d'informations multiples, compliquées à gérer en même temps. On demande à la personne des infos et des réponses immédiates, ce</i></p>	<p>Les brancardiers n'ont pas le droit d'entrer dans les chambres, donc ce sont les soignants qui transportent les lits jusqu'à un sas à l'entrée du service où les brancardiers viennent récupérer les patients. L'attente dans ce sas peut être de plusieurs minutes.</p> <p>« <i>Normalement, la tournée de 11h se fait avec l'infirmière</i> » me dit M, aide-soignante. « <i>Mais là elle est partie prendre les constantes ailleurs</i> », Elle continue et administre deux lavements « <i>on peut pas compter sur L. pour ça</i> ». L. lui propose de faire les lits avec elle après les départs. Finalement, l'aide-soignante les fera seule.</p> <p>Transmissions de 13 heures : Evocation de l'infirmière de sa charge de travail dans ce service « <i>j'ai même pas eu le temps de déjeuner</i> »,</p>	<p>L. me prend quelquefois à parti : « <i>pourquoi prendre une tension allongé puis debout chez une personne qui de toute façon se lève seule et marche dans le couloir ?</i> »</p> <p>L. exprime spontanément un problème d'organisation dans le service. Les prescriptions faites à la dernière minute et toujours estimées urgentes par l'interne. Il n'écoute semble-t-il pas la demande de pondération et les remarques de différer certaines applications « <i>c'est toujours tout de suite, pas de priorisation. Mais bon, on joue le jeu aussi parce qu'en fin de compte, on le fait quand même</i> ».</p>	<p>Je me dis que la relation infirmière patient est toujours médiatisée par quelque chose : un médicament à donner, une injection à faire, comme à la jeune dame que je viens de voir. L'écoute est là, mais elle a tel soin précis comme support.</p> <p>10h30 - Les aides-soignantes rangent leur matériel et repassent dans les chambres voir si tel patient a besoin de quelque chose, faire un « petit coucou » à tel autre.</p> <p>- Une infirmière qui entre dans une chambre, dit « <i>bonjour</i> » et vérifie les perfusions par exemple. Une aide-soignante qui entre dans la même chambre, dit « <i>bonjour</i> » et touche le patient, son pied, son épaule.</p> <p>-A. doit effectuer un</p>	<p>un patient « <i>soins palliatifs</i> » qui dit qu'il en a marre, qu'il tient pour sa famille uniquement</p> <p>Quelques remarques désapprobatrices concernant des patients : un monsieur SDF « <i>qu'est-ce qu'on va en faire ?</i> » ou une dame obèse « <i>elle se nourrit pas de l'air qui court, ça c'est sûr</i> ».</p> <p>M. l'autre infirmière, ramène une dame dans sa chambre, en fauteuil roulant. Elle se plaint de l'exiguïté de la chambre, qui l'oblige à faire le transfert du fauteuil au lit de façon plus difficile pour l'une et l'autre, en face à face. Une autre dame réclame « <i>un foen</i> » à plusieurs reprises M. demande de</p>	<p><u>Transmissions de 13h30</u></p> <p>Elles se font par secteur (il y en a deux), chaque équipe dans une pièce. Le même format pour chaque patient : Motifs d'admissions des nouveaux patients, bilans faits, restant à faire. Puis Anecdotes sur le week-end (nous somme lundi) et évocation des problèmes d'organisation de la matinée.</p> <p>Demande d'infos par l'infirmier d'après midi, à sa collègue du matin : « <i>c'est quoi le protocole de surveillance post-biopsie ?</i> »</p> <p>Les aides-soignantes se font aussi des transmissions à part. Je ne sais pas si c'est l'habitude dans ce service.</p>	<p>C. rentre tout doucement dans une chambre, dépose les médicaments et ressort très rapidement. Elle m'explique que le patient est avec les médecins mais qu'ils n'ont pas mis la présence. Elle me raconte qu'avant qu'elle parte en congé maternité, il était d'usage que les médecins utilisent un panneau « sens interdit » pour signifier leur présence dans une chambre. Elle ne sait pas qui avait mis ça en place. Ce n'est plus fait maintenant.</p> <p>Temps de travail, RTT, d'un projet qu'avait eu la direction contre le gaspillage, pour la mise en place d'un système informatisé de gestion du temps</p>

<p>toilettes sont terminées pour ce premier matin.</p> <p>- Extraits de la fiche de poste IDE :</p> <p>- Relations fonctionnelles : médecins, ass. Soc., kiné, personnel d'autres unités, prestataires de services, laboratoire, pharmacie, bénévoles, aumônerie, associations de malades, IFSI.</p> <p>- Missions : cherche à identifier les besoins des patients dont elle a la charge. Effectue les soins qui en découlent, sur prescription ou dans le cadre de son rôle propre. A la responsabilité d'un secteur de soins ou coordonne les soins des deux secteurs. Organise et planifie le travail d'un secteur en tenant compte des priorités. Est responsable des soins délégués à l'AS et à l'ASH. Gère le matériel de l'unité et les différentes commandes. Assure les commandes de pharmacie et la</p>	<p>« on » étant aussi bien le médecin que les autres infirmières, aides soignantes et ASH. Une IDE dit : « Dès qu'on est en salle de soins et que quelqu'un a besoin d'un renseignement, même si cela ne la concerne pas directement, la personne est renvoyée à l'infirmière de bureau, qui n'est peut-être pas la personne concernée par le problème ». Par exemple, un patient entre au bureau et dit qu'il a un problème avec sa demande de cure post-désintoxication. Il circule et gesticule tout en parlant. L'infirmière reste assise sur sa chaise, ne le quitte pas des yeux, l'écoute, lui répond calmement d'en parler au médecin pour trouver une solution.</p> <p>Tournée médicaments avec N. Ca fait 3 ans</p>	<p>Remarques compatissantes de l'équipe d'après-midi « veux-tu prendre 10 minutes pour manger un bout et on termine les transmissions après ? » « non, merci, je mangerai chez moi. Je préfère qu'on termine ok »</p> <p>8h : Je me présente à une infirmière, B, qui elle me dit de voir avec sa collègue « parce que là on va faire un brancard douche et c'est rien d'intéressant ». Elle l'installe sur le brancard avec l'aide-soignante, mais difficilement parce qu'il est très corpulent. Elle lui parle fort, me jette un regard « il est sourd, faut pas vous inquiéter ». Elle le couvre d'un drap et l'emmène à la salle de bain.</p> <p>Réunion pluridisciplinaire hebdomadaire. C'est une mise en place est récente. Même si le temps passé sur chaque patient est court, cela permet de poser les problèmes,</p>	<p>Relève des prescriptions 11h:</p> <p>-La prescription sur un dossier, de latéraliser un patient déclenche le rire des infirmières parce qu'il y a un plan de latéralisation affiché dans la chambre. Celle du matin demande à celle d'après-midi, de le rappeler au médecin.</p> <p>-Prescription d'un lavement pour la même patiente. L'infirmière du matin demande à sa collègue de ne pas le faire ou de questionner le médecin sur le pourquoi de la prescription, vu que la dame a eu des selles ce matin.</p> <p>Discussion avec L. et N. en salle de soins : Les médecins et la morphine : « c'est seulement quand les gens sont en fin de vie, par crainte de la dépression respiratoire ».</p>	<p>prélèvement urinaire sur sonde.</p> <p>- Injection de Lovenox à Mme Y, lui demande comment elle va, puis va voir Mr M. qui a toujours sa perfusion mais dort mal car il a peur qu'elle se détache et qu'on ne doive le repiquer.</p> <p>-Dans le couloir, une conversation un peu houleuse entre une aide-soignante et une patiente qui demande à changer de chambre parce que sa voisine a une mycose sous les seins « mais comment elle sait ça ? » demande A</p> <p>- Prise de tension mais diffère un lavement au Normacol prévu chez une dame qui fait la sieste.</p> <p>- A passe ensuite un long moment chez un patient douloureux. Il exprime ses difficultés à subir beaucoup d'exams</p>	<p>l'aide pour refaire un lit, pour nettoyer chez une dame qui a fait pipi par terre, répond à l'autre dame qu'elle n'a pas le temps de lui apporter le sèche-cheveux pour l'instant.</p> <p>Remarque sur une patiente qui réclamait jusqu'ici de l'aide pour sa toilette « en fait elle se débrouille seule. Elle est autonome. On s'est fait avoir » Une dame a demandé que son père de 90 ans hospitalisé sorte. Il s'occupe de son épouse qui a une maladie d'Alzheimer. La dame est suspectée par l'équipe de ne pas vouloir s'occuper de sa mère. Le ton change quand l'équipe aborde le cas d'un patient chez qui on vient de découvrir un lymphome avec envahissement médullaire ainsi qu'un tassement vertébral d'origine métastatique.</p>	<p>- Transmissions Les équipes de matin et d'après-midi bavardent de tout et de rien, de leurs vacances passées ou à venir, du temps. Sur les personnes admises le matin : âge, antécédents, stade des investigations, examens faits, examens à prévoir, bilans bio faits et à prévoir. Le ressenti du patient est évoqué si l'infirmier a pu passer un peu de temps avec lui, comme Y. qui transmet les difficultés rencontrées lors de la pose de perfusion chez le Mr et les choses que celui-ci vit moyennement bien ici. Autre ressenti évoqué : celui d'une dame qui a fait une TDS médicamenteuse et qui dit qu'elle « en a marre ». L'équipe d'après-midi se dit qu'il faut être attentif à</p>	<p>de travail mais dont la mise en place aurait finalement coûté plus cher que les économies envisagées, par rapport aux heures supplémentaires qui auraient été ainsi comptabilisées, d'où abandon du projet.</p>
---	---	---	--	---	--	---	--

<p>gestion du stock de produits stupéfiants. - <u>Compétences Relationnelles</u> : patience, tolérance, ouverture d'esprit, discrétion, disponibilité, être agréable, chaleureuse, respect de l'éthique professionnelle. <u>Compétences pédagogiques</u> : créative, observatrice, esprit d'initiative, curiosité intellectuelle, sens des responsabilités, conscience professionnelle, logique, capacités d'adaptation, respect du secret professionnel. <u>Compétences techniques</u>: dextérité, rapidité, précision, rigueur, ordre, méthode.</p> <p>Le cadre se pose d'autres questions aussi : <i>comment faire ressortir le temps relationnel des soins ? Comment par exemple, quantifier le temps passé à construire un projet de réinsertion pour le monsieur qui sort de prison ?</i></p>	<p>qu'elle travaille. Elle est venue juste après son diplôme. Elle a demandé une mutation pour septembre, plus près de chez elle « <i>surtout pas de médecine, j'ai envie de voir autre chose</i> ». Elle est déçue surtout par le manque de temps à consacrer au contact, à discuter avec les gens.</p> <p>- 11h15 : N. dit à une patiente qu'elle doit aller au scanner à 11h30. « <i>Non</i> » répond la patiente. « <i>Si</i> » répond N. « <i>ils viennent d'appeler ; vous avez scanner à 11h30, je viens de le voir</i> ». Je demande à N. pourquoi elle crie. « <i>Je sais pas. Peut-être elle se sent agressée ?</i> »</p> <p>- un patient est attaché au lit. N. ne l'a jamais levé « <i>parce qu'il ne tient pas sur ses jambes.. Mais il arrive parfois à ôter ses attaches</i> ». La contention « <i>oui, ça doit être une</i></p>	<p>de faire le point, d'assurer une cohésion dans l'équipe. « <i>On ne peut pas vraiment parler de décision partagée parce que le plus souvent, elles sont déjà prises, mais l'infirmière a un temps de parole qui lui permet de faire remonter certains problèmes, en plus des transmissions qu'elle fait au quotidien à l'interne.</i> » m'explique le cadre.</p> <p>Dans l'après-midi, les deux infirmières reviennent sur la réunion de synthèse. « <i>c'est intéressant, on apprend beaucoup de choses et on fait un point sur la situation globale de chaque malade.</i> » « <i>c'est important d'avoir les autres intervenants, kiné ou diététicienne, qu'on ne voit pas forcément beaucoup et aussi on ne pense pas à tel ou tel problème qu'ils remarquent eux. Ça permet aussi de « décloisonner » la communication entre les fonctions, médecins soignant</i></p>	<p>Elles se disent qu'il « <i>y a d'abord d'autres effets secondaires avant la dépression respiratoire et qu'on ne devrait pas laisser souffrir des fois les gens</i> ». Pour eux « <i>ne pas réanimer</i> » signifie « <i>ne pas envoyer en réanimation</i> ». Mais elles trouvent que ça va trop loin des fois, dans ce qui est fait ici. Pour L., « <i>ne pas réanimer</i> » signifie pas d'examen complémentaires, arrêt de certains traitements. « <i>Avec les personnes en fin de vie, c'est difficile, on essaie de passer plus souvent en chambre, de faire plus de nursing. Ce qui est difficile, c'est d'aller encore faire des prises de sang ou pire, de voir la prescription d'une pose de stomie dans le dossier.</i> »</p>	<p>-Y. doit reposer une perfusion. Il m'explique qu'il faut changer le cathéter périphérique tous les quatre jours. - Hémodultures à prélever chez une dame : P. lui réexplique les étapes, puis dans la chambre, dit à la patiente que c'est l'étudiante qui va faire la prise de sang, mais qu'elle restera à côté d'elle.</p> <p>- Tournée médicaments avec C. Elle passe rapidement de chambre en chambre et dépose les médicaments. Une dame lui parle de sa constipation, elle lui donne un sachet de Duphalac et lui demande de signaler ensuite si ça a suffi.</p> <p>Dans le couloir, la petite fille d'un patient demande des nouvelles de son grand-père, et une vessie de glace. L'infirmière lui répond avec beaucoup d'hésitation jusqu'à ce qu'elle dise qu'elle est elle-même</p>	<p>« le pauvre » « est-ce qu'il est au courant ? », « mon Dieu, c'est terrible ! »</p> <p>Le patient du 302 est méchant a été agressif tout le week-end. Il a des antécédents d'alcoolisme et d'intoxication aux benzodiazépines. Il ne s'est pas lavé ce matin. « je ne le laverai pas. Il crie, il insulte, il tape. J'ai dit à l'interne de le faire sortir. Il part demain ».</p> <p>Un journal que lui a donné un patient porte le titre est « j'ai 250 orgasmes par jour ». « <i>Pourquoi il m'a donné ça à moi ?</i> » se demande M. L'article fera rapidement le tour du service avec des remarques quelquefois amusées, mais le plus souvent choquées.</p> <p>« <i>je supporte pas ce Mr</i> » « <i>il est vulgaire</i> » « <i>il est obsédé</i> » car il a</p>	<p>son état d'esprit et à son discours.</p> <p>Une patiente, jeune, refuse de prendre les médicaments qu'elle lui apporte et dit qu'elle n'a pas pris non plus ceux du matin. L'infirmière le consigne. Une fois sorties de la chambre, elle me dit « ben, c'est son droit, de ne pas vouloir du traitement ».</p>	
---	---	--	---	---	--	--	--

	<p>De manière générale, comment valoriser ce temps ? Y compris ces temps de réunion qui ont leur importance pour la continuité des soins et leur cohérence, ainsi que la suite de la prise en charge ? se demandait-il.</p>	<p><i>prescription médicale chez lui, mais j'étais pas là, je sais pas</i> ».</p> <p>- distribution des médicaments pour midi. Une patiente a laissé les comprimés donnés à 8 heures dans leur godet. N. lui demande ce qu'en dit le médecin ; pas de réponse. N. lui dit qu'elle ne lui donne pas ceux de midi puisque ce sont les mêmes que ce matin. Elle note la non-prise sur le dossier et passe à la chambre suivante.</p>	<p><i>par exemple, et ça permet une meilleure entente. On peut poser des questions directement, sur les traitements.</i> »</p> <p>Une patiente est arrivée la veille, infectée au VIH et ex-toxicomane, atteinte également de toxoplasmose. Elle se serait mise à cracher et l'infirmière de service, absente aujourd'hui, aurait fermement demandé à l'interne de prescrire un isolement contact. (j'apprendrai plus tard que cette infirmière est enceinte). Le médecin n'est pas d'accord car le VIH ne réclame que des précautions standard.</p>	<p>Critique du côté « brouillon » du médecin, qui semble prescrire un peu en ordre dispersé, revenant à des dossiers déjà traités. L'interne entre dans la chambre demander à A. si la dame du 8 a bien été piquée ce matin « <i>Non, est-ce à faire encore maintenant ?</i> » « <i>je préférerais</i> » répond-il, et sort de la chambre.</p>	<p>infirmière. N. semble réticente à lui parler, elle reste évasive, répond avec un temps d'attente, cherche ses mots « il est pas très bien ». La jeune femme ajoute qu'elle est infirmière en cardio. Le dialogue semble facilité. N. répond que la tension est de tant, qu'elles ont essayé de repiquer le site mais il est infectieux et il a fait une poussée de fièvre puis une chute de tension, qu'il a ensuite reçu de du liquide de remplissage, ce qui a fait remonter la tension à 12. L'anticoagulant est suspendu en prévision de l'intervention chirurgicale pour retirer le site et en poser un autre.</p>	<p>demandé à une AS si ça lui arrivait aussi (allusion à l'article), ou embarrassées « <i>je veux même pas le regarder ce journal</i> ».</p>		
--	---	---	--	--	--	--	--	--

2006	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée	Dénomination des patients et autres.	Dossiers infirmiers et transmissions	Relation à l'institution
MED D	<p>Le service comporte 28 lits le long d'un même couloir.</p> <p>Ce matin 3 infirmières travaillent mais l'une d'elles est déjà partie. Deux aides-soignantes, une étudiante infirmière et une élève aide soignante. Il y a également deux médecins et trois internes.</p> <p>Les après-midi, il y a deux infirmières, une aide-soignante, une élève aide soignante et une étudiante en médecine qui effectue son stage infirmier.</p> <p>Les deux infirmières préparent leurs médicaments, programment leurs soins. L'élève aide-soignante et l'étudiante en médecine font la « tournée constantes ». Elles font ensuite leur rapport. Aujourd'hui, deux patients ont de la fièvre. Les infirmières travaillent le jour et</p>	<p>Un monsieur a arraché sa sonde urinaire ce matin et a fait une hémorragie importante. Une sonde trois voies a été reposée pour permettre un lavage en continu. « <i>Il est attaché ?</i> » demande à deux reprises l'infirmière d'après-midi. « <i>non pas encore</i> »</p> <p>- Une dame atteinte de démence attend une place en maison de retraite ou un long séjour. Elle a tapé l'élève aide-soignante. L'aide soignante d'après-midi la taquine « <i>Qu'est-ce que tu lui as fait ?</i> ». Gênée, l'élève répond : « <i>je croyais que je lui avais fait du bien</i> ». L'infirmière la rassure « <i>elle tape souvent. Hier c'était l'élève infirmière</i> ».</p>	<p>Des patients que les infirmières connaissent comme voisins ou apparentés à eux, sont régulièrement accueillis. Le Service informatisé pour ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses et les validations infirmières des traitements.</p> <p>Les infirmières ont du s'adapter récemment à administrer des traitements de chimiothérapie, avec l'arrivée d'un nouveau médecin. Cette orientation nouvelle a modifié aussi le profil des patients accueillis ainsi que la charge de travail. Impression qu'elles s'occupent de ces patients « <i>comme</i> » ceux de médecine interne, qu'elles manquent de formation spécifique pour suivre les patients atteint de cancer. » Elles confirment elles-mêmes au cours</p>	<p>A. relève les prescriptions et s'aperçoit que le médecin veut perfuser une dame. Etonnement d'elle et de sa collègue R., qui n'hésitent pas à aller lui demander pourquoi cela s'impose et ce qui se passe avec cette dame. Remarque de l'aide-soignante « <i>mais il vient juste de passer en salle de soins, pourquoi il me l'a pas dit ? Il a une langue quand même !</i> »</p> <p>Pour le patient qui a 40°, A. demande à l'interne s'il y a autre chose que du Perfalgan. Il répond : « <i>ok, surveiller toutes les 30 minutes et poser des vessies de glace</i> ».</p>	<p>R. pose une perfusion. Elle regarde le patient, elle lui pose des questions sur sa vie à son domicile : qui lui fait à manger, qui s'occupe de lui ?</p> <p>Tournée glycémies avec M. Quatre patients à voir. - elle parle en alsacien à une dame qui a du mal en français et qui ne comprend pas bien le changement de traitement. R. lui explique : « <i>le médicament contre le diabète est mauvais pour le rein. Et Comme les vôtres sont un peu limite, on les nettoie avec une perfusion. On va voir comment sera votre taux de sucre. Il a augmenté l'insuline ce soir</i> ».</p> <p>- Une autre dame âgée et grabataire sursaute à la piqûre du prélèvement de sang. Elle lui prend la main, rapproche son visage du sien et lui dit « <i>je sais, ça vous</i></p>	<p>Questionnement de l'équipe au sujet d'un monsieur qui ne reçoit pas de soins particulier ni de surveillance particulière : « <i>pourquoi est-il encore ici ?</i> »</p> <p>- une jeune fille a été admise hier soir pour « <i>cuite</i> » (taux d'alcool dans le sang >4g). Elle est perfusée. Elle est qualifiée de « <i>tête à claques</i> », très peu causante, pas contente d'être encore ici. Elle a eu des visites hier soir mais l'infirmière, ne sachant pas qui ils étaient, n'a pas répondu à leurs questions. « <i>J'allais pas leur dire qu'elle s'était mis son compte. Je leur ai dit que l'échographie n'a rien révélé de particulier et qu'il n'y a pas encore de diagnostic posé</i> ».</p> <p>A., lâche « <i>on est quand même peu de choses, quand</i></p>	<p>L'équipe commence par évoquer le cas de Mr J. Les infirmières de matin et d'après-midi sont unanimes pour considérer que « <i>ce n'est pas normal</i> ». Elles parlent de « <i>traitement de faveur</i> » pour cette chimio d'aujourd'hui. « <i>Pourquoi faire comme lui souhaite, comme ça l'arrange lui ? Et tous les autres alors ?</i> » Plus tard, l'infirmière d'après-midi A. parlera de médecine à deux vitesses pour désigner ces traitements de faveur parfois prescrits par le médecin. Ce sont les valeurs de justice, d'équité qui reviennent le plus dans les discours : « <i>pourquoi lui et pas les autres ?</i> » Mais</p>	<p>Après les transmissions, discussion entre l'équipe et le cadre du service qui leur annonce un questionnaire d'évaluation sur la douleur qui va être mis en place la semaine prochaine. M. dit tout de suite que ce serait mieux si elles pouvaient mettre plus de choses en route de leur propre chef. Il avait été évoqué en transmission le cas d'un patient qui a reçu une ou deux fois ce médicament sans qu'il y ait eu de prescription, alors qu'il aurait dû être dépiqué. La cadre rappelle à l'équipe qu'il faut en parler au médecin. Le médecin à la visite du matin, n'a pas remarqué qu'il était encore perfusé.</p>

<p>la nuit, en alternance. Elles s'inscrivent elles-mêmes sur le planning, quand ça les arrange.</p> <p>-N. repose une sonde naso-gastrique à Mr S. Elle s'excuse car « d'ici quelques minutes nous ne seront plus copains ». Elle dit tout au long du soin « je sais, je sais » tandis que Mr S. essaie de se débattre, et grimace beaucoup. Elle est calme, concentrée sur ses gestes. Elle le rhabille ensuite avec l'aide de l'AS. Elle me dit que tout ça paraît peut-être un peu barbare. L'AS dit qu'elle a vu des choses comme ça à la télévision et que ça a l'air plus barbare à l'écran qu'ici. N. voit Mr S. tâter la nouvelle sonde et lui dit : « non, pas toucher ! »</p> <p>Elle évoque ensuite son chien, à qui elle parle de la même façon. Elles recouchent Mr S. et lui demandent s'il est confortable. Il fait signe que oui.</p>	<p>L'étudiante infirmière ajoute : « <i>Enfin, tapé, c'est un peu exagéré, elle a pas beaucoup de forces</i> ». L'aide soignante lui répond : « <i>Enfin moi, j'ai quand même eu une claque ce matin !</i> ».</p> <p>- Décès d'un monsieur très tôt ce matin. L'infirmière A., d'après-midi demande des précisions « <i>et avec la famille ?</i> » R. répond : « <i>le vendredi, elle pleurait beaucoup, surtout sa femme, et venait nous voir tout le temps. On avait du temps, alors on allait le voir en chambre. Et puis, il avait de l'Hypnovel, heureusement</i> ». L'autre infirmière du matin,</p>	<p>de discussions informelles, se sentir assez seules, sans trop d'équipe autour d'elles, pour faire face à ces problématiques.</p> <p>Je me demande : Peut-on, parce qu'on travaille en médecine interne, être spécialisée en «tout»?</p>	<p>Une aide soignante dit « <i>heureusement qu'il avait de l'hypnovel</i> » et R. ajoute : « <i>Quand on pense qu'il faut se rouler par terre pour avoir un peu de quoi traiter la douleur. Que des jeunes, parce qu'elles se sont pris leur dos et qu'elles ont mal au ventre, on leur donne de la morphine, alors que des cancers en phase terminale, il faut se battre et ils reçoivent un quart de paracétamol et codéine !</i> »</p> <p>Elles parlent aussi du traitement insulinique d'une dame âgée arrivée hier soir, pour « coma hyperglycémique » qui est stable maintenant. Elles pensent qu'on pourrait passer à de l'insuline intermittente à la perfusion en continu. Elles en discutent avec l'interne,</p>	<p><i>embête, je contrôle juste le sucre</i> »</p> <p>Pose d'une chimio à un patient qui s'en va ensuite. Elle pose la perfusion, lui donne les papiers de sortie, puis discute de comment il supporte ce traitement. « <i>De plus en plus mal</i> » il répond. M. lui demande s'il a encore des anti-nauséux à la maison., « <i>Vous avez huit séances en tout. Encore quatre. C'est plus que la moitié</i> ». Mais il dit que les nausées sont de plus en plus fortes. M. lui explique que le produit s'accumule entre deux cures parce que la dose est de plus en plus forte et donc les nausées aussi. Le regard triste, il lui répond « <i>Oui, à la prochaine</i> ».</p> <p>-Altercation avec Mr J., un patient venu pour une cure de chimiothérapie Il dit qu'il va s'en aller parce qu'il est là depuis 9heures et qu'il est 11heures 30 et qu'il n'a encore vu personne. Il a un rendez-vous</p>	<p>on y réfléchit. Juste un bout de viande » Elle parlait à l'instant déjà d'un « steak » pour évoquer le caillot de sang retrouvé dans la protection du monsieur qui a arraché sa sonde urinaire.</p> <p>Ce qui m'interpelle dans ces discussions, c'est le peu de mot pour désigner leurs émotions. Elles disent « ça me remue » ou « ça me fait quelque chose »,</p> <p>Elles se demandent ce qu'il fait comme métier : prof ? non, plutôt commercial, ou chef de quelque chose...pour être aussi dirigeant.</p>	<p><i>ce n'est pas possible de faire comme ça toujours, et pour les cures suivantes alors, comment faire ?</i> » A. l'infirmière de matin, demande à l'infirmière d'après-midi, de chercher la suite tout de suite à 14 heures, ce qu'elle fait. Elles en viennent ensuite aux autres patients - évocation d'un patient « <i>abandonné</i> » par sa mère qui refuse le retour à domicile », « <i>sans doute parce que la sonde urinaire, ça ne va pas au domicile</i> » Il paraît qu'il était venu du Portugal s'occuper de sa mère qui était très malade. En fait, sa mère serait en vacances aux Canaries. Une des infirmières a entendu une amie de cette dame en parler au téléphone à une terrasse. - évocation de</p>	
--	--	--	--	---	---	---	--

	<p>« Ok » dit N. et elle sort.</p>	<p><i>« Tu ne peux pas pleurer avec les gens, sinon... », « il faut faire la part des choses », « à un moment, il faut mettre des limites » « elle craque parfois, c'est normal ; c'est le contraire qui serait anormal », « ceux qui étaient pas sympathiques, t'es moins impliqué, alors t'y pense moins ».</i></p>		<p>insistent, disent qu'elles sont inquiètes par rapport à la chute rapide de la glycémie et que celle-ci se poursuive avec le PSE. De plus, les glycémies toutes les deux heures ne sont plus tellement justifiées selon elles. Le médecin demande de garder le PSE, accepte l'espacement des glycémies, par 4 heures au lieu de 2, et d'en reprendre quand même une d'ici une heure, avant qu'il parte, pour s'assurer que ça ne chute pas trop. Mais il faut d'abord déterminer de quel diabète il s'agit, leur dit-il.</p>	<p>important à 17heures à Strasbourg et qu'il sait que la cure de chimio pour laquelle il vient, est assez longue. L'infirmière A semble choquée. Elle lui dit de ne pas partir comme ça, que sa collègue s'apprête à venir le perfuser pour passer les produits de chimiothérapie. R. dit qu'elle va tout de suite se renseigner pour savoir s'ils sont prêts à la pharmacie. L'autre infirmière, A., qui s'occupe de ce monsieur, arrive justement avec les produits en question. Il lui répond qu'il s'en fiche et qu'il va partir. A. lui dit : <i>« mais qu'est-ce qu'on va faire des produits ? on ne peut pas les jeter, ça coûte une fortune, c'est pas possible ! »</i> Le monsieur répond qu'il s'en fiche et qu'il recontactera directement le médecin pour avoir un autre rendez-vous la semaine prochaine et que les produits n'avaient qu'à être prêts avant. Lui est là depuis 9 heures 30.</p>		<p>deux messieurs en attente de « placement », que les infirmières surnomment « Heckel et Jeckel ». Il y a une place à pour l'un d'eux, mais elles se demandent s'ils ne préféreraient pas rester ensemble car ils ont beaucoup sympathisé. Ces patients se sont « installés » ici. <i>« Ca va faire bizarre de voir leur chambre vide ».</i></p>	
--	------------------------------------	---	--	--	--	--	--	--

					<p>R. lui demande quel médecin le suit et court le contacter pour qu'ils s'expliquent tout de suite. Mais celui-ci est en congé cette semaine. Elle bipe le PH présent ce matin et lui demande de venir tout de suite. Le médecin propose au patient d'aller tranquillement discuter de tout ça dans la chambre. Il accepte.</p> <p>- R. fait un pansement d'ulcère variqueux bilatéral. Elle lui demande s'il a mal, s'il a bien dormi. R parle ensuite son retour à domicile, ses plaies vont mieux. R. lui caresse ensuite le pied, lui demande si ça va mieux.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

2011	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée		Dossiers infirmiers et transmissions	Relation à l'institution	
CHIR F	<p>Il y a des axes importants du projet de service dont la professionnalisation du métier. Que mettent-elles sous ce terme ?</p> <p>« <i>Que l'infirmière doit apprendre à gérer ses émotions pour faire place au patient. Qu'elle doit être capable de s'abstenir de se plaindre des cadres du travail, du service, etc. et être la pour le patient</i> ». elles me parlent « <i>management par l'éthique</i> », dont elles appellent le développement de leurs vœux. C'est par exemple laisser de la liberté aux équipes pour améliorer les soins.</p> <p>l'infirmière partie chercher du matériel, me parle des secrétaires qui viennent seulement d'arriver, alors qu'elles sont censées arriver à 8heures.</p> <p>« Et en plus, elles n'étaient pas contentes que je leur fasse la remarque !</p>	<p>beaucoup de rendez-vous ce matin : 17 pansements et nombreux sont des gros pansements. De nombreux patients font jusqu'à 1h30-2h00 de voiture pour chaque réfection, au moins une fois par semaine. Certains ont confié, en dehors de la présence de l'IDE, que cela leur était pénible.</p> <p>On se rend compte de beaucoup de choses qu'on n'avait pas vu avant. Par exemple, je ne me rendait pas compte mais le matin, entre 7h moins le quart et 7h un quart, j'ai vu pas moins de 8 personnes entrer dans la chambre, allumer la lumière, faire du bruit. On comprend pourquoi certains patients râlent ou sont ensuite de mauvaise humeur. »</p>	<p>au centre du hall d'attente. 2 bureaux, celui de la cadre de pôle et celui de la diététicienne qu'elle partage avec la secrétaire.</p> <p>deux unités et un bloc opératoire, sans anesthésie générale. . il y a trois salles dans le couloir de la polyclinique, la salle d'attente attenante et un guichet avec deux secrétaires, deux bureaux de consultation médicale. 3 patients sont installés simultanément dans les 3 pièces.</p> <p>Le chirurgien se met à pester contre des soignants qui passent dans la pièce par les portes latérales. C'est notamment l'autre infirmière qui vient chercher du matériel qu'elle ne trouve pas dans l'autre salle de pansement. « <i>On va poser des verrous, bientôt ce sera fini ça</i> ». l'infirmière lui répond : « <i>j'ai déjà posé la question à la sécurité, qui a</i></p>	<p>Le patient ne dit rien, n'est pas sollicité non plus par leurs discussions. L'infirmière, Catherine, regarde procéder le chirurgien, anticipe certains gestes en lui donnant le matériel nécessaire : pince, compresses, etc.</p> <p>Regard échangé avec l'infirmière qui semble signifier au patient qu'elle apprécie moyennement de se faire surveiller par l'interne lorsqu'elle refait le pansement.</p> <p>« <i>attends, c'est pas fini</i> » « <i>non, je n'ai pas l'intention de laisser comme ça, qu'est-ce que tu crois ?</i> »</p> <p>Il demande du matériel à l'infirmière, qui se met à courir aux quatre coins de la pièce pour lui chercher</p>	<p>Il répond en plaisantant : « <i>Toutes façons, si ça allait pas, j'aurais déjà gueulé !</i> »</p> <p>C. lui demande s'il a des allergies. « <i>Non</i> ». Il a l'air inquiet, personne ne lui dit rien, excepté comment de positionner. L'anesthésie est douloureuse. C'est l'externe qui surveille son visage, le rassure en posant sa main sur son bras. Catherine lui propose de la remplacer mais elle répond que non, ça va. « <i>Bon, tant que quelqu'un regarde son visage et le surveille, ça me va</i> ». Il « <i>gigote</i> » beaucoup. C. dit aussitôt « <i>il sent encore</i> ». Le chirurgien rétorque « <i>Meuh, non. Il sent rien</i> » et continue son geste. l'infirmière lui demande s'il a des doliprane chez lui ou un autre antalgique équivalent.</p> <p>« <i>pourquoi, ça va faire mal ?</i> » demande-t-il.</p>		<p>Les patients ne demandent rien, ou pas grand-chose, me dit l'IDE. « <i>C'est surtout nous qui posons des questions, pour s'assurer de ce qu'ils ont compris surtout, sur la maladie, le traitement proposé. Ensuite, on coche sur une feuille par exemple si le médecin lui a parlé de tumeur, de cancer</i> » Ils ne demandent jamais de pronostic ou de ??, pas de questions là-dessus, me dit-elle. Le patient va venir pour être opéré et surtout, il pense par étapes : chimio/ radiothérapie puis chirurgie, etc. , <i>ils s'informent beaucoup sur internet, échangent sur des blogs. Et puis ensuite, ils demandent des thérapies qui ne sont pas encore sur le marché, ou bien ont très peur de tel traitement parce</i></p>	<p>La patiente m'explique que le chirurgien de l'hôpital près de chez elle pouvait également l'opérer mais qu'il lui aurait laissé une poche à vie. Le chirurgien d'ici, lui a dit qu'il pouvait « <i>sauver son anus</i> ». Elle ajoute qu'elle ne comprend pas les détails de ce qui est en jeu mais elle sait que les résultats vont déterminer la suite du traitement et la possibilité de ne plus avoir de poche de colostomie. Elle ne parle pas directement de sa crainte mais reste plus technique lorsqu'elle parle à l'infirmière</p> <p>« <i>le médecin m'a dit –bon, vous avez le choix du lieu pour le traitement et là, j'ai reçu plein de conseils d'éviter</i></p>	<p>Je leur demande aussi s'il y a des problèmes dus à l'attente parfois assez longue à la consultation.</p> <p>« <i>Non, en général les gens comprennent</i> »</p> <p>L'autre affichette concerne une agression verbale d'une infirmière à la polyclinique en février dernier. Pourtant, l'infirmière ne l'a pas du tout mentionné quand je lui ai posé la question hier sur l'attente des patients et de leurs réactions, parfois vives.</p> <p>Mme J, une jeune patiente de 21 ans admise hier pour être opérée d'un by-pass demain, avait précisé lors de son admission qu'elle souhaitait qu'il ne soit divulgué à personne mis à part sa mère, son motif d'admission</p>

<p>mais tu crois pas que c'est normal que je leur dise quelque chose ?!! Et bien sûr, moi j'ai commencé à installer les patients pour pas les faire attendre, mais peut-être que j'aurais pas dû, parce que comme ça elles vont continuer ! On ne fait qu'entretenir le truc ».</p> <p>Puis elle demande au patient comment il va. Il répond : « moi, bien. Mais vous, on dirait que c'est pas trop ça aujourd'hui » « Non, non, ça va. Vous savez, ça dure cinq minutes et puis après, ça s'arrête ! » Elle lui demande son avis. Il répond : « Si les horaires sont comme ça et qu'on les respecte pas, c'est une problème ». Entretien avec l'infirmière d'accueil et de consultation d'annonce. Nous accompagnons ensuite Mme A à sa chambre ; l'infirmière lui présente les installations puis elle prévient ses collègues de l'arrivée de cette patiente.</p>			<p><i>refusé.</i> » « <i>oui, oui, on verra ça</i> ». il quitte la pièce.</p> <p>Pour lui, c'est un problème de confidentialité qui se pose.</p> <p>Les infirmières de la consultation parlent elles, d'un problème de sécurité « qu'est-ce qu'on fait si un patient s'est enfermé et pète les plombs. On peut plus entrer dans la pièce ! » Les cadres, quant à elles, parlent intimité « il vaut mieux que les soignants puissent passer par ces portes à l'arrière des salles, plutôt que par les portes de devant. Elles se trouvent pile en face de la salle d'attente. Le plus souvent, le patient est dévêtu sur la table d'examen. Tous ceux qui attendent sur les fauteuils, peuvent voir ce qui se passe dans la pièce dès qu'on ouvre la porte. C'est vraiment pas génial. »</p>	<p>instruments, produits antiseptiques et anesthésiques. Le patient gémit, se raidit à l'injection de l'anesthésique puis à l'incision. Seulement à la fin, l'infirmière lui demande si ça va. Le chirurgien se met à pester contre des soignants qui passent dans la pièce par les portes latérales. C'est notamment pour chercher du matériel qu'elle ne trouve pas dans l'autre salle de pansement.</p> <p>« <i>On va poser des verrous, bientôt ce sera fini ça</i> ». l'infirmière lui répond : « <i>j'ai déjà posé la question à la sécurité, qui a refusé.</i> » « <i>oui, oui, on verra ça</i> ». il quitte la pièce.</p> <p>Pour lui, c'est un problème de confidentialité qui se pose. Les infirmières de la consultation parlent elles, d'un</p>	<p>« Non, non. Prenez ces deux-là maintenant, au cas où, et deux autres ou un seul, tout à l'heure, mais bien espacer de 6 heures, hein ». Elle le raccompagne L'infirmière lui répond : « 37kg en deux mois, oui, là c'est beaucoup. Ma sœur a fait un régime. Elle a perdu plus de 30 kg depuis le mois d'octobre. Elle était plus grosse que moi et maintenant, elle est plus maigre que moi ! » Aux urgences, raconte-t-il également, il a vu « pire »</p> <p>» Et le personnel « il faut rester zen parce qu'il se fait insulter tout le temps. Moi, je pourrais pas ! Enfin, je suis content que ce soit presque fini maintenant. L'infirmière commence par s'excuser de l'attente longue qu'il y a eu cette matinée. « 2 heures » confirme la patiente. « Mais vous avez eu un beau médecin. » (elle parle de l'interne, blond</p>	<p><i>qu'un proche ou quelqu'un sur un blog leur a dit qu'il l'avait mal supporté.</i> »</p> <p>- Que leur répondez-vous alors ? »</p> <p>« <i>que chaque personne est différentes et que leurs réactions sont toujours singulières. Qu'une personne peut avoir des effets secondaires et d'autres rien du tout.</i> »</p> <p><i>L'infirmière lui tend alors un formulaire de consentement à l'anesthésie, comportant toute une liste de problèmes possibles.</i> « <i>Faut que je lise tout ça ?</i> » l'infirmière répond : « <i>il y a un exemplaire pour vous, que vous pouvez garder et lire tranquillement. Il faut parapher chaque page s'il vous plait. Et puis, il y a aussi un autre questionnaire</i> » « <i>Ah oui, j'ai déjà dû en remplir plusieurs fois. Bon, j'espère que maintenant ça</i></p>	<p>tel ou tel établissement. Les autres patients, on ne leur donne pas le choix. Même si je suis du métier, cette liberté, elle était pas évidente.</p> <p>L'interne arrive, l'infirmière lui explique ce qui motive la consultation de cette dame. Il examine l'orteil : Bon, ça peut attendre. Vous faites des bains de pied ? » « Euh, non ». La patiente a l'air déçue. « Il faudrait faire des bains de pieds, au Dakin de préférence. Pour éviter les infections »</p> <p>« Combien, une fois par jour ? »</p> <p>« Il faudrait au moins deux fois ». La patiente esquisse un petit sourire : « Ben, on va essayer ». L'infirmière complète : « et après le bain, quand la peau est bien ramollie, la tirer un peu</p>	<p>à l'hôpital. En cas de questions, il faut répondre qu'il s'agit d'un ulcère. Or, les infirmières du service ne semblaient pas être au courant et la diététicienne est passée voir Mme J hier soir, alors qu'elle avait une amie dans la chambre, pour lui expliquer le régime à suivre « après un by-pass ». La diététicienne dit qu'elle est vraiment désolée de cela, que d'habitude elle demande aux visites de sortir ou revient plus tard quand le patient est seul ou encore qu'elle ne parle pas elle pour la première fois de l'opération mais qu'elle attend d'entendre d'abord le patient en parler. « Je vais aller la voir tout à l'heure, lui présenter mes excuses ». puis, elle est désolée</p>
---	--	--	---	---	---	---	--	---

			<p>Un chirurgien : « les blocs op, c'est comme les avions. Quand ils ne volent pas, ils ne rapportent rien. Donc, il faut ouvrir les salles de plus en plus dans la journée. C'est comme ça maintenant.</p>	<p>problème de sécurité « qu'est-ce qu'on fait si un patient s'est enfermé et pète les plombs. On peut plus entrer dans la pièce ! » Les cadres, quant à elles, parlent intimité « il vaut mieux que les soignants puissent passer par ces portes à l'arrière des salles, plutôt que par les portes de devant. Elles se trouvent pile en face de la salle d'attente. Le plus souvent, le patient est dévêtu sur la table d'examen. Tous ceux qui attendent sur les fauteuils, peuvent voir ce qui se passe dans la pièce dès qu'on ouvre la porte. C'est vraiment pas génial. » Elle me dit que c'est quand même gênant car elle doit montrer chaque plaie au médecin avant de refaire le pansement.</p>	<p>aux yeux bleux. « Oui, c'est vrai, mais je préfère le Dr M. Il ressemble à mon fils. Sa fille est aussi dans la salle d'examen. Elle confirme cette ressemblance. Nous discutons des infirmiers, des familles. « c'est difficile mais c'est un beau métier. Et on a besoin de vous ! oh oui, on a besoin de vous ! »</p> <p>« N'est-ce pas frustrant de ne pas suivre ensuite les patients ? »</p> <p>« Si, souvent je me dis que j'aimerais savoir ce qu'ils deviennent, comment se passe leur hospitalisation. Et parfois je demande des nouvelles à mes collègues du service. »</p> <p>Nous sommes interrompues par une dame qui vient pour être admise en service.</p>	<p><i>va donner quelque chose, ce qu'on va faire.»</i></p>	<p>comme ça vers l'arrière pour bien dégager l'ongle. Comme ça, on évitera peut-être l'opération. Si je peux donner mon conseil. Je vais déjà faire un pansement avec de la Biseptine » l'interne sort. La patiente : « on fait encore des soins avec le dakin? ». L'infirmière répond : « non, on fait plutôt à la chlorex ou à la Biseptine. Le Dakin, ça se fait plus trop. »</p>	<p>que personne ne l'ait prévenue de la demande de la patiente. La cadre dit qu'elle ira lui présenter ses excuses également. L'infirmière d'accueil, la main sur la bouche, dit que c'est de sa faute. « La patiente me l'avait dit, mais c'est vrai qu'il y avait beaucoup d'admissions ce jour là et j'ai oublié de le noter bien en évidence puis de le transmettre dans le service. C'est ma faute ! » Et surtout ne pas oublier cette info à l'admission parce qu'une fois que la machine est lancée, les intervenants se succèdent pour aller voir la patiente (et donc on ne pense plus à mentionner cette demande)</p>
--	--	--	---	--	---	--	--	---

2011	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée	Dénomination des patients et autres.
ONCO G	<p>Le service se divise en quatre unités d'hospitalisation, dont deux unités de soins conventionnels et une de soins intensifs.</p> <p>Le cadre de pôle accueille également des stagiaires infirmiers. Il leur dit : « <i>Ne venez pas en vous disant : je veux faire du relationnel. tant que vous n'êtes pas sûrs de vos gestes et de vos soins, ce n'est pas la peine. La compétence, tant qu'elle n'est pas acquise, elle ne permet pas de faire réapparaître le patient derrière l'acte</i> ».</p> <p>Le premier service comprend 26 lits, divisés en trois secteurs. Dans chaque secteur il y a une infirmière, plus une « volante » pour l'ensemble de l'unité. Deux aides-soignants complètent l'effectif. Les patients sont relativement indépendants physiquement.</p>	<p>Après les transmissions, chaque infirmière passe environ une heure en salle de soin, pour la préparation des médicaments injectables, pour l'après-midi.</p> <p>Pendant ce temps, les aides-soignants mesurent les paramètres vitaux de tous les patients. Ils sont donc les premiers à voir les patients, tant le matin que l'après-midi.</p> <p>Dialogue dans la salle de soin où les infirmières préparent les perfusions de l'après-midi : « <i>quelqu'un sait s'ils ont parlé de RAD pour ce patient ?</i> » « <i>quelqu'un sait s'il ont parlé de ce problème hier à la grande visite ?</i> »</p> <p>Et aussi pour se fixer une ligne de conduite commune : « <i>comment vous faites avec lui ? B. lui donne à manger.</i> »</p>	<p>A la suite de la loi HPST et la création de pôles, des équipes IDE et AS de remplacement ont été créées. Ce service semble moins touché que d'autres par le turn-over.</p> <p>Conflits avec des partenaires comme les équipes mobiles de soins palliatifs. Questionnement aussi autour des psychologues, appelés avec plus de réticence que les aumôniers.</p> <p>Un turn-over important de patients oblige les soignants à commencer les prises en charge déjà en salle de repos en attendant qu'une chambre se libère.</p> <p>Les urgences obligent aussi à faire sortir prématurément des patients stabilisés.</p> <p>Les relations avec les familles sont régulièrement tendues, en particulier lorsque l'état de leur proche</p>	<p>Il existe des différences notables entre les deux unités. Pour les cadres, cela repose surtout sur le comportement des médecins, plus ou moins à l'écoute et dans l'accompagnement des patients, et dans le dialogue avec les soignants.</p> <p>Nous croisons l'épouse de ce patient un peu plus tard dans le couloir, faisant le cent pas, le visage assez fermé. « ça m'énerve. Je ne dis rien mais ça m'énerve que le médecin me dise de sortir de la chambre quand il vient le voir. Je suis quand même son épouse, et là, j'ai l'impression d'être la bonniche. Mais je ne dis rien parce que ça l'énerve quand je veux rester ou que je</p>	<p>Tournée des prélèvements sanguins, 1^{er} chambre, l'infirmière se présente : « <i>Bonjour, je suis C, et je travaille ce matin</i> ». Elle vérifie le reflux de sa perfusion. Il répond : « <i>Et moi, je suis le malade</i> »</p> <p>L'infirmière se penche vers lui pour vérifier les tubulures de ses différentes perfusions.</p> <p>Le patient plaisante : « <i>vous en trouvez encore un ?</i> ». Elle répond : « <i>oui, oui. Cet après-midi je demande au médecin si je peux utiliser votre PAC (elle parle de sa chambre implantable)</i> ». Elle change la perfusion puis règle le débit de la pompe. « <i>Il était sur 20 ce matin</i> » dit le patient. « <i>Elles l'ont accéléré ce matin. Je le mets sur 10</i> ». « <i>Ah bon, d'accord. C'est que je suis encore novice, vous savez</i> ».</p> <p>2^e chambre : patient de 24 ans, qu'elle tutoie et lui aussi. Elle lui dit que le médecin a arrêté deux antibiotiques et qu'il en reste encore un. « <i>Lequel ?</i> » demande le jeune homme. « <i>L'antibiotique</i> » répond l'infirmière. « <i>Je te le pose tout à l'heure</i> ».</p> <p>- 3^e chambre : patient avec qui elle est en difficulté. Très peu d'échanges de regards, le dialogue n'est pas très fluide non plus. Négocie l'heure de son traitement.</p> <p>- question d'un patient si on peut « <i>délirer</i> » avec le médicament qu'il a reçu. Stéphanie lui répond « <i>oui, on peut parfois voir des choses</i> ».</p> <p>- une IDE raconte qu'un patient avait le KT central entrain de se <i>thromboser</i> et que ça lui faisait mal. Le patient dit: « <i>ça faisait mal, mais le médecin ne m'a pas cru assez</i> ». Une radio de contrôle a confirmé</p> <p>4 e chambre : échange dans le couloir entre les deux infirmières :</p> <p>- « <i>Elle est bizarre : l'autre jour l'aide-soignante voulait lui laver les cheveux, comme il n'y avait un peu de temps. Elle a dit qu'elle</i> »</p>	<p>Les nombreux séjours de la plupart des patients se traduit aussi par une grande proximité avec les soignants : beaucoup de leur vie personnelle est connue des IDE, certains sont tutoyés, les soignants sont souvent appelés par leurs prénoms.</p> <p>Les nouveaux patients sont souvent qualifiés de « non connus du service ». Il y a aussi les « sortants » souvent appelés comme ça lorsqu'il y a une urgence.</p> <p>« exigeante », « exécration », « demandeuse ».</p>

<p>Les lundis ont lieu des « grandes transmissions » avec l'ensemble du staff du service, de 13h30 à 15h30. Le reste de la semaine, les transmissions ont lieu entre équipe du matin et de l'après-midi, secteur par secteur.</p> <p>Déroulement type d'une matinée :</p> <p>-6h30-7h00 : transmissions</p> <p>-7h-8h : préparation des perfusions pour les infirmiers, mesure des constantes par les aides-soignants.</p> <p>-8h- 9h : distribution des médicaments, pose des perfusions et prises de sang pour les infirmiers, toilettes, installation et distribution des petits déjeuner par les aides-soignants.-</p> <p>9h45-10h15 : pause</p> <p>-10h-12h : suivi des traitements, pansements, pour les infirmiers , toilettes et réfection des lits par les aides-soignants.</p> <p>-12h – 13h : distribution des médicaments et</p>	<p><i>Avec moi, il a mangé seul »</i></p> <p><i>« Ce monsieur, s'il peut se servir de la télécommande de la TV, et de son téléphone portable, alors il peut boire et manger seul ! »</i></p> <p>Temps moyen passé chez les patients : Mme A : 15 minutes</p> <p>Mme f : 7 minutes,</p> <p>Mme O : 0 minutes,</p> <p>Mme B. : 2 minutes,</p> <p>Mme C : 10 minutes, Mme B : 10 minutes.</p> <p>Fin de la tournée à 8h45 (6 patients, 7 minutes en moyenne).</p> <p>Chaque infirmière a la responsabilité de 6 ou 7 patients, qu'elle voit essentiellement lors des tournées. Ce qui fait environ 25 minutes par patients sur un poste. A peine la moitié de son temps de travail. Le reste étant consacré au soin indirect : préparation des médicaments et traçabilités diverses.</p>	<p>s'aggrave : changement de personne de confiance, incompréhensions du traitement, menaces de procès, demandes d'examens, etc...</p> <p>Plusieurs patients me disent spontanément, pensant que je viens peut-être surveiller les infirmiers : « Il faut être gentil avec elles. Elles ont beaucoup de travail. »</p> <p>« Ah oui, vous avez remarqué cela ? » « Il faut pas être un génie pour s'en apercevoir. Elle sont souriantes et très compétentes. »</p>	<p>dis quelque chose. Alors je ne dis rien ». Elle ne fait aucune référence à la personne de confiance, alors qu'elle est déclarée comme telle. L'infirmière lui répond : « mais alors dites-le au médecin. »</p> <p>« non, non, je préfère ne rien dire sinon mon mari va encore me gronder ».</p>	<p><i>était d'accord « mais il faudrait aussi les bigoudis et le casque après ». L'autre reprend, un peu étonnée et ironique: « Euh, elle sait ce qu'elle a ? »</i></p> <p>Quand elle s'occupe de la voisine de chambre, Mme B se manifeste :</p> <p>- <i>« j'attends toujours, et mon café est toujours froid... Après, ça fait tard».</i> C lui répond : <i>« mais vous êtes à l'hôpital, on va le réchauffer mais y'a des priorités, Mme B. »</i> Elle ne regarde pas la patiente et s'occupe de la voisine.</p> <p>- la voisine devant son plateau repas, nous demande aussitôt : <i>« Je prends des corticoïdes, est-ce que je ne devrais pas manger sans sel ? »</i></p> <p>Elle précise qu'elle a lu ça sur un site internet. M. lui répond que ce n'est pas obligé.</p> <p>Qu'est-ce que vous voulez pour le petit déjeuner ce matin ? » « Vous avez... il vous reste du pain au son ? » « Euh... non. »</p>	
--	---	--	---	--	--

	<p>perfusions, relevé de la visite -13h- 13h30 : transmissions écrites.</p>	<p>M. arrive et lui dit : « Ah, c'est pour le flacon suivant. Je vais vous l'apporter, juste le temps de le préparer ». La patiente la regarde fixement pendant un moment et demande : « <i>il faut le préparer à chaque fois ? On ne peut pas le faire d'avance ?</i> » Elle répond : « <i>mais je le fais couler un peu plus vite celui-là</i> ». « <i>Ah, bon</i> » « <i>Ben oui, vous le supportez bien, alors on peut l'accélérer</i> ». « <i>Pas trop vite quand même</i> ».</p>				
--	---	--	--	--	--	--

2011	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée		Dossiers infirmiers et exemples de transmissions orales à l'équipe d'après-midi	
ONCO H	<p>Le service comporte 26 lits répartis en deux secteurs de treize lits. Il y a quatre infirmières le matin. Une pour chaque secteur et une « volante ». il y a également trois aides soignantes, une par secteur. Les après-midi, il y a deux infirmiers et deux aides soignants.</p> <p>Après les transmissions, les aides-soignantes prennent les constantes chez les patients et commencent les toilettes, l'infirmière 'volante' s'occupe des glycémies et des prises de sang, les infirmières de chaque secteur relèvent les dossiers et préparent les traitements</p>	<p>Tournée du matin avec A. elle pose Une perfusion chez M B. un patient de 67 ans qui semble assez renfermé depuis son arrivée. «<i>Bonjour, comment vous vous sentez aujourd'hui</i> » Il répond sèchement « <i>vous savez très bien comment je me sens</i> » « <i>Ah bon, et c'est comment alors ?</i> » « <i>vous devriez arrêter ça. Si ça allait bien, je serais pas ici</i> » « <i>Bon, sonnez si vous avez besoin de quelque chose</i> ». Aucun échange de regards. Il ne la regarde que lorsqu'elle a tourné les talons pour sortir de la chambre. Temps passé : 3 minutes.</p> <p>Elle effectue deux bilans sanguins à deux messieurs qui viennent d'être admis. A. avait demandé à l'étudiant chargé de remplir leur fiche</p>	<p>Le cadre de santé a fait des demandes pour obtenir du personnel soignant supplémentaire. Selon lui, l'activité et la charge de travail n'ont pas été prises en compte dans le calcul des effectifs. De retour en salle de soin, le laboratoire téléphone. A. sourit « oups, j'ai oublié de cocher les demandes pour le labo. Euh oui, pour ce monsieur, il me faudrait... » Elles font souvent 2 ou 3 choses en même temps, comme préparer un médicament, répondre au téléphone et vérifier une demande d'examen complémentaire ou discuter avec la collègue.</p>	<p>Pas assez de communication entre infirmiers et médecins. Il y a quatre praticiens, plusieurs internes et plusieurs externes.</p> <p><i>Quel est le principal souci dans le service ?</i> « Je trouve que c'est la désorganisation des médecins. On subit aussi cette désorganisation. L'autre soir, ils avaient prescrit du G2,5 que je suis allée chercher dans une autre service. Et puis ils ont changé la prescription pour du phy et du G5 et puis encore une fois. Des fois, on a les dossiers que très tard et c'est difficile de les relever à temps.</p>	<p>Une patiente d'une quarantaine d'années est couchée dans son lit, en chien de fusil, un peu gémissante. L'infirmière S. s'approche d'elle et lui dit «<i>Je vais poser une autre perfusion parce que celle-là, il faut la changer</i> ». La patiente n'a pas de réaction. S. se place sur son côté droit, lui touche doucement le bras et lui demande si elle peut se placer un peu plus sur le dos. Pas de réaction de la patiente. S. pose les deux plateaux sur le lit, prend sa main pour dégager le bras et examiner les veines. M. l'autre infirmière, arrive avec une perfusion qu'elle accroche à la potence, de l'autre côté du lit. La patiente demande à M ce que c'est. «<i>C'est un anti nauséux, et ça contre les douleurs abdos.</i>». La patiente répond : «<i>Eh ben, je suis dopée !</i> »</p> <p>A entre chez une patiente, faisant partie des gens du voyage a priori. Son fils et son petit fils sont dans la chambre. Comme elle dépose les médicaments sur la tablette, le fils lui dit, dans un français incertain «<i>S'il vous plaît, ne plus mettre des tubes dans le bras</i> » il montre le bras gauche de la patiente, qui a des bleus. A. lui répond : «<i>Oui, ne vous inquiétez pas, le traitement est terminé. On n'a plus à lui mettre de perfusion. Elle va sans doute rentrer très bientôt</i> ». Le fils a l'air étonné, mais pas vraiment ravi. . Ils ne veulent pas trop qu'elle rentre, et en même temps, le week-end</p>		<p>C'est souvent les mêmes éléments, dans le même ordre : Enoncé du diagnostic principal : cancer + localisation, métastases ou pas et localisation, appareillage du patient, pansement ou autre soin particulier, alimentation, état psychologique : triste, à stimuler, au fond du lit, à lever absolument, douleur. On ne transmet pas les examens ou consultations à venir, ni du projet pour le patient. Quelques renseignements sur le traitement à poursuivre.</p> <p><u>Des exemples :</u> «<i>cancer du lobe supérieur droit, venue pour suspicion d'intoxication alimentaire.</i></p> <p>«<i>Mr D, c'est une aide à la toilette. Il a un néo, AEG. Il a des antécédents de phlébite. Hier soir il a désaturé à 76%. J'ai prévenu l'interne et il est remonté tout seul. Il est bien écoute. Il a des aérosols trois fois par jour, le poids tous les jours. Il a une perf, sinon rien de particulier. -Pour Mme T, AEG, dyspnée, récurrence d'un épanchement pleural. Cette dame, elle a 0.75L d'oxygène. Attention à ne pas augmenter parce qu'elle désature vite. Là, elle est à 93 %. Il faut surveiller la prise de médicaments chez elle.</i> »</p> <p>«<i>-Mme P, est valide et autonome. Elle a un cancer du lobe supérieur droit. Bon là, elle arrive pas à manger. Elle</i></p>	

		<p>d'admission, s'il pouvait dire que l'un ou l'autre sait pourquoi il vient et s'il a parlé d'une pathologie cancéreuse. L'étudiant répond non pour l'un des deux. Le premier patient occupe le lit coté fenêtre, il est assis au bord du lit. En commençant à lui faire la prise de sang, la tête penchée vers lui, A. lui demande où il habite, s'il a de la famille? «Ben oui, ma femme, et 4 enfants» <i>Des petits enfants ?</i> « entre 6 et 8 » <i>Vous prenez des médicaments en particulier ?</i> « Oui, un anticoagulant».</p> <p>A. va ensuite chez le voisin qui est en chemise d'hôpital et pantalon de pyjama, et lui dit : « <i>je dois aussi vous faire une prise de sang</i> ». Le patient s'écrie : « Encore ! » « <i>Comment ça, encore ? Vous en avez déjà eu une ?</i> » Mais oui, ce matin en gastro ! ça fait un mois que je suis</p>	<p>Durant leur pause, les soignants expriment le problème qu'ils n'ont souvent pas le programme des examens et des chimiothérapies « on n'a l'air crétin surtout l'après-midi quand y'a des familles et qu'on ne sait pas où est parti le patient. « On leur dit 'je vais me renseigner', pour ne pas dire 'je sais pas' ».</p> <p>Une aide soignante suggère de prendre le cahier à la tournée du soir et de noter sur les ardoises des chambres les examens du lendemain pour chacun. Une infirmière dit qu'il faudrait que chaque infirmière du secteur aille voir en prenant son poste, ce cahier dans le bureau médecins.</p>	<p>Ou alors, comme maintenant, ils viennent prendre un dossier sans nous le dire et avant qu'on l'ai relevé.</p> <p>Vous leur parlez directement ou vous passez toujours par les internes. « oh non, on a arrive quand même à leur parler. Et puis les internes ne prennent pas toutes les décisions. Mais c'est vrai qu'on n'a pas de temps pour discuter avec eux du patient, des examens, de ce qui est prévu et tout.</p>	<p>Elle grimace, se recroqueville et gémit à nouveau. M.lui dit: «au fait, <i>vous avez encore l'écho abdominale en fin de matinée. C'est à faire à jeun</i> ».</p> <p>-De toute façon, je ne peux rien avaler, dit la patiente avec une moue. J'ai déjà eu la radio de thorax. Je l'ai eue pour quoi, d'ailleurs ?</p> <p><i>-Ben ça, on ne sait pas pourquoi vous avez eu cette radio de thorax. Rien à voir avec une intoxication alimentaire, n'est-ce pas ?</i> répond M. en souriant.</p> <p><i>- quand ont sait ce que ça coute...c'est abuser !</i></p> <p>M. sort de la chambre pendant que S. rassemble le matériel utilisé, un peu épars sur le lit, dit qu'elle n'aime pas travailler comme ça et que je n'ai pas fait le soin « dans les règles de l'art ».</p> <p>La pompe de M G. sonne et affiche «occlusion». Il est là pour une cure de chimiothérapie.</p>	<p>dernier, ils l'ont emmené chez elle, et bien sûr, sans avis du médecin ».</p>	<p>Vendredi soir, elle serait allé manger un kebab avec une amie, et depuis, ça ne va pas du tout : nausées, mal au ventre, elle pleure tout le temps. Elle a toujours de nausées ou des vomissements. Elle a eu trois anti-émétiques ce matin, et ça va pas mieux. J'ai demandé à l'interne, elle a dit de réessayer le p. Elle a eu une radio de thorax, je sais pas pourquoi C'est logique quand on a des douleurs abdos, non ? Elle a toujours mal.</p> <p>-La diététicienne intervient : elle a des selles ?</p> <p>-Pas aujourd'hui mais hier oui. Enfin, c'est ce qu'elle a dit.</p> <p>« Mme B. a chuté cette nuit. Son mari est resté là cette nuit mais il dormait sans doute..</p>	<p>a un TOGD ce matin. Elle doit rester à jeun, mais vu qu'elle mange toujours pas, c'est pas un problème. Elle le sait. Toujours hémoc si besoin. Elle irait en gastro, peut-être un de ces quatre ».</p> <p>« Mr T, 59 ans, aide à la toilette. Ce monsieur, il a un néo avec des métas cervicales. C'est un transfert de chirurgie digestive pour perforation intestinale. Il est très algique au niveau du ventre. Il a du durogésic 100, de l'Abstral quatre fois par jour si besoin. Je lui ai donné le dernier à minuit. Il est à jeun ce matin. Il a une écho abdominale à 10h30. Faut pas lui donner d'acupan, il supporte pas. Il a des dextro fois quatre avec un protocole d'insuline. »</p>
--	--	---	--	---	---	--	---	--

	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée		Dossiers infirmiers et exemples de transmissions orales à l'équipe d'après-midi	
		<p>à l'hôpital. On est vraiment comme des lapins!» « Bon, je vais voir si je vous trouve dans le logiciel, d'accord ? si vous avez eu une prise de sang ce matin, je devrais vous trouver ! » Temps passé : 9min</p> <p>A. retourne chez Mr B pour lui donner un aérosol. Il dort. Elle ressort de la chambre et me dit que vu son humeur de tout à l'heure, elle préfère ne pas le réveiller « pour un simple aérosol de sérum phy ! » Temps passé : <1min</p> <p>Plus tard, elle discute de ce monsieur avec la psychologue du service. Elle-ci lui dit qu'il est difficile de communiquer avec ce monsieur, lui demande s'il sait pourquoi il est là et s'il est confus. Son dossier mentionne une épouse, avec un numéro de</p>			<p>M G est très maigre, est allongé sur le dos dans le lit, assez somnolent. La sœur de M G. est debout à coté du lit. nous dit qu'il ne regarde pas la télévision mais que le voisin l'a éteinte à 2 heures du matin seulement. «Pour mon frère, je ne vois pas l'utilité, il ne regarde pas la télé. S'il n'aime pas ça, je ne vois pas pourquoi payer. Et puis, est-ce qu'il va rester au moins 8 jours ? » S. lui dit : « Alors ça, je ne peux absolument pas vous dire ». L'infirmière S. manipule la pompe, regarde le bras du patient, et lui annonce : « il faut que je repique, cette voie est vraiment limite et un peu rouge aussi »,</p>	<p>En sortant de la chambre, elle me dit qu'elle a fait exprès de dire ça. « parce qu'ils se foutent de nous. Ils ne veulent pas - Mme B, 44ans, néo. Elle a toujours 15 litres au masque à 100%. Elle veut plus du tout alterner avec les lunettes. Donc, pas d'aérosol, c'est pas possible. Elle a toujours la morphine. Cette nuit, elle a plutôt bien dormi mais pas en fin de nuit, à cause des douleurs. Mais j'évite de rentrer trop souvent dans cette chambre. Elle est anxieuse aussi. Son mari est toujours là, c'est lui qui l'aide, qui la mobilise beaucoup.</p>	<p>Elle n'a pas osé sonner et s'est levée seule. Elle a chuté en voulant aller à la salle de bains et s'est retrouvée loin de la sonnette. Heureusement, la veilleuse fait des passages réguliers, mais elle a du rester à terre vingt bonnes minutes ».</p> <p>« Mr S. Bon, on sait toujours pas ce que c'est que cette plaie ? L'interne de chirurgie est passé mais il sait pas. Un prélèvement a été fait hier. A. : j'ai refait encore le pansement hier soir, tellement ça suintait. Il a fait une inhalation hier, avec toi. Depuis, il s'éteint tout doucement. »</p> <p>« Mr B. est décédé en fin de matinée. Il était pas bien du tout. L'interne est passé une</p>	<p>- Mr A.65 ans, toilette complète. Un monsieur qui est venu pour épanchement péricardique et pleural. Ce monsieur, il a du Tercera à 16 heures. Il a aussi une voie veineuse avec une hydratation.</p> <p>-Mr G, néo, vient pour cimento. Il a des douleurs au rachis. Je lui ai donné de la morphine 10mg à 21h30. Il serait potentiellement BMR. Il faut lui faire un frottis rectal et nasal.</p> <p>-Mr S, 56 ans, toilette complète. Néo, confusion, fracture du col huméral droit. Il a des oedèmes phénoménaux ! je sais pas combien il a d'apports et il urine un peu plus. Ils ont ajouté du mannitol. « moi je pige pas, en fait.</p>

		<p>téléphone, mais lui dit qu'il vit avec son frère et n'a pas d'enfants. Il ne parle pas de cancer dit ne pas savoir pourquoi il est là alors que c'est son quatrième jour de chimiothérapie.</p> <p>A retourne chez un patient qui a sonné deux fois en une demi-heure, pour qu'on lui ôte la perfusion qui est vide. A. regarde les perfs, saisit la tubulure du produit et lui dit « <i>mais y'a encore celle-là qui coule vous savez. Et je vous ai dit tout à l'heure que y'en avait pour quatre heures</i> » «Oui, mais j'ai peur de faire un 'refoulement'». «<i>Bon, d'accord, je vous enlève celle qui est vide. D'ailleurs y'a déjà un petit reflux mais rien de grave. Je vais arranger ça.</i> » Temps passé : 5min</p> <p>En sortant de la chambre, un patient crie. A. va le voir et lui demande ce qui se passe.</p>					<p>première fois. Il est ensuite revenu, et a dit qu'il fallait préparer le patient car le lendemain il avait une pose de chambre implantée. Il fallait donc un bilan etc. Il des décédé ensuite vers 13heures. La famille est venue mais je ne sais pas s'ils ont tous bien compris ce qui se passe. L'épouse était déjà là vers 11 heures, en pleurs. Je lui ai dit qu'il était vaseux à cause de la morphine mais que c'était pour l'apaiser. D'autres personnes sont ensuite venues. Le cadre est allé les voir et il va faire venir une interprète cet après-midi. »</p>	<p><i>D'habitude, on donne des choses pour éliminer, et là on le remplit... jusqu'à quoi, jusqu'à ce qu'il explose ? enfin, c'est une image</i></p> <p>-Mme L, venue pour bilan, pas d'aérosol, pas de voie d'abord. Elle gère ses médicaments per os. Elle a un patch de nicotine. Ah... elle se plaint de vertiges. Il parait que c'est connu. Sinon, elle a une scintigraphie pulmonaire à 13h45. Elle n'a pas besoin d'être .</p> <p>« Mr N., 27 ans, valide et autonome, venu pour TB. Il a un TBM thoracique à 11 heures. !»</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

	Déroulement du travail infirmier	Tâches et temps moyen passé auprès du patient	Description du service de soin et cond.de travail	Relations entre IDE et médecins	Relation IDE patient observée		Dossiers infirmiers et exemples de transmissions orales à l'équipe d'après-midi	
		<p>Il est debout, les mains sur la table, crie et crache. Il parle très mal le français, ne fixe pas son attention sur ce que lui dit A. Il va à la salle de bain, s'assoit sur les toilettes, se relève fait quelques pas, se rassoit, répète : « ça va pas. Ça va pas !! » et se remet à crier. A le regarde, lui pose différentes questions : <i>avez-vous du mal à respirer ? est-ce que c'est le ventre ? vous avez envie de vomir ? est-ce que vous avez mal ?</i> Il répond « mal, mal ! » «<i>Bon, je vous branche quelque chose contre la douleur</i>». Temps passé : 10 min</p> <p>Une demi-heure plus tard elle revient le voir. Il est allongé sur le lit, gémit encore un peu. Elle va voir dans son dossier et revient lui dire qu'il a eu un autre médicament et qu'il</p>					<p>« Mme L. aura une fibroscopie bronchique demain. La patiente est très anxieuse, elle vient d'avoir son diagnostic. Sa fille aussi est très anxieuse. Elle dit qu'elle n'a pas vu de médecin depuis son arrivée hier, seulement l'interne. Elle sait qu'elle a tel ou tel examen, mais elle voudrait voir un médecin. »</p>	<p>-Mr T, une admission d'hier après-midi, 44 ans, monsieur qui est valide et autonome. Un transfert des urgences. Il a une dyspnée depuis 6 mois. Ils ont trouvé une broncho-pneumopathie infectieuse. Ils ont trouvé une opacité au lobe supérieur droit. Donc il vient pour bilan. Il aura une radio de thorax.</p>

	<p>est trop tôt pour le renouveler. Mais qu'il doit sonner si les douleurs augmentent à nouveau. Temps passé : 2 min</p> <p>A. entre dans la chambre de Mme T alors que B, la troisième infirmière de ce matin, l'aide pour sa toilette. A. Demande à sa collègue si elle peut l'interrompre. Puis elle puis dit à la patiente: <i>«Bonjour Mme T. Bon, il faut que je vous pose les antibiotiques. Comment ça va ce matin ? Vous avez passé une bonne nuit ?»</i>. La dame lui répond <i>« à peu près »</i> puis se met à lui parler de sa famille, des enfants qui viennent du nord pour la voir quelques jours, ... A. lui dit qu'elle doit aller voir d'autres patients mais qu'elle reviendra la voir plus tard ; <i>« Je vous laisse faire la toilette d'abord.</i></p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

Annexe 4

Bibliographie

Bibliographie générale

Adler Patricia, Adler peter: « Membership role in field research », Sage, Qualitative research method series, number 6, Thousand Oaks, 1987.

Aïach Pierre, Cèbe Dominique et al. : « Femmes et hommes dans le champ de la santé », EHESS, Paris, 2001.

Alligood Martha Raile : « Nursing theory- utilization and application » 4th ed. Elsevier, Mosby, 2010.

Arborio Anne-Marie :

- « Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital », Paris, Anthropos, 2001. (Sociologique),.
- Avec Pierre Fournier, « L'observation directe », Paris, Armand Colin coll. L'enquête et ses méthodes, 3^e édition 2010.

Agamben Giorgio :

- « Qu'est-ce qu'un dispositif ? », Paris, Payot collection Rivages, 2007.
- « De la très haute pauvreté », Paris, Payot coll. Rivages, 2013.
- « Bartleby le scribe », Circé, Saulxures, 1995.

Arendt Hannah :

- (2003) « Responsabilité et jugement », Paris, Payot petite bibliothèque, ed. 2009.
- (1958) « La condition de l'homme moderne », Paris, Pocket coll. Agora, ed. 1994.

Aristote :

- « Ethique à Nicomaque », Flammarion, ed. 1965.
- « Métaphysique », Paris, Pocket, ed. 1995.

Arnaud-Duc Nicole : « Les contradictions du droit », in DUBY G. « Histoire des femmes en Occident, t4, le XIX^e siècle, Paris, Plon, 2002.

Arslan Lydie : « Les infirmières, si c'était à refaire », Paris, Seli Arslan, 2002.

Autret Joël : « L'hôpital aux prises avec l'histoire », Paris, L'Harmattan, 2004.

Bardin Laurence : « L'analyse de contenu » Paris, PUF, 2^e éd.2009

Baud Jean-Pierre : « l'affaire de la main volée, une histoire juridique du corps », Paris, Seuil, 1993.

Baudrillard Jean : [1970] « La société de consommation », Paris, Folio, 1999.

Beauvais Jean-Léon : « Traité de la servitude libérale », Paris, Dunod, 1994.

Beck Ulrich : [1986] « La société du risque, sur la voie d'une autre modernité », Paris , Flammarion champ, 2003.

Belliard Corinne : « L'émancipation des femmes à l'épreuve de la philanthropie », Paris, L'Harmattan, 2009.

Bell Daniel: «Vers la société post-industrielle», Paris, Laffont, 1976.

Benaroyo Lazare (dir.) : « La philosophie du soin, éthique médecine et société » PUF, Paris, 2010.

Benner Patricia : « De novice à Expert », InterEditions, Paris, 1995.

- Berriot-Salvadore Evelyne** : « Le discours de la médecine et de la science », p. 407-455 in Duby G. Histoire des femmes en Occident, Perrin Paris.
- Blondeau Danielle** : « Ethique et soins infirmiers » presses de l'université de Montreal, Quebec, 2009.
- Bobillier Chaumont Marc-Eric** (dir) : « relations de service, nouveaux usages, nouveaux usagers » De Boeck, Bruxelles, 2010.
- Boussard Valérie (dir.)** : « l'injonction au professionnalisme », Presses Universitaires de Rennes, 2010.
- Boutinet Jean Pierre** : « anthropologie du projet », PUF, Paris 1990.
- Calvin Jean** : « Institution de la religion chrétienne », Éd. J.D. Benoit, Paris, Vrin, 1957-1963, Volume 5
- Canouï Pierre et Mauranges Aline** : « Le syndrome d'épuisement professionnels des soignants », Paris, Masson 2001.
- Canto-Sperber Monique** (dir.) : Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale », Paris, PUF, 2004 (2^e ed.).
- Carrière Georges (Dr.)** : La garde malade et l'infirmière », Paris, Baillière, 1903.
- Casagrande Carla** : « La femme gardée », in *Duby Georges et Perrot Michelle (dir.) : Histoire des femmes en Occident, 5 tomes*, Paris, Perrin 2002.
- Castra Michel** : « Bien mourir, sociologie des soins palliatifs » PUF, Paris, 2003.
- Chaptal Léonie** : « Morale professionnelle de l'infirmière », Paris, Ed A. Poinat, 1926.
- Chauvière Michel, Godbout Jacques** : « Les usagers, entre marché et citoyenneté », Paris, L'Harmattan, 1992.
- Chevandier Christian** :
- « L'Hôpital dans la France du XXe siècle », Ed. Perrin, Paris, 2009.
 - « Infirmières parisiennes. 1900-1950 : Emergence d'une profession », Paris, Publications de la Sorbonne, 2010.
- Collière Marie-Françoise** :
- « Soigner... le premier art de la vie », Paris, Masson, 2003.
 - « Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers », Paris, Masson, 2005.
- Condorcet Nicolas de** :
- [1794] « Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain », Paris, Garnier-Flammarion, 1988.
 - [1792] « Premier mémoire sur l'instruction publique », Paris, Mille et une nuits, 2002.
- Corbin Alain, Courtine Jean-Jacques, Vigarello Georges (dir.)** : Histoire du corps, Paris, Seuil, 2005.
- Tome I : De la Renaissance aux Lumières
 - Tome II : De la Révolution à la Grande Guerre
 - Tome III : Les mutations du regard, le XXe siècle
- Cotinaud Olivier** : « Eléments de psychologie pour l'infirmière », Paris, Ed. du Centurion, 1967.
- Dall'ava-Santucci Josette** : « Des sorcières aux mandarines, Histoire des femmes médecins », Paris, Calmann-levy, 1989.

Dalarun Jacques : « Regards de clercs », in *Duby Georges et Perrot Michelle (dir.) : Histoire des femmes en Occident, 5 tomes, Paris, Perrin, 2002.*

Damasio Antonio

- « Spinoza avait raison », Paris, Odile Jacob poches, 2003.
- « L'erreur de Descartes », Paris, Odile Jacob poches, 2001

Dejours Christophe :

- « Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale », Paris, Seuil, 1998.
- « Travail et usure mentale » Paris, Bayard, 2000.

De Lavergne C. : « La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative » in *Recherches qualitatives, HS, n°3, 2006*

Delbrouck Michel (dir.) : « Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel », Bruxelles, De Boeck, coll. Oxalis, 2003.

Delomel Marie-Annick : « La toilette dévoilée », Seli Arslan, Paris, 1999.

Demilly Lise : « Politiques de la relation- approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles », Lille, ed. Septentrion, 2008.

Diebolt Evelyne, Fouché Nicole : « Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938) », Paris, Publibook, 2011.

Dinet Jérôme : « Usages, usagers et compétences informationnelles au XXIe siècle » Ed Lavoisier, Paris, 2008.

Douguet Florence : « De la passivité à la gestion active du traitement de sa maladie : le cas des malades rénaux chroniques », l'Harmattan, Paris, 2000.

Douglas Mary : [1971] « De la souillure », Paris, La Découverte, 2001.

Dubet Claude : « le déclin de l'institution » Seuil, Paris, 2002.

Dubois Vincent : « relation administrative et traitement de la misère » economica, Paris, 1999.

Duby Georges, Perrot Michelle (dir.) : *Histoire des femmes en Occident, 5 tomes, Paris, Perrin, 2002.*

Dujarier Marie- Anne

- « L'idéal au travail », Puf, Paris, 2006.
- « Le travail du consommateur », La Découverte, 2008.

Dupuy Olivier : « La réforme de l'hôpital », Paris, éd. Heures de France, 2009.

Durand Guy (dir.) : « Histoire de l'éthique médicale et infirmière », Presses universitaires de Montréal, 2001.

Durand Jean-Pierre :

- « La chaîne invisible, travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire », Seuil, Paris, 2004.
- (dir) « la question du consentement au travail » L'Harmattan, Paris, 2006.
- (dir.) « les ressorts de la mobilisation au travail » octares, Paris, 2005.

Ehrenberg Alain : *La société du malaise, Odile Jacob, 2010*

Ehrenreich Barbara : « Sorcières, sages-femmes, infirmières » Québec, Ed. du Remue Ménagement, 1976.

Elias Norbert:

- (1969) « La société de cour », Paris, Pocket, 1992.
- « La société des individus », Paris, Fayard, 1991.

Estryn-Behar Madeleine (dir.) : « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », Ed. EHESP, Rennes, 2008.

Foucault Michel :

- (1963) « Naissance de la clinique », Paris, PUF, 2007.
- (1972) « Histoire de la folie à l'âge classique », Paris, Folio, 2007.

Foudriat Michel : « les premières théories : l'école des relations humaines », in Sociologie des organisations, 2e édition, Paris, Pearson Education ; 2007 : p.111- 118.

Fraisse Genevieve :

- « Service ou servitude, essai sur les femmes de toutes mains » ed Le bord de l'eau, Paris, 2009.
- « Le consentement », ed. Seuil, Paris 2002.
- « les femmes et leur histoire » 2^e ed., Paris, Gallimard 2010.

Freud Anna : [1936] « Le moi et les mécanismes de défense », Paris, PUF, 1993 (13^e édition).

Friedson Eliot : « la profession médicale » Paris, Payot, 1970.

Gadrey Jean :

- « Les enjeux de la société de service », Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1987.
- « Services : la productivité en question », Ed. Desclée de Brouwer, Paris, 1996.

Gasparuto Gilbert : « L'infirmière et la communication », Paris, Lamarre, 1970.

de Gaulejac Vincent :

- « Les sources de la honte », Desclée de Brouwer, Paris, 1996
- « La société malade de la gestion » Seuil, Paris, 2005.

Gavart-Perret Marie-Laure, Gotteland David, Haon Christophe et Jolibert Alain : « Méthodologie de la recherche », Paris, Pearson Education, 2008.

Gilligan Carol: (1982) «Une voix différente, pour une éthique du care», champ, Paris, 2008.

Godbout Jacques T. : L'esprit du don, Paris, Ed. La Découverte, 1992.

Goffman Erving :

- (1961) « Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux », Paris, Ed. de Minuit, 1968.
- (1973) « La mise en scène de la vie quotidienne » T1 La présentation de soi, ed. de minuit, 1973.
- (1975) « La mise en scène de la vie quotidienne » T2 Les relations en public, ed de minuit, 1975.

Goleman Daniel : « l'intelligence émotionnelle », T1 et 2, Paris, R. laffont, 1997.

Held Virginia: « The ethics of care», Oxford University Press, 2006.

Henderson Virginia :

- (1969), « principes fondamentaux des soins infirmiers », ed S.Karger pour le compte du Conseil International des infirmières, New York, 1969.
- (1969) La nature des soins infirmiers Paris, InterEditions.

Henri et Lundgren-Cayrol : « apprentissage collaboratif à distance », Presses Université Quebec, 1997.

Hertzlich Claudine : « Malades d’hier, malades de demain », Payot, Paris, 1984.

« De l’auto-soignant au devoir de santé » (1984)

Hesbeen Walter: « Dire et écrire la pratique soignante au quotidien », Paris, Seli Arslan, 2009.

Hochschild Arlie R. : “The managed Heart, commercialization of human feelings”, Los Angeles, University of California Press 1983.

Honneth Axel:

- « La lutte pour la reconnaissance », Ed du Cerf, Paris, 2007.
- « La réification » Gallimard, Paris, 2007.

Hugues Everett C. : « Le regard sociologique », Paris, Ed des de l’EHESS, 1996.

Imbert Jean (dir.) : « Histoire des hôpitaux en France », Paris, Privat, 1982.

Kaufmann Jean-Claude : « L’entretien compréhensif », Paris, Nathan, 1996.

Kittay Eva Feder et Feder Ellen K.: « The subject of care », Lanham, Rowan and Littlefield ed., 2003.

Kleinman Sheryl, Copp Martha A.: Emotions and fieldwork, Newbury Park, Sage publications, 1993.

Knibiehler Yvonne: « Cornettes et blouses blanches, les infirmières dans la société française (1880-1980), Paris, Hachette littérature, 1984. Edition augmentée en 2010 sous le titre « Histoire des infirmières en France au XXe siècle » Paris, Fayard

La Boetie (1549): « discours sur la servitude volontaire », Mille et une nuit ed., Paris, 2008.

Labruffe Alain : « Le savoir être ! Un référentiel professionnel de l’excellence », Paris, Ed. Afnor, 2008.

Laville Jean-Louis : « la sociologie des services » Eres, Paris, 2010.

Leblanc Guillaume : « Les maladies de l’homme normal », Paris, ed. du Passant, 2004.

Le Goff Jean-pierre : La barbarie douce, la modernisation aveugle des entreprises et de l’école, Paris, La Découverte, 2009 .

Leroux-Huguon Véronique : « Des saintes laïques, les infirmières à l’aube de la IIIe République », Paris, Sciences en situation éditeur, 1992.

Lesueur Véronique : « Nous, les infirmières », Clamecy, éd. Le Pré aux clercs, 1997.

Luhmann Niklaus (1968): « La confiance, un mécanisme de réduction de la modernité » Economica, 2006.

Magnon René:

- « Le service infirmier ces trente dernières années », Paris, Masson, 1982.
- « Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers » Paris, Masson, 1986

Marciano Michela : « Je consens donc je suis, éthique de l’autonomie », Paris, PUF, 2006.

Mercadier Catherine: « Le travail émotionnel des soignants à l’hôpital » Paris, SeliArslan, 2002.

Michelet Jules:

- « La Sorcière », Paris, Gallimard, 1862.
- « La femme », Paris, Gallimard, 1860

Mill John Stuart : (1861) « L'utilitarisme », Paris, GF, 1988.

Molinier Pascale : « le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », ed. EHESS, Paris, 2006.

Mordacq Catherine: « pourquoi les infirmières ? », Paris, Le Centurion, 1975.

Morin Edgar : « Introduction à la pensée complexe », Paris, Folio, 2005.

Nightingale Florence: (1861) « Notes on Nursing, what it is, what it is not », dover publication, New York, 1969.

Nusbaum Martha: « Les émotions démocratiques », Paris, ed. Climats, 2011.

Ouvry-Vial Brigitte, Bon-Saliba Brigitte, Saliba Jacques : « Les infirmières, ni bonnes, ni connes », Paris, Syros, 1993.

Paillé Pascal, Muchielli Alex: « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », Paris, Armand Colin, 2^e édition, 2008.

Paperman patricia (dir.) :

- « La couleur des pensées, *sentiments, émotions, intentions* », EEHES ed., Paris, 1995.
- Avec Sandra Laugier et Pascale Molinier : « Qu'est-ce que le care ? », Paris Payot, 2009.

Pelley Thelma : « Nursing, its History, trends, Ethics and ethos », Londres, Saunders Ed., 1964.

Peneff Jean :

- « Enquêter à l'hôpital », in Ch.AMOUROUS (Dir.), « Que faire de l'hôpital ? », Paris, L'Harmattan, 2004 pp. 351-369.
- « L'hôpital en urgence », Paris, Métailier, 1992.

Pepin Jacinte, Kerouac Suzanne, Ducharme Francine : « La pensée infirmière » 3^e ed°, Chenelière, Montreal, 2010.

Peplau Hildegard [1952]: « Relations interpersonnelles en soins infirmiers », InterEditions, Paris, 1995.

Perraut Soliveres: « Infirmières, le savoir de la nuit », Paris, PUF, 2002.

Phillips Adam: « Trois capacités négatives », ed. De l'olivier, Paris, 2009.

Perraut-Soliveres Anne : « Infirmières, le savoir de la nuit », Paris, PUF coll. Partage du savoir, 2002.

Petit Corinne : « Le secteur rouge », Paris, SeliArslan, 1997.

Poisson Michel : « Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900), Vincennes, Editions hospitalières, 1998.

Prayez Pascal :

- « Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation », Paris, Lamarre, 2005.
- « Distance professionnelle et qualité du soin », Lamarre, Paris, 2009.

Psiuk Thérèse, Marchal Annette : « Le paradigme de la science infirmière en France » Seli Arslan, Paris, 2002.

Reboud Louis (dir.): La relation de service au cœur de l'analyse économique, Paris, L'Harmattan, 1997.

- Rey Roseline** : « Histoire de la douleur », Paris, La Découverte, 2000.
- Rifkin Jeremy** : « L'âge de l'accès », La Découverte, Paris, 2005.
- Rimé Bernard** : « Le partage social des émotions », PUF, Paris, 2005.
- Rousseau Jean-Jacques** : [1754] « discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes » Paris, les mille et une nuit, 1996..
- Roux Jean Paul** : « La femme dans l'histoire et les mythes », Fayard, Paris, 2004.
- Saint Augustin** [413-426] : « La cité de Dieu », ed pocket, 1994.
- Sartre Jean-Paul** : [1938] « Esquisse d'une théorie des émotions », Hermann ed., Paris 1965.
- Schlanger Judith** : « La vocation », Paris, Seuil, 1997.
- Shelly Judith Allen** « Dilemma, a nurse's guide for making ethical decisions » Intervarsity, 1980.
- Schraml Walter** : « Pour un hôpital plus humain, *guide à l'usage des infirmières, du personnel médical et paramédical* », Mulhouse, ED Salvator, 1974.
- Sennett Richard** :
- « Le travail sans qualités- les conséquences de la flexibilité », Paris, Albin Michel, 1998.
 - « Ce que sait la main, la culture de l'artisanat », Paris, Albin Michel, 2010.
- Simmel Georges** : [1900] « Philosophie de l'argent », Paris, PUF, 2009.
- Simon Herbert A** : [1996] « Les sciences de l'artificiel », Folio, Paris, 2004.
- Sledziwski Elisabeth G.** : « Révolution française, le tournant » in Duby Georges (dir.) « *Histoire des femmes en Occident, t4 le XIXe siècle* », Paris, Plon, 2002.
- Slote Michael** : « The ethics of care and empathy » Routledge, New York, 2007.
- Smith Adam**: [1790] « Théorie des sentiments moraux », PUF, Paris, 2003
- Smith Pam**: “the emotional labour of nursing revisited”, Palgrave, London, 2012.
- Svandra Phillippe** : Le soin, une éthique au cœur de la vie, Thèse de doctorat en philosophie, direction de Dominique Folscheid, Université de Marne-La-Vallée, 2007.
- Thomasset Claude** : « De la nature féminine », in *Duby Georges et Perrot Michelle (dir.) : Histoire des femmes en Occident, 5 tomes, Paris, Perrin, 2002.*
- Titmuss, Richard**, *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy* (1970)
- Tronto Joan** : « Un monde vulnérable » Paris, La Découverte, 2009.
« Le care ou le risque », PUF, Paris, 2012..
- Véga Anne** :
- « Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier », Paris, Edition des archives contemporaines, 2000.
 - « Soignants/soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers », Bruxelles, De Boeck 2^e édition, 2004.
- Verdier Yvonne** : « Façons de dire, façons de faire » Paris, Gallimard, 1980.
- Vial Martin** : « La care révolution, l'homme au cœur de la révolution mondiale des services, Nouveau Debat public ed, 2008.
- Vigarelo Georges (dir.), Corbin Alain, Courtine Jean-Jacques** :

- Histoire du corps, Paris, Seuil, 2005.
- Histoire des pratiques de santé, Seuil, Paris, 1999.

Walter Beatrice: « Le savoir infirmier », Lamarre-Poinat, Paris, 1988.

Walzer Michael : « the Age of the Saints », Harvard university Press, 1965.

Watson Jean: « Le caring, philosophie et science en soins infirmiers, ed. Seli Arslan, Paris, 1988.

- « Caring science as a sacred science », Philadelphia, 2010

Weber Max (1904) : « L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme », Paris, Pocket 1989.

Weller, Jean-Marc : « L'état au guichet », Paris, Desclee de Brouwer, 1999.

Wenner Micheline : « pourquoi et comment devint-on infirmière ? » Seli Arslan, Paris, 1999.

« L'expérience infirmière » Seli Arslan, Paris, 2006.

Zarifian Philippe : « Le modèle de la compétence », Paris, Ed. Liaisons, 2001.

Zelizer Viviana : « La signification sociale de l'argent » Seuil, paris, 2005.

« The purchase of intimacy », Princeton university Press, Princeton, 2005.

Articles

Amar Laure, Minvielle Etienne : « L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. » in Sociologie du travail (2000)42,69-89.

Argyris C. et Schön D. : « Theory in practice : increasing professional effectiveness », San Fransico, Jossey-Bass, 1974.

Becker Howard S. : « Problems of inference and proof in participant observation, in American sociological review », 1958, vol 23, n°6, p.652-660.

Bouffartigue Paul, Bouteiller Jacques : « Jongleuses en blouses blanches – la construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », Temporalités (Revue de sciences sociales et humaines en ligne), 2006, n°4.

Boujut Stéphanie : « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle » in Déviance et société, 2115/2 vol29, p141-153.

Campergue Cécile : « Les sciences humaines et sociales en formation professionnelle universitarisée : le cas des instituts de formation en soins infirmiers », in Interrogations, juin 2013, n°16.

Cara Chantal : « s'approprier la théorie du Human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique », Rec. En Soins Infirmiers, n°95- décembre 2008.

Joseph J. Campos, Eric A. Walle, Audun Dahl, Alexandra Main : « Reconceptualizing Emotion Regulation » in Emotion Review 2011 3: 26.

Chaniel Philippe : « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin » revue du MAUSS, 2010/1 c°35.

Chevallier Jacques :

- « Essai sur la notion juridique de service public » Publications de la faculté de droit d'Amiens 1976, n° 7, pp. 136-161
- « Figures de l'usager », in *Psychologie et science administrative*, PUF 1985, pp. 35-69

Chevandier Christian : « Vocation professionnelle : un concept efficient pour le XXe siècle ? » in *Annales de Bretagne et des pays de l'ouest*, n° 116-3, 2009

Duhart Jean, Charton-Brassard Jacqueline : « Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale » in *Revue française de sociologie*, n°14-1, pp.77-101, 1973.

Djellal Faridah et Faïz Gallouj : « Les services publics à l'épreuve de la productivité et la productivité à l'épreuve des services publics » *Revue d'économie industrielle*, 119 (3e trimestre 2007)

Dudzinski DM, Shannon SE.: « Competent patients' refusal of nursing care.» *Nurs Ethics*. 2006 Nov.

Duhar Jean et Charton-Brassard Jacqueline : « Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale » in *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1 pp77-101.

Dumont, Sarlet et Dardenne: « Be kind to a woman, she'll feel incompetent (...) » in *Sex roles* 2010, 62 ; 545-553.

Evans Joan: «Men in nursing : issues of gender segregation and hidden advantage », *Journal of Advanced nursing*, 1997, 26, 226-231.

Ferrarese Estelle : « vivre à la merci le care et les trois figures de la vulnérabilité dans les théories politiques contemporaines », *Multitudes*, 2009/2 - n° 37-38, pages 132 à 141

Formarier Monique : « Comment une infirmière devient-elle chercheur ? » in *Recherche en Soins Infirmiers*, 1989 ; 18 : 5- 12.

Garcia Sandrine : « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation » in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011/4 n°189

Gardin Bernard et Grosjean Michèle : « et en plus elles diagnostiquent... la recatégorisation de la profession infirmière », in *Sciences sociales et* 1999.

Gadrey Jean : « Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion », in *Politiques et management public*, vol 9 n°1, 1991, pp. 1-24.

Gelhaus Petra: The desired moral attitude of the physician: (I) empathy, *Med Health Care and Philos* (2012), 15 :103-113.

- The desired moral attitude of the physician: (II) Compassion, *Med Health Care and Philos* (2012), 15: 397-410.
- The desired moral attitude of the physician: (III) Care, *Med Health Care and Philos* (2013), 16 :125-139.

Gordon David F : « Getting close by staying distant: fieldwork with proselytizing groups », in *Qualitative sociology*, 1987, 10(3).

JJ Gross : « The emerging field of emotion regulation : an integrative review » in *New General Psychology*, 1998, vol2, n°3, 271-299.

Guignon Sylvie, Morissette Joëlle : « Quand les acteurs mettent en mots leur expérience » in *Recherches Qualitatives*—vol.26(2), 2006, pp.19---38.

Hammersley Martyn : « Reproducing or constructing? Some questions about transcription in social research », in *Qualitative research*, 10(5)2010, 553-569.

Jeantet Aurélie : « A votre service! La relation de service comme rapport social » in *Sociologie du travail*, 45(2003) 191-209.

« L'émotion prescrite au travail », *Travailler*, 2003/1 n°9, pp99-112,

Jovic Ljiljana : « L'observation » in *Recherche en Soins Infirmiers*, 1990 ; 22 : 47-51.

Laillier Joël : « La dynamique de la vocation : les évolutions de la rationalisation de l'engagement au travail des danseurs de ballet », in *Sociologie du travail*, n°53 pp. 493-514, 2011.

Lalouette Jacqueline : « Expulser Dieu : la laïcisation des écoles, des hôpitaux et des prétoires », revue *Mots*, juin 1991, n°27, pp23-39.

Le Boterf Guy : « De quelles compétences avons-nous besoin ? » in *Soins cadres* n°41 février, 2011

Le Goff Alice : « Care, empathie et justice un essai de problématisation », *Revue Mauss*, 2008/2, n°32 pp203-241.

Lapassade Georges : « L'observation participante », in *Revue Européenne d'Ethnographie de l'Education*, 2001 Vol.1, n°1.

de La Vega Xavier : « De la relation de service à la servitude ? », in *Sciences Humaines*, 2004, n°152.

Lert France : « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? » in *Sciences sociales et santé* vol14, n°3, 1996, pp103-115.

Libault Dominique, Dauphin Sandrine : « Le sens du service comme moteur de la performance » in *CNAF* 2011, n°167, p52-57.

L'Écuyer, R. : « L'analyse de contenu: notion et étapes ». Dans J.-P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-65). Québec: Presses de l'Université du Québec, 1987.

Mackintosh Carolyn: « a historical study of men in nursing », *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26, 232-236.

Mc Queen Anne : « Emotional intelligence in nursing work » *Nursing Studies*, 9, june 2003.

Milburn Philip: «La compétence relationnelle : maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle, avocats et médiateurs » *Rev Française de sociologie*, 43-1, 2002, p47-72.

Monchatre Sylvie : « ce que l'évaluation fait au travail » in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011/4 n°189.

Nadot Michel : « Pour savoir où l'on va, il faut savoir d'où l'on vient », in congrès de la faculté des sciences infirmières de l'Université St Joseph, Beyrouth, 4-6 mai 2006.

Oulhaj L., : "Le service des gardes à domicile. Une innovation sociale dans l'aide à domicile en Wallonie?", *Les cahiers du Cersis*, N° 18, 2004, pp. 20-28.

Pezalla Anne E, Pettigrew Jonathan and Miller-Day Michelle: « Researching the researcher- as-instrument: an exercise in interviewer self-reflexivity » in *Qualitative Research*, 2012, 12:165.

Pierre-Janguiot Nicole : « des pratiques soignantes aux sciences infirmières », in *Recherche En Soins Infirmiers* N° 87 - Decembre 2006.

Pinto Louis: «La construction sociale d'une fiction juridique: le consommateur 1973-1983»

Actes de la recherche en sciences sociales, n° 199, p4-27.

Pouchelle Marie-Christine : « Ici, on ne fait pas de cadeau, partages du temps et don de soi à l'hôpital », *Ethnologie française*, XXVIII, 1998, p540-550.

- Ribault Thierry**: « Aide à domicile: de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités» Revue française de socio-économie, 2008/2 n°2.
- Rytterström Patrik, Mitra Unosson and Maria Arman** :« The significance of routines in nursing practice» Journal of clinical Nursing, 2010 Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing
- Sainsaulieu Ivan**: « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? » Ophrys, 2012/3, n°533, pp461-492.
- Saint-Arnaud Yves** : « La réflexion dans l'action, un changement de paradigme », *in* Recherche et formation, 2001, n°36.
- Stone Allister**: «John Calvin, the work ethic, and vocation», in WRS Journal 16:2, pp. 24-30, 2009.
- Thomas Mike**: «The darker side of groups», Journal of Nursing Management, 2007, 15,375-385.
- Truc Huynh**: “ Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis” in Journal of Advanced Nursing, 64(2), 195-208.
- Vassy Carine, Keller Richard** : « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? » Mouvements n°55 septembre-octobre 2008/3 n°55-56 p128-141.
- Vernant Jean-Pierre** : « Aspects psychologiques du travail dans la Grèce ancienne » in La pensée n°66 1956, p.80-84.
- Weber Jean-Christophe** : « Pleasure in medical practice» Medicine, Health Care and Philosophy, May 2012, Volume 15, Issue 2, pp 153-164
- Weller Jean-Marc** : « Abuse-t-on de la notion de relation de service ? » in education permanente oc. 1998

Thèses

- Charles Geneviève** : « l'infirmière... demain contribution a une réflexion sur les finalités de la profession » thèse université Lyon II, 1977.
- Hamilton Anna** : « Considérations sur les infirmières des hôpitaux », thèse de médecine, Montpellier, n°55, 339p, 1900.
- Véronique Haberey-Knuss** L'engagement dans les soins infirmiers : un enjeu de formation entre éthique et sens », Thèse en sciences de l'éducation, Rouen, 2013
- Noel-Hureaux Elisabeth** : « L'autonomie des infirmières. Le rôle propre questionné », Thèse de sciences de l'Education, Paris 2003.
- Olivier Michèle** : « l'infirmière hospitalière : vêtements, identité, interactions. Une approche anthropologique » Thèse en sociologie, Clermont-Ferrant II, 2000.
- Prevost Anne Marie** : « Reflexion sur l'enseignement infirmier » thèse de médecine Marseille, 1982.
- Vega Anne** : « L'identité des infirmières françaises. Construction et prégnance de la femme soignante » Thèse d'ethnologie, Paris EHESS, 1995.

LES AMBIGUÏTES DE LA RELATION DE SERVICE DANS LE CHAMP DES SOINS INFIRMIERS

RESUME

L'objectif de ce travail est d'examiner les tensions dans la relation entre infirmier et patient à la lumière de la notion de service, dans le contexte français.

Le terme même de service renvoie à modalités diverses de liens interpersonnels : don, contrat, mais aussi de subordination ou encore de sollicitude.

La profession infirmière se situe au carrefour de logiques médicales et administratives au sein de l'institution hospitalière. Si le service qu'elle rend est largement reconnu par la population de manière générale, le contenu même de sa prestation reste méconnu, laissant ainsi son autonomie professionnelle en perpétuel devenir.

En effet, une des tensions principales qui accompagne l'histoire de cette profession est d'être tantôt identifiée en tant que groupe habilité à accomplir certains actes, tantôt en tant que discipline procurant un service particulier à la population, mais dont le contenu reste encore trop imprécis.

Les enjeux et les réformes du service hospitalier ont pour objectifs une plus grande transparence, une efficacité et une rentabilité accrues ainsi que l'évaluation de la satisfaction des destinataires. Ces objectifs s'adressent également au service infirmier et à la relation de service entre infirmier et patient. Ils rendent aussi plus complexes et parfois contradictoires entre elles les orientations de prise en soin du patient par l'infirmier.

Notre réflexion souhaite contribuer à une meilleure compréhension des changements que la profession infirmière est en train de vivre, à la suite de la profession médicale depuis une dizaine d'années. Notamment, le passage d'une vision du soin comme don et action bienfaitrice qui trouve sa justification en lui-même, vers le soin comme « prestation-produit » qui doit être en mesure d'explicitier son bien-fondé et sa finalité. Cette explicitation doit aussi selon nous, inclure sa visée éthique.

Mots-clés : soins infirmiers, relation de service, éthique du *care*

SUMMARY

The main topic of this research is to identify the tensions between nurses and patients from a service relation perspective, in French hospital.

The concept of service contains several meanings related to interpersonal relations: unselfish donation, contractual exchange, subordinate professional position or caring relationships.

The nursing profession has lately arrived at an important turning point in its history. While its duty and image are very popular and well considered, its actual tasks and clinical analysis as disciplinary knowledge, is still underestimated.

The recent reforms in the health care system promote patient autonomy and open information from healthcare practitioners, global effective administration system and customer satisfaction. Nursing teams are therefore subjected to contradictory injunctions that will be explored in this manuscript: acting in patient's best interest and following medical instructions and respecting hospital regulations.

This fieldwork contributes to a better understanding of nursing care problems on a daily base. This research tends to demonstrate how nursing care has to deal with problems that are similar to those of the medical profession: the importance of patient information and patient consent, clients complaints management, and satisfaction as a new objective in nursing.

Nursing care has been traditionally considered as purely motivated by charity and altruism. As a work and a service, nursing care has to demonstrate its efficiency and its results. This involves ethical questions such as: emotional work considered as a competence or informed consent considered as a target.

Mots-clé : nursing care, service relation, *care* ethics